

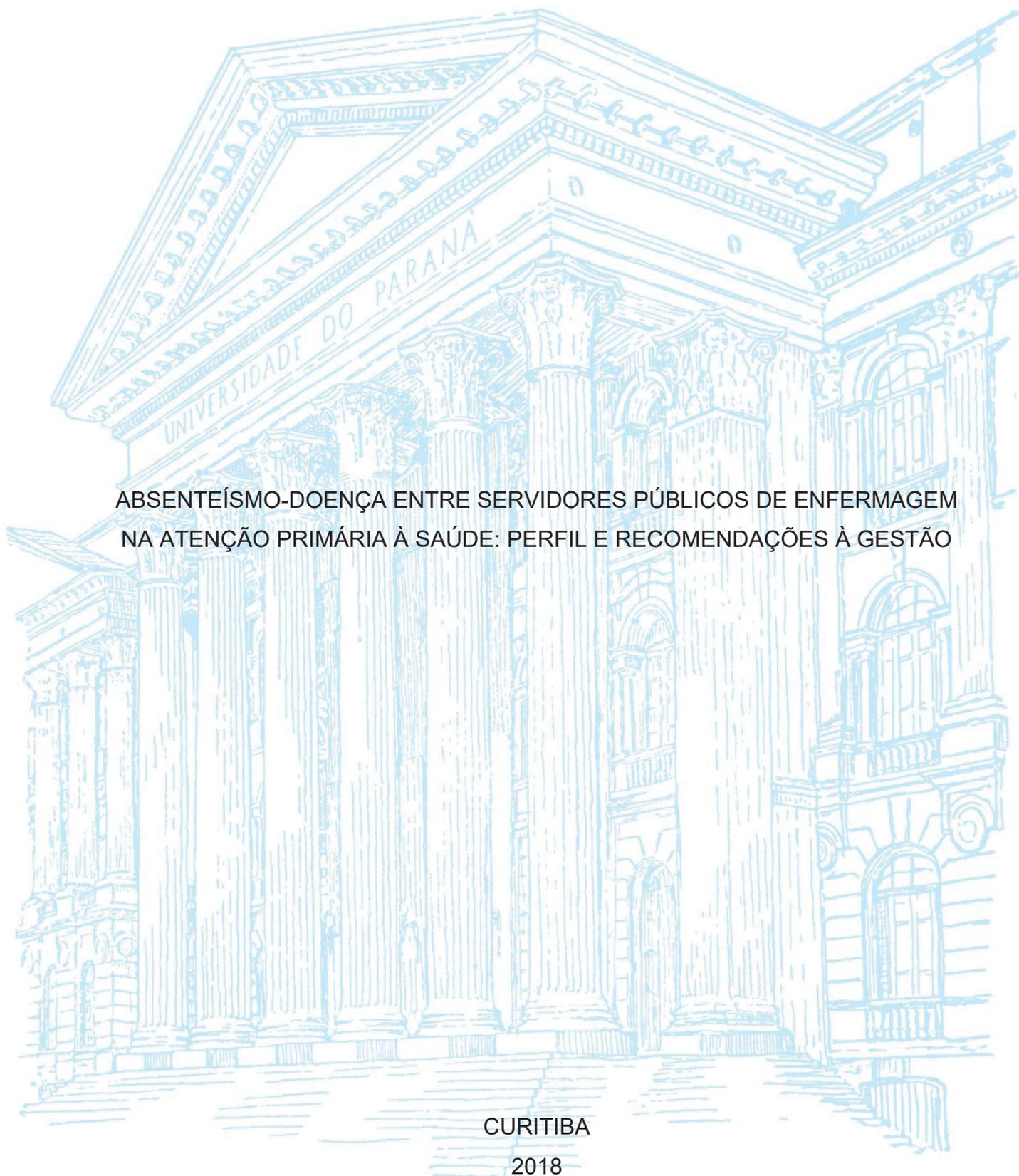
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIANA AMARAL MENDES

ABSENTEÍSMO-DOENÇA ENTRE SERVIDORES PÚBLICOS DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERFIL E RECOMENDAÇÕES À GESTÃO

CURITIBA

2018



ELIANA AMARAL MENDES

ABSENTEÍSMO-DOENÇA ENTRE SERVIDORES PÚBLICOS DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERFIL E RECOMENDAÇÕES À GESTÃO

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

Linha de pesquisa: Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lillian Daisy Gonçalves Wolff

CURITIBA

2018

Universidade Federal do Paraná
Sistema de Bibliotecas
Biblioteca de Ciência e Tecnologia

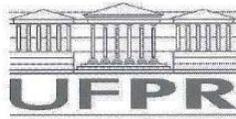
Mendes, Eliana Amaral

Absenteísmo - doença entre servidores públicos municipais da equipe de enfermagem na atenção primária à saúde [recurso eletrônico] / Eliana Amaral Mendes – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.
Orientadora: Professora Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

1. Atenção primária à saúde. 2. Absenteísmo. 3. Equipe de enfermagem. I. Wolff, Lillian Daisy Gonçalves. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.7346



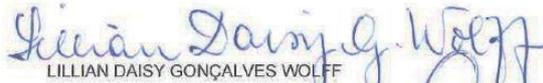
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

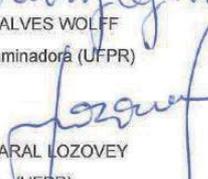
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ELIANA AMARAL MENDES** intitulada: **ABSENTEÍSMO-DOENÇA ENTRE SERVIDORES PÚBLICOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERFIL E RECOMENDAÇÕES À GESTÃO**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 13 de Dezembro de 2018.


LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


JOÃO CARLOS DO AMARAL LOZOVEY

Avaliador Externo (UFPR)


LEILA MARIA MANSANO SARQUIS

Avaliador Interno (UFPR)

DEDICATÓRIA

A **Deus**, o autor da minha vida, por me conceder sabedoria, saúde e coragem para acreditar e por me dar forças para não desistir.

Aos meus queridos pais, **João (*in memoriam*) e Leticia**, com todo amor e gratidão. Ensinaram-me as primeiras letras e a beleza do amor pelo estudo quando eles mesmos sabiam muito pouco. Inspiraram-me desde a infância e não mediram esforços para me educar com muito carinho. Ensinaram-me a lutar por um futuro melhor e sempre estiveram prontos a me apoiar em todos os meus sonhos.

À **minha família**, que compreenderam a minha ausência em todos os momentos, foram o combustível da minha motivação nos momentos difíceis, e responsáveis pelos meus maiores impulsos em direção à vitória.

Aos meus filhos, **João Henrique e Rayhan**, meus maiores orgulhos na vida, aos quais meus pensamentos se voltam e, a cada conquista, só tenho a agradecer pelo amor incondicional, pelo carinho, pela compreensão e toda paciência neste período e, acima de tudo, pelo aprendizado contínuo que me proporcionam como pessoa e mãe.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me cobrir com seu amor e por não me permitir fraquejar, conduzindo-me e apresentando-me diariamente infinitos motivos para sorrir.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS)** pelo apoio e liberação para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

À **Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos (SMARH), Departamento de Saúde Ocupacional** pela disponibilização do Banco de dados e pelo pronto apoio em todos os momentos, em especial ao técnico de informática **Amarildo Lang**.

À minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff**, por ter acreditado e depositado sua confiança em mim ao longo destes anos. Suas orientações, estímulos, apoio, confiança e amizade, de forma plena e serena, foram primordiais à construção deste trabalho.

Ao **Professor Ms. Edevar Daniel**, pela parceria e incentivo desde o primeiro momento até o término deste trabalho.

À **Prof^a. Dr^a. Karla Crozeta Figueiredo** e à **Prof^a. Dr^a. Leila Maria Mansano Sarquis** pelas preciosas e imprescindíveis contribuições.

Ao **Professor Dr. Sergio Aparecido Ignácio**, pela paciência e apoio na análise e tratamentos estatísticos dos dados no desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu marido, **Hanoar Kalil Farran Junior**, companheiro de todas as horas e pelo apoio incondicional em todos os momentos.

Aos **meus amigos de trajetória**, e aos componentes do **Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS)**, que sempre estiveram ao meu lado, compartilhando o conhecimento.

Aos **meus colegas de trabalho** que compreenderam a minha ausência e a importância deste trabalho para minha realização pessoal e profissional, sempre apoiando e torcendo por mim.

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi apresentar o perfil do absenteísmo-doença entre profissionais da equipe de enfermagem lotados em Unidades Básicas de Saúde, considerando as características das ausências por doença, sociodemográficas e do trabalho. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, transversal e de abordagem quantitativa. Estiveram ausentes por motivo de doença 273 trabalhadores da equipe de enfermagem, o que computou 2.279 ocorrências de Licença para tratamento de saúde (LTS), que totalizaram 12.473 dias de afastamento no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016. Os dados foram analisados estatisticamente mediante o software IBM *SPSS Statistics 25*, executadas análises descritivas e expostas por meio de frequência absolutas e porcentagens. Realizou-se análises de diferenças, comparação e significância entre as variáveis com uso de intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%, (p -valor < 0,05). A taxa global de absenteísmo-doença foi de 4,2%, sendo 4,3% entre os enfermeiros e 4% entre os técnicos de enfermagem. As principais causas foram Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (CID-Z), Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (CID-M), Doenças do Aparelho Respiratório (CID-J), Transtornos Mentais e Comportamentais (CID-F) e Sintomas, Sinais e Achados Anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outras partes (CID-R). As variáveis sociodemográficas sexo, idade, situação conjugal e escolaridade não apresentaram significância estatística sobre o número de ocorrências por LTS. As variáveis laborais e as organizacionais categoria profissional e tempo de trabalho no serviço público não apresentaram significância estatística sobre o número de ocorrências de LTS. O modelo assistencial referente ao local de trabalho apresentou significância em apenas três locais. Em relação ao tipo de LTS, a análise estatística mostrou não haver significância sobre o número de ocorrências de LTS, demonstrando que os afastamentos foram decorrentes de problemas clínicos do próprio servidor. A partir da análise dos resultados obtidos e tendo em vista que o absenteísmo é resultado de uma combinação de vários fatores, sugere-se um constante monitoramento deste indicador por parte da gestão de recursos humanos em conjunto com o setor de Saúde Ocupacional. Salienta-se a necessidade de aprofundamento na identificação das causas de afastamento por motivo de doença nas Unidades Básica de Saúde do município, assim como de intervenção, com políticas eficazes que visem à minimização dos efeitos advindos destes fatores, e capacitações periódicas aos profissionais com vistas à identificação de riscos ergonômicos e prevenção de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Absenteísmo. Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of the research was to present the profile of absenteeism-illness among nursing team professionals in Basic Health Units, considering the characteristics of absences due to illness, sociodemographic and work assignment. This is a descriptive exploratory, cross-sectional and quantitative research approach. There were 273 nursing staff absentees, which calculated to 2,279 occurrences of Leave for Health Care (LHC), which totaled 12,473 days of leave in the period from January 2012 to December 2016. The data was analyzed statistically using IBM software SPSS Statistics 25, performed descriptive analyzes and exposed by absolute frequency and percentages. Analyzes of differences, comparison and significance were performed between the variables using a 95% confidence interval and a significance level of 5% (p -value <0.05). The overall rate of absenteeism-disease was 4.2%, 4.3% among nurses and 4% among nursing technicians respectively. The main causes were; Factors influencing health status and contact with health services (ICD-Z), Osteomuscular and Connective Tissue Diseases (ICD-M), Respiratory System Diseases (ICD-J), Disorders Mental and Behavioral Disorders (ICD-F) and Symptoms, Signs and Findings Abnormal clinical and laboratory exams not elsewhere classified (ICD-R). The socio-demographic variables of gender, age, marital status and schooling did not present statistical significance on the number of occurrences by LHC. The labor variables and the organizational professional category and working time in the public service did not present statistical significance on the number of occurrences of LHC. The workplace care model presented significance in only three places. Regarding the type of LHC, the statistical analysis showed no significance on the number of LHC occurrences, demonstrating that the departures were due to clinical problems of the Health Care Worker itself. Based on the analysis of the results obtained and considering that absenteeism is the result of a combination of several factors, it is suggested that a constant monitoring of these indicators by the departments of Human Resources and Occupational Health. There is a need to further identify the causes of sick leave in the Basic Health Units of municipalities, as well as to intervene with effective policies aimed at minimizing the effects of these factors, and periodic training for professionals with the goal of identification of ergonomic risks and prevention of musculoskeletal and connective tissue diseases.

Keywords: Primary Health Care. Absenteeism. Nursing Team.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1 - CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA MUNDIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR | 60 |
| FIGURA 2 - AVANÇOS SOCIAIS DO TRABALHO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR ANTERIORES À CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA DE 1998 | 61 |
| FIGURA 3 - AVANÇOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR POSTERIOR À CONSTITUIÇÃO FEDERAL | 64 |
| FIGURA 4 - DIVISÃO ADMINISTRATIVA DAS REGIONAIS | 81 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| QUADRO 1 - SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE ABSENTEÍSMO RELACIONADO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM | 38 |
| QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO DO ABSENTEÍSMO..... | 49 |
| QUADRO 3 - VARIÁVEIS, JUSTIFICATIVAS, NOTAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO..... | 68 |
| QUADRO 4 - COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NÃO PARAMÉTRICAS DE DUNN .. | 156 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTOS POR LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (LTS) ENTRE ENFERMEIROS E TÉCNICOS LOTADOS EM UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N= 12.473)..... | 88 |
| TABELA 2 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTA E RELATIVA DAS VARIÁVEIS SEXO, CATEGORIA PROFISSIONAL E SITUAÇÃO CONJUGAL DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AFASTADOS POR LTS OCORRIDAS EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA, 2012 A 2016 (N=2.279)..... | 89 |
| TABELA 3 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS VARIÁVEIS IDADE, DIAS DE AFASTAMENTO E ANOS NA INSTITUIÇÃO, ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AFASTADOS POR LTS, EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016..... | 90 |
| TABELA 4 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DIAS DE AFASTAMENTO, IDADE E ANOS NA INSTITUIÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AFASTADOS POR LTS, EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=2.279)..... | 90 |
| TABELA 5 - FREQUÊNCIAS DE LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (LTS) ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO CID 10, TIPO DE LTS, EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N= 2.279)..... | 91 |
| TABELA 6 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS VARIÁVEIS TIPO DE LTS E CID-Z ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AFASTADOS POR LTS, EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=2.279)..... | 92 |
| TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE LTS ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=2.279)..... | 93 |

| | |
|---|----|
| TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DE LTS SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AFASTADOS EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=2.279) | 94 |
| TABELA 9 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS VARIÁVEIS DIAS DE AFASTAMENTOS POR LTS DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O NÚMERO DE LTS POR AGRUPAMENTOS DO CID 10, EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N= 2.279) | 95 |
| TABELA 10 – MÉDIA MENSAL DE PROFISSIONAIS LOTADOS POR UMS, MÉDIA, MEDIANA E DESVIO PADRÃO DAS VARIÁVEIS DIAS DE LTS ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=273) | 96 |
| TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTA E RELATIVA DE LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO NÍVEL DE ESCOLARIDADE DISTRITO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=2.279) | 98 |
| TABELA 12 - TAXA DE ABSENTEÍSMO-DOENÇA ENTRE ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM DISTRITO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016..... | 99 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|---|
| AB | - Atenção Básica |
| ABRASCO | - Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| ACE | - Agente de combate a Endemia |
| ACS | - Agente Comunitário de Saúde |
| AIS | - Ações Integradas da Saúde |
| APS | - Atenção Primária a Saúde |
| BVS | - Biblioteca Virtual em Saúde |
| CEBES | - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde |
| CEP | - Comitê de Ética em Pesquisa |
| CID | - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde |
| CLT | - Consolidação das Leis do Trabalho |
| COFEN | - Conselho Federal de Enfermagem |
| CONEP | - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa |
| CEREST | - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador |
| CRST | - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador |
| DEGTS | - Departamento de Gestão do Trabalho |
| DIEESE | - Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos |
| DSCJ | - Distrito Sanitário Cajuru |
| DSO | - Departamento de Saúde Ocupacional |
| eAB | - Equipe de Atenção Básica |
| EPSJV | - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio |
| ESF | - Estratégia Saúde da Família |
| eSF | - Equipe de Saúde da Família |
| FIOCRUZ | - Fundação Osvaldo Cruz |
| IBGE | - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INAMPS | - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Privada |
| IPEA | - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| IPPUC | - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba |
| IST | - Índice de Segurança Técnica |

| | |
|--------|--|
| LER | - Lesões por esforço repetitivo |
| LTS | - Licença para Tratamento de Saúde |
| MPS | - Ministério da Previdência Social |
| MS | - Ministério da Saúde |
| MTE | - Ministério do Trabalho e Emprego |
| NASF | - Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NR | - Normas Regulamentadoras |
| OIT | - Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | - Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | - Organização Pan-Americana da Saúde |
| PACS | - Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PNAB | - Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAD | - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PNSST | - Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho |
| PSF | - Programa Saúde da Família |
| RAS | - Redes de Atenção à Saúde |
| RENAST | - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador |
| SCP | - Sistema de Classificação de Pacientes |
| SESP | - Serviço Especial de Saúde Pública |
| SINAN | - Sistema de Informação de Agravos e Notificação |
| SMARH | - Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos |
| SMS | - Secretaria Municipal de Saúde |
| SPSS | - Statistical Package for the Social Sciences |
| ST | - Saúde do Trabalhador |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |
| UBS | - Unidades Básicas de Saúde |
| UFPR | - Universidade Federal do Paraná |
| UMS | - Unidade Municipal de Saúde |
| VISAT | - Vigilância de Saúde do Trabalhador |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1 | CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA..... | 16 |
| 1.2 | MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA..... | 20 |
| 1.3 | OBJETIVOS | 22 |
| 1.3.1 | Objetivo Geral..... | 22 |
| 1.3.2 | Objetivos Específicos | 23 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 24 |
| 2.1 | ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 24 |
| 2.2 | ABSENTEÍSMO..... | 35 |
| 2.3 | SAÚDE DO TRABALHADOR | 54 |
| 2.3.1 | Relação saúde-doença e o trabalho, evolução da Medicina do Trabalho à Vigilância de Saúde do Trabalhador..... | 54 |
| 2.3.2 | Legislação sobre Saúde do Trabalhador | 60 |
| 3 | MÉTODO..... | 67 |
| 3.1 | TIPO DE PESQUISA..... | 67 |
| 3.1.1 | Sexo | 69 |
| 3.1.2 | Idade..... | 70 |
| 3.1.3 | Local de Trabalho | 71 |
| 3.1.4 | Categoria Profissional..... | 73 |
| 3.1.5 | Tipo de Licença para Tratamento de Saúde..... | 74 |
| 3.1.6 | CID | 75 |
| 3.1.7 | Tempo de duração dos afastamentos por LTS..... | 77 |
| 3.1.8 | Nível de Escolaridade..... | 78 |
| 3.1.9 | Tempo em anos de trabalho na PMC | 79 |
| 3.1.10 | Situação Conjugal..... | 80 |
| 3.2 | LOCAL DA PESQUISA..... | 81 |
| 3.3 | PARTICIPANTES DA PESQUISA..... | 83 |
| 3.4 | FONTE DE DADOS..... | 83 |
| 3.5 | COLETA DE DADOS..... | 84 |
| 3.6 | TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 84 |
| 3.7 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 86 |
| 4 | RESULTADOS | 88 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5 | DISCUSSÃO | 100 |
| 5.1 | SEXO..... | 100 |
| 5.2 | IDADE..... | 102 |
| 5.3 | LOCAL DE TRABALHO E FATORES DE RISCO DESENCADEANTES DO ABSENTEÍSMO | 102 |
| 5.4 | CATEGORIA PROFISSIONAL | 109 |
| 5.5 | TIPO DE LTS..... | 110 |
| 5.6 | CAUSAS DE ABSENTEÍSMO-DOENÇA SEGUNDO O CID-10 | 111 |
| 5.7 | TEMPO DE DURAÇÃO DOS AFASTAMENTOS POR LTS..... | 112 |
| 5.8 | TEMPO EM ANOS DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO | 114 |
| 5.9 | NÍVEL DE ESCOLARIDADE | 115 |
| 5.10 | SITUAÇÃO CONJUGAL..... | 117 |
| 5.11 | TAXA DE ABSENTEÍSMO | 117 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 120 |
| 6.1 | RECOMENDAÇÕES À GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE | 121 |
| | REFERÊNCIAS..... | 123 |
| | ANEXO 1- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFPR | 147 |
| | ANEXO 2- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SMS | 152 |
| | ANEXO 3 - ANÁLISE ESTATÍSTICA SEGUNDO CID | 156 |

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação trata do tema absenteísmo-doença na equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde em um Distrito Sanitário de Curitiba. Foi desenvolvida no Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS), linha de pesquisa de Gerenciamento de Serviços de Saúde e enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional na Universidade Federal do Paraná.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Tanto para o indivíduo quanto para a sociedade o trabalho é fundamental e possui relevância seja para aquisição do *Status* Social, ou na constituição das relações coletivas. O ofício laboral é indispensável para a produção de bens e consumo, para a organização e para o desenvolvimento da sociedade (FELLI; BAPTISTA, 2015).

Da mesma forma em que o trabalho é importante e essencial no cotidiano da vida das pessoas, pode ser destrutivo e/ou benéfico, ou conjuntamente, sendo capaz de atuar de modos diferentes de acordo com o momento histórico (BRASIL, 2009). Concomitantemente a essa dualidade de papéis o trabalho se revela como notório fator de risco aos trabalhadores, comprometendo a saúde física e mental, além de ser motivo de desgaste e comorbidades que podem estar associadas a doenças crônicas (FELLI; BAPTISTA, 2015).

Nos dias atuais, o avançado processo de globalização e a competitividade entre as organizações, impulsionaram alterações no mercado de trabalho e consequentemente nas atividades laborais, demandando maior produção e responsabilidades por conta desta complexidade gerada pelo avanço tecnológico, além de tornar maior o esforço físico e mental por meio da intensificação do trabalho (BREY, 2016).

O absenteísmo presente nas instituições é um sério problema a ser discutido, uma vez que gera interrupção dos processos de trabalho, sobrecarga de trabalho aos demais profissionais e diminuição da produtividade (BOCKERMAN; LAUKKANEN, 2010).

Na busca pelo aprimoramento e pela qualidade dos serviços prestados aos usuários, as instituições de saúde têm motivado discussões entre seus gerentes a fim de fomentar reflexões para enfrentamento dos obstáculos que levam à prestação de serviços de má qualidade.

Essas discussões têm focado no provisionamento adequado de recursos humanos a fim de propiciar condições para um resultado final de eficiência, de modo a agregar valor não só à assistência, mas também à instituição. Fugulin, Gaidzinski e Castilho (2010) colocam que o dimensionamento de pessoal é um processo sistemático, que visa à adequação de profissionais em aspectos quantitativos e qualitativos, para desenvolver o cuidado de enfermagem para um determinado número de pacientes, a fim de garantir a segurança a todos os envolvidos.

As instituições de saúde são organizações cuja finalidade é a manutenção da saúde da população, nelas os trabalhadores constituem não só um fator numérico, mas também de agregação de valor, uma vez que representam o seu maior patrimônio e também o seu maior recurso, pois deles advêm “[...] toda criatividade, dedicação, competência e habilidade em lidar com as adversidades [...] desta área” (MACHADO; CRUZ; SOUZA, 2013, p. 8).

Nesta perspectiva, eles representam o capital humano, que de acordo com Chiavenato (2010), está relacionado a conhecimento, habilidade, cultura e competência dos trabalhadores. E uma vez que as organizações invistam em formação e desenvolvimento dos trabalhadores, espera-se que estes retribuam com resultados positivos em seu trabalho. No caso da área da saúde, que contribuam direta ou indiretamente para o cuidado que repercuta no padrão sanitário almejado para a população.

E como equilibrar os diferentes aspectos que envolvem a gestão de pessoas nos serviços de saúde públicos, em especial conseguir que os profissionais da equipe de enfermagem realizem cuidados que repercutam no padrão sanitário almejado para a população? Segundo Quadros et al. (2016, p. 684) o “equilíbrio do planejamento de recursos humanos e a qualidade da assistência ainda é um grande desafio para os gerentes de enfermagem”.

Pierantoni et al. (2008) aludem que o equilíbrio na gestão de pessoas permeia os aspectos financeiros, administrativos e assistenciais e, para tanto, a análise de indicadores relacionados a esta gestão é de fundamental importância. Destaca-se como relevante a análise das ausências dos trabalhadores.

De acordo com Aguiar e Oliveira (2009), as ausências acarretam diversos problemas para as organizações, entre eles, aqueles relacionados às condições de Saúde do Trabalhador, à falta de condições de higiene e segurança no trabalho e, ainda, à insatisfação dos trabalhadores.

Segundo Leão et al. (2015), o estudo dos dados de absenteísmo-doença aliado à análise do perfil das ausências gera informações significativas na elaboração de intervenções em Saúde Ocupacional, pois fornece tanto explicações sobre o ambiente de trabalho quanto informações epidemiológicas do conjunto de trabalhadores.

As Informações sobre os agravos, doenças do trabalho ou relacionadas ao trabalho são fundamentais para o diagnóstico das necessidades e prioridades das ações de prevenção, tendo em vista à melhoria das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores. Em todo o mundo, as informações consideradas mais importantes são as que dimensionam a extensão (magnitude), a gravidade, a evolução temporal e características sociodemográficas, bem como os ramos de atividade e ocupação onde prevalecem os agravos (PIRES, 2016).

Assim como obter informações, realizar a interpretação crítica dos dados são relevantes para as ações de prevenção, uma vez que subsidiadas pelos tipos de benefícios concedidos com ênfase nas licenças para tratamento de saúde, patologias que motivaram os afastamentos, taxa de absenteísmo-doença e de afastamento do trabalho por licenças, são importantes para a gestão e implementação da área de Saúde do Trabalhador (VIVOLO, 2014). Desta maneira, conhecer as variáveis que influenciam o absenteísmo além de gerar benefícios para as organizações, poderá contribuir na análise de Saúde do Trabalhador a fim de garantir que o processo de cuidar ocorra, tanto para o usuário, trabalhador e para a organização (SOUZA, 2012).

Nesta perspectiva, cabe salientar que em 2016, o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) apontou que a avaliação da Saúde do Trabalhador deve focar os riscos físicos, biológicos e químicos que o trabalho poderia desencadear, incluindo os riscos biopsicossociais. Destaca que desconsiderar as diferentes manifestações seria negligenciar, com notórias intenções políticas, a compreensão sistêmica sobre o trabalho e as manifestações na Saúde do Trabalhador (DIEESE, 2016).

No campo da saúde, os trabalhadores da enfermagem estão expostos continuamente aos riscos ocupacionais relacionados à agentes físicos, químicos e

biológicos, da mesma maneira que aos fatores ergonômicos e psicossociais (GONZÁLES, 2014). Desta forma, tudo o que envolve o trabalhador nas organizações deveria ser considerado em seu estado de saúde. Para tanto, é imprescindível a investigação da motivação e das causas das ausências dos trabalhadores, a fim de explicitar este fenômeno.

De acordo com Cascio e Boudreau (2010, p. 64), o absenteísmo é “qualquer falha em comparecer ou permanecer no trabalho no horário estabelecido, por qualquer razão”. Nesta perspectiva, os autores descrevem que o estudo e a compreensão do absenteísmo devem ter como princípio a identificação de suas causas e consequências. O absenteísmo pode ser resultante de numerosas causas e constitui-se num desafio para os gestores da saúde, devido ao impacto que apresenta no cuidado ao paciente e à comunidade, comprometendo a sua segurança e qualidade (SANCINETTI et al., 2011).

Ao abordar o tema absenteísmo não se pode deixar de correlacionar as questões de fatores clínicos e epidemiológicos do grupo de trabalhadores assistidos. Para tanto, utilizar de ferramentas para verificar estes indicadores são essenciais para o conhecimento das causas multifatoriais que podem estar relacionadas. É importante analisar variáveis que possam subsidiar a construção desta análise, como sexo, idade, categoria de profissionais, tempo na instituição, tempo e período de afastamento, causas (de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID-10), assim como as características peculiares a cada serviço.

Na perspectiva da necessidade de observação de eventos relacionados com a Saúde do Trabalhador, entre eles, eventos relacionados ao ambiente de trabalho, é relevante traçar um diagnóstico situacional, para então planejar intervenções de promoção e prevenção da saúde. Portanto a análise do evento absenteísmo é indispensável tanto na perspectiva administrativa quanto na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

Identificar as causas deste absenteísmo torna-se um grande desafio para as instituições, tanto no que se refere ao fator assistencial quanto aos impactos financeiros advindos deste fenômeno, seja ele por causas internas das companhias ou causas externas. Tão importante quanto controlar o absenteísmo é detectar as suas causas, para então propor medidas de controle. Cascio e Boudreau (2010)

apontam que é necessário um entendimento lógico de suas consequências para tomar decisões.

Na enfermagem, Trindade et al. (2014) descrevem que esse impacto tende a ser maior devido à porcentagem que estes profissionais representam no corpo de trabalhadores nas organizações de saúde. Associa-se ainda, o impacto na qualidade da assistência, no custo pessoal para os usuários e trabalhadores, e no custo institucional decorrente das ausências destes trabalhadores.

Entende-se que, na equipe de enfermagem, a análise das ausências é um importante indicador para discutir o dimensionamento, considerando que é a equipe que demanda em maior número de demissões, contratações, horas de aperfeiçoamento, entre outros (ANTUNES; COSTA, 2003).

1.2 MOTIVAÇÃO PARA A PESQUISA

Diante do exposto, a motivação para esta pesquisa surgiu durante o ano de 2015, quando a Secretaria Municipal de Curitiba iniciou um processo de trabalho voltado ao Dimensionamento de Recursos Humanos nas Unidades Básicas de Saúde do Município e desenvolvido pelo Departamento de Gestão do Trabalho (DEGTS), denominação esta utilizada no período. Foram realizadas várias oficinas com os gestores das Unidades e dos Distritos Sanitários, a fim de promover discussões sobre o processo de dimensionamento e levantar informações que subsidiassem a construção de parâmetros adequados para dimensionar as equipes de profissionais que atuam nas Unidades de Saúde, bem como para tornar factível a implantação desta ferramenta.

A construção do dimensionamento de Recursos humanos para os Serviços hospitalares possui referencial específico para que os gestores possam discutir a adequação das equipes, considerando questões financeiras e assistenciais. Entre as ferramentas utilizadas, pode-se citar o Sistema de Classificação de Pacientes-SCP, Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986) e a Resolução do COFEN 293/2004. (COFEN, 2004). Recentemente, o Conselho Federal de Enfermagem, mediante a Resolução Nº 543/2017, incorporou o dimensionamento de profissionais para a atenção primária (COFEN, 2017).

Como a última Resolução do COFEN é recente, no que se refere ao campo da saúde pública, especificamente na Atenção Primária, a composição das equipes

de saúde nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Curitiba ainda está fundamentada no modelo assistencial da Política Nacional da Atenção Primária (PNAB) de 2011. A adequação das equipes ainda segue parâmetros pré-estabelecidos de acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a). Destaca-se que atualmente a Atenção Básica encontra-se em processo de transição devido à aprovação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que foi aprovada após consulta pública, num período de 15 dias, e manifestação de entidades, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro de Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES); Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ).

Alguns pontos nesta nova política tiveram destaque nas alterações, como por exemplo, a alteração da carga horária dos profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de atenção básica. Todavia no final de 2017, ainda a composição da equipe multiprofissional e sua respectiva carga horária se mantinha orientada pela Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a).

Durante a realização das oficinas, pude acompanhar as angústias e inseguranças por parte dos gestores, expondo a dificuldade em trabalhar com as questões relacionadas às ausências dos profissionais nos seus locais de trabalho, relatando, por exemplo, a cobrança e insatisfação dos trabalhadores da equipe e a instabilidade no clima organizacional.

Diante do exposto pelos gestores, deparei-me com a problemática do absenteísmo nas Unidades Básicas de Saúde, quando decidi a trabalhar com o tema, propondo-me a estudá-lo em profundidade, visando contribuir para o processo desencadeado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em relação ao dimensionamento de pessoal. Isto se justifica pelo fato de o absenteísmo ser uma variável indispensável ao desenvolvimento do processo de dimensionamento de pessoal.

Atualmente, ocupando o cargo de Coordenadora de Assistência no Distrito Sanitário do Cajuru (DSCJ) desde início de 2014 e, conhecendo a problemática exposta pelos Gestores das Unidades de Saúde, uma vez que já havia passado nestes serviços quando tive a oportunidade de gerenciá-los, vi-me desafiada a entender o fenômeno do Absenteísmo-doença. Sendo assim este projeto de dissertação, destina-se especificamente ao estudo do absenteísmo-doença nas

equipes de enfermagem que atuam nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário do Cajuru.

O absenteísmo-doença é conhecido pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), referencial este que será abordado nesta pesquisa. Os profissionais regidos pelo regime estatutário no Município de Curitiba cumprem as disposições da Lei 1.656, de 21 de agosto de 1958, Estatuto dos Funcionários Públicos Municipais de Curitiba (CURITIBA, 1958). De acordo com esta legislação, Capítulo VII, Das licenças para tratamento de saúde (LTS), serão reconhecidas mediante a apresentação de laudo médico, cabendo análise do Setor da Perícia Médica, solicitar um estudo social ou a indicação do período de reavaliação da licença (CURITIBA, 1958).

Nesta perspectiva, Aguiar e Oliveira (2009) consideram que o absenteísmo não resulta de um único fator. Desta forma, faz-se necessário entender as causas que levaram os profissionais da equipe de enfermagem que atuam nas Unidades Básicas de Saúde de um Distrito Sanitário do Município de Curitiba a se ausentarem do trabalho, identificar as variáveis que influenciaram o absenteísmo-doença, assim como os grupos de profissionais que se apresentam inseridos neste fenômeno. Portanto, nesta pesquisa buscou-se responder ao seguinte questionamento: Qual o perfil do absenteísmo-doença entre profissionais da equipe de enfermagem que atuam em Unidades Básicas de Saúde em um Distrito Sanitário do Sul do Brasil?

Para responder à questão de pesquisa formularam-se os objetivos apresentados a seguir.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Apresentar o perfil do absenteísmo-doença entre profissionais da equipe de enfermagem lotados em Unidades Básicas de Saúde em um Distrito Sanitário do Sul do Brasil.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a legislação e as normativas institucionais relativas às ausências de profissionais da equipe de enfermagem no serviço e os respectivos controles gerenciais na Prefeitura Municipal de Curitiba, no período de estudo.
- Caracterizar os tipos de ausências não previstas de profissionais da equipe de enfermagem no trabalho no período de 2012 a 2016 nas Unidades Básicas de Saúde.
- Identificar a correlação entre as ausências de profissionais da equipe de enfermagem no trabalho com as variáveis de interesse.
- Identificar as causas prevalentes das ausências não previstas de profissionais da equipe de enfermagem nas Unidades Básicas de saúde, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).
- Calcular a taxa de absenteísmo-doença entre profissionais da equipe de enfermagem.
- Correlacionar as Licenças para Tratamento de Saúde (LTS) dos profissionais da equipe de enfermagem com as variáveis de interesse.
- Recomendar ações para promover a saúde do trabalhador de enfermagem com base na análise estatística.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados os eixos teóricos-conceituais para a sustentação da linha base para análise do perfil do absenteísmo-doença entre os profissionais da equipe de enfermagem que atuam na Atenção Primária, especificamente em Unidades Básicas de Saúde.

Nesta perspectiva, abordam-se os temas: **Atenção Primária a Saúde (APS)**, com a descrição do surgimento da APS, diferentes conceitos e a abordagem em redes de atenção; **Absenteísmo**, conceitos, classificação, causas, técnicas de análise e parâmetros para cálculos; **Saúde do Trabalhador**, relação processo saúde-doença e aspectos históricos sobre legislação em Saúde do Trabalhador.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A propagação do conceito de Atenção Primária como modelo de composição regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, sob a ótica de classificação de complexidade e delimitação geográfica, descrita no Relatório de Dawson em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar tal conceito (LAVRAS, 2011). Acrescenta ainda que os pensamentos apontados neste documento instigaram a criação do sistema de saúde britânico, em 1948, e também orientou a reorganização dos sistemas de saúde de vários países do mundo.

A raiz político-ideológica da Atenção Primária à Saúde (APS), segundo Paim (2012), foi produzida em meados de 1960, vinculada à guerra contra a pobreza, quando se desenvolveram os programas de medicina comunitária para atenuar as pressões coletivas a que os negros americanos estavam expostos e lutar contra o racismo e a favor dos direitos civis.

Embora a afirmação de Paim (2012) faça alusão ao surgimento da prática da Atenção Primária anterior à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se deu em agosto de 1978, foi justamente nesta Conferência que o termo Atenção Primária à Saúde (APS) começou a ser internacionalmente debatido.

Nesta abordagem, a visão da APS exibida pela Declaração Alma-Ata, segundo Macdonald (2012), instigou muitos debates que levaram ao repensar as práticas existentes nos serviços de saúde em todo o mundo. Para o autor, a APS foi

uma oportunidade de estabilizar o sistema de saúde para enfrentar a instabilidade do passado e estabelecer os princípios para um sistema de saúde mais eficiente.

De acordo com a Declaração Alma-Ata, item VI, os cuidados primários de saúde são definidos como,

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal dos indivíduos e família na comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do Sistema de saúde do país, do qual se constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS,1979).

A partir desta definição, surgiram elementos essenciais à Atenção Primária à Saúde (APS), a saber: educação em saúde; saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares (MENDES, 2015).

Na organização do Sistema de Saúde brasileiro com base na APS, identifica-se ao longo do seu desenvolvimento histórico sete ciclos (MENDES, 2012). O primeiro ciclo manifestou-se a partir da criação dos Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo (USP), na segunda década do século XX. A constituição do segundo ciclo se deu no início dos anos 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O terceiro ciclo, iniciado nos anos 1960, requeria ações na prevenção das doenças, estabelecendo a atenção médica voltada ao grupo materno-infantil e a doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase. Na década de 1970, os debates que envolviam a APS configuraram o quarto ciclo da saúde, uma vez que condiziam à atualidade das discussões, em um momento crítico que envolvia um cenário internacional, e que seriam então referenciados na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários à Saúde (MENDES, 2015).

A década de 1980, marca o quinto ciclo após sucessivas crises anteriores, retoma-se os debates sobre a saúde conjuntamente com lideranças do movimento

sanitário e engloba-se discussão da união da medicina previdenciária e a saúde pública (MENDES, 2015). Como mais importante legado deste processo foi a instituição das Ações Integradas da Saúde (AIS), baseadas em mecanismo de regionalização e hierarquização, e que visavam interligar a rede pública nas esferas, estadual e municipal (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Neste contexto, em 1986, a Oitava Conferência de Saúde foi considerada como ponto de partida para a reforma do Sistema Brasileiro. Entre os temas, apresentavam-se a Saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o desenvolvimento do Setor. Outros temas que emergiram nesta Conferência relacionavam-se à hierarquização e ao desenvolvimento do setor, de acordo com a complexidade e a participação popular nos serviços de saúde (PAIM, 2008).

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), se deu início ao que foi considerado o sexto ciclo de desenvolvimento da APS, e a maior política de inclusão social da história do país. O sétimo ciclo, se dá início em 1994 com a implantação do Programa de Saúde da Família, denominado de ciclo da atenção básica a saúde, vigente atualmente. A instituição do SUS causou a ruptura da distinção entre o atendimento às pessoas com direito à saúde por meio de contribuição (INAMPS) e os que não possuíam, e fez da saúde um direito de todos e um dever do estado (MENDES, 2013, 2015).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, Art.196:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua recuperação". O Sistema Único de Saúde – SUS deve ser formado por um conjunto de ações e serviços integrados em forma de rede regionalizada e hierarquizada, organizado sobre um tripé de diretrizes que devem ser seguidas, sendo elas: descentralização, atendimento integral, participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Após a criação do SUS, a década de 1990 revelou-se como marco para as transformações no setor da saúde, num cenário visivelmente em evolução para o processo de descentralização. Este processo se dava pela divisão de poderes do governo federal, detentor da gestão dos serviços de saúde do país, ou seja, poder exclusivo nas decisões, transferindo as ações relacionadas ao Sistema Único de

Saúde (SUS) como uma responsabilidade para os níveis estaduais e locais. Este processo culminava na transição, para um repensar o modelo assistencial, cujo objetivo era destacar às práticas preventivas e atacar os determinantes de saúde (DAVID et al., 2009).

A Constituição da Atenção Básica, de acordo com Lima et al. (2014), deu-se na esfera brasileira após a promulgação da Constituição de 1988, em que emergiu também a reorganização dos serviços de Saúde como forma de associar as diretrizes constitucionais e o que determinavam as Leis Orgânicas da Saúde, Leis 8080 e Lei 8142 (BRASIL, 1990a, 1990b).

A Lei Orgânica da Saúde 8080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a). Esta lei veio a ser complementada no mesmo ano, pela Lei 8142, que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

A partir da criação do SUS e da complementação das duas Leis Orgânicas, ficaram garantidos os princípios para reorganização do sistema de saúde brasileiro, a saber: descentralização, equidade, integralidade, participação social e universalização (BRASIL, 1990a, 1990b). Essas leis em conjunto dispõem sobre uma série de ações para a saúde, destacando-se as ações de vigilância, epidemiológica e sanitária, de Saúde do Trabalhador, assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; ordenação de recursos humanos na área, ações de vigilância nutricional, entre outras.

A Lei nº 8.080 de 1990, no capítulo II, cita que as ações e serviços de saúde que integram o SUS devem ser desenvolvidas de acordo com as Diretrizes e os seguintes princípios:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis do sistema;

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

IV – Participação da comunidade;

V - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

VI – Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990a).

Entre o período de 1970 e 1980, modelos assistenciais sustentaram os sistemas de saúde, destacam-se, a saber: Modelo Campanhista, voltado às práticas de controle de endemias; Modelo médico-assistencial previdenciário, Modelo médico privatista. Neste mesmo período, havia um crescente gasto com a Previdência devido ao desequilíbrio entre os contribuintes e os assegurados (CAMPOS; GUERRERO, 2010). Os autores destacam características destes modelos pelo foco no atendimento hospitalar e centrado no profissional médico.

Na década de 1990, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), baseado na repercussão assertiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no estado do Ceará e ampliada com a inclusão de médicos e enfermeiros sugeriram mudanças significativas no campo da saúde e dos serviços. O PSF se propôs a reorganização da prática assistencial diferente dos modelos assistenciais vigentes à época, para um modelo com foco na família, no ambiente físico e social, distinto do modelo centrado no atendimento hospitalar (MENDES, 2012).

Em 1994, o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), resultado da junção do PACS e PSF, passa a ser redefinido como estratégia para orientar o modelo assistencial na APS, de acordo com os princípios do SUS. Destaca-se neste modelo a base populacional e territorial se articulando e um atendimento por meio de cadastro da população, mapeamento e delimitação do território (MENDES, 2012). Desde então, no campo de atuação da APS, o Ministério da Saúde propõe a mudança do modelo assistencial tradicional para o ESF, no nível nacional (DILÉLIO et al., 2012).

Pode-se afirmar que vários modelos fizeram parte da história dos Sistemas de saúde. Segundo Mendes (2015, p. 39), os modelos podem ser abordados de acordo com algumas características: Modelo tradicional, atendimento voltado para consultas médicas e de enfermagem, mas sem formação em saúde da família; Modelo Semachko de origem russa, onde os cuidados primários são organizados por uma tríade (clínico, gineco-obstetra e pediatra); Modelo medicina da família, cujo cuidado é centrado por meio de consulta de profissionais médicos generalistas e ou medicina da família; e o Modelo do ESF, no qual há oferta de serviços de profissionais de nível superior e nível técnico, assim como de profissionais especialistas inseridos no

Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); e por fim, os Modelos mistos que se interagem numa mesma Unidade na APS.

Para a abordagem dos Modelos de atenção nas práticas de saúde, os termos Atenção Básica (AB), adotado no Brasil, e Atenção Primária à Saúde (APS), proposto na Alma-Ata, são equivalentes (BRASIL, 2017). Nesta pesquisa será utilizado o termo de Atenção Primária à Saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

No que diz respeito ao conceito de Modelo, associado à prática assistencial, Paim (2008, p. 548) define Modelo de Atenção ou Modelo Assistencial como uma “representação esquemática e simplificada de um sistema de saúde, no que tange à prestação da atenção [...]”. Sob uma perspectiva mais abrangente Mendes (2011, p. 209) define Modelo de Atenção como “sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco [...]”.

No modelo ESF, as ações orientam-se para uma modificação no processo de cuidar, o interesse se volta para o entendimento do processo saúde-doença, as ações com foco no coletivo e a assistência ao indivíduo considerando o contexto social e familiar. O ESF também visa agregar as ações curativas, preventivas e de promoção da saúde, produzindo informações para análise e monitoramento dos problemas de saúde, a partir de indicadores epidemiológicos e sanitários (LIMA et al., 2014). O sucesso da operacionalização da APS por meio do ESF foi demonstrado superior aos modelos tradicionais em estudos na literatura (MENDES, 2013, 2015).

Com base no histórico de construção e discussões que englobaram a APS e que a tomaram como centro de debates, em 2003 a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a recuperação dos princípios da APS em seu Relatório mundial da saúde. Tal descrição, recomendava a retomada da definição, conforme cita a Declaração Alma-Ata, propondo a compreensão global e amplo de cuidados da saúde (OMS, 2003).

Sendo assim, o relatório mundial (OMS, 2003) apontou para a formulação de diretrizes amplas visando à APS, que dizem respeito: ao acesso universal e à cobertura, com base em necessidades de saúde; à equidade em saúde como parte do desenvolvimento orientado pela justiça social, à participação social na definição e realização da agenda das políticas de saúde, e à abordagem intersetorial à saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a atenção primária tem o papel de responder à maioria das necessidades de saúde e coordenar a atenção integral e o fluxo das pessoas no sistema de saúde, além de ser a estratégia mais eficiente para responder às condições de saúde do século XXI: a globalização de modos de vida pouco saudáveis, a aceleração da urbanização não planejada e o envelhecimento demográfico que contribuem para o aumento das doenças crônicas e geram novas demandas para os serviços (OMS, 2008).

De modo a responder às condições de saúde, no Brasil a política de APS é consequência da organização de vários atores, entre usuários, gestores, movimentos sociais e trabalhadores. Como resultado desta coletividade a Portaria nº 648 de 2006, instituída pelo Ministério da Saúde tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Dando prosseguimento às discussões sobre a APS, o Relatório Mundial da Saúde de 2008, publicado pela OMS, considerava primordial a criação de sistema de saúde tendo a APS como base potente e de qualidade. Nesta perspectiva, os cuidados primários foram concebidos como " [...] facilitadores de uma convergência, segura efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral (OMS, 2008, p. 43).

Como apontado pela OMS em seus relatórios, os sistemas de atenção à saúde devem responder às necessidades de saúde da população de forma equilibrada. A divergência neste processo se agrava à medida que o modelo de atenção à saúde passa a não atender às condições de saúde da população que se apresentam vigentes. No Brasil a situação de saúde se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças (mortalidade, fatores de risco e a carga de doenças). Esse descompasso estabelecido nos sistemas de atenção à saúde brasileiro não foi diferente do que estava ocorrendo mundialmente (MENDES, 2012, 2018).

Historicamente, durante a primeira metade do século XX, os sistemas de atenção à saúde se voltavam ao atendimento a doenças infecciosas e, na segunda metade volta-se para as condições crônicas. Para as condições agudas, requerem respostas sociais reativas e episódicas, de outro lado, as condições crônicas demandam respostas proativas, contínuas e integradas em rede. De tal forma, que o desafio se faz para a construção de um novo sistema de saúde capaz de apresentar

respostas eficientes, efetivas, de qualidade e de forma equilibrada tanto ao atendimento nas condições crônicas quanto às condições agudas, um caminho provável a ser elaborado é a estruturação de um sistema em redes de atenção e coordenado pela APS (MENDES, 2018).

As redes de atenção se apresentam como respostas adequadas à situação atual de saúde no Brasil, capaz de organizar de forma integrada todos os pontos de assistência, sob coordenação da APS (MENDES, 2013). Para o fortalecimento da APS se torna necessário a expansão do ESF, em especial pela organização em redes de atenção, cuja proposta foi incorporada na legislação do SUS pelo Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011b).

Atualmente a APS está regulamentada pela Portaria 2.436/2017, que a conceitua como

Um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017 p. 2).

Nesta PNAB, além da definição das Unidades Básicas de Saúde (UBS), como todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, orienta ainda que todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017). A proposta da RAS volta-se para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012; 2017).

A APS como ordenadora da RAS possui funções ampliadas de modo a ser resolutive e atender 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo da RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita (MENDES, 2015, p.17). Segundo o autor, estas funções são primordiais para a organização do SUS, entretanto é necessário que a equipe seja capacitada a desempenhar tais papéis.

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e tem diversos atributos, entre eles: primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída por equipe multidisciplinar, que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2017).

Um ponto destacado na PNAB/2017 e que engloba a RAS é a integração entre a Vigilância em Saúde e APS como condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (BRASIL, 2017).

Embora a PNAB/2017 mantém a Saúde da Família como a estratégia prioritária à expansão e consolidação da APS, reconhece outras estratégias de organização da APS nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes desta no SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017).

Outro destaque desta nova Política Nacional da Atenção Básica, Portaria 24.436, de 21 de setembro de 2017, refere-se ao Núcleo Ampliado de Apoio da Saúde da Família (Nasf-AB), que passaram a atuar de maneira integrada para fornecer apoio (clínico, sanitário e pedagógico) a todas as equipes da Atenção Básica, seja equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes da Atenção Básica (eAB) (BRASIL, 2017).

Em relação às equipes com o modelo ESF, a PNAB preconiza que a equipe multiprofissional seja composta por profissionais que, preferencialmente, possuam especialidade em saúde da família, a saber: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), Agente de combate às endemias (ACE), e demais profissionais da saúde bucal, auxiliar ou técnico em saúde bucal. A carga horária de todos os profissionais deverá ser de 40 (quarenta horas) semanais impreterivelmente (BRASIL, 2017). A carga horária dos profissionais foi outro ponto de destaque, uma vez que a Portaria

2.488 de 21 de outubro de 2011 permitia ao profissional médico uma carga horária inferior a 40 horas semanais (BRASIL, 2011a).

No que se refere à composição e carga horária das Equipes de Atenção Básica (eAB), orienta-se composição minimamente por profissionais médicos (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, e técnicos de enfermagem. Ainda poderão compor as equipes dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combates de endemias. Para estes profissionais a carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de dez horas, com no máximo três profissionais por categoria, somando 40 horas semanais (BRASIL, 2017).

Atualmente a PNAB descreve a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2017). Enquanto a Portaria 2.488 de 2011 recomendava para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem Saúde da Família, uma referência de 18 mil habitantes. Para as UBS com ESF, 12 mil habitantes, porém em ambas deverão ser garantidos os princípios da atenção básica (BRASIL, 2011a).

As atribuições de todos os membros da equipe também são orientadas por meio desta portaria, seguida as referidas disposições legais que regulamentam o exercício da profissão. Nesta pesquisa abordam-se as legislações que se referem a equipe de enfermagem.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº 7.498, Art. 11, cabe ao profissional enfermeiro desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde com capacidade de tomar decisões. Ao técnico de enfermagem cabe exercer atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e planejamento da assistência de enfermagem. Ao Auxiliar de Enfermagem cabe exercer atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares sob a supervisão, bem como a participação, em nível de execução simples, em processos de tratamento (BRASIL, 1986).

Por sua vez, a PNAB (2017) apresenta como atribuições específicas do enfermeiro: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupos e conforme protocolos ou outras normativas técnicas definidas pelos gestores; solicitar exames

complementares, prescrever medicação e encaminhar a outros serviços; realizar atividades programadas e de atenção a demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS); contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da UBS (BRASIL, 2017).

As atribuições específicas do Auxiliar e do Técnico de enfermagem são: participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS, domicílio e demais espaços da comunidade (escolas, associações etc.); realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS e contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente (BRASIL, 2017).

A profissão de enfermagem, de acordo com Guimarães e Felli (2016), encontra-se em expansão no mercado de trabalho. Todavia, Machado et al. (2015) apontam problemas de empregabilidade integral na enfermagem, ao longo dos tempos. Entre as várias áreas de atuação dos profissionais da enfermagem estabelecidas pela Resolução 581 de 11 de julho de 2018 encontram-se a enfermagem em Saúde Pública e enfermagem em Estratégia da Família (COFEN, 2018). Atuações destacadas nesta pesquisa. Numa abordagem geral à profissão da enfermagem, Guimarães e Felli (2016) acrescentam ainda, que estes profissionais ocupam funções indispensáveis ao processo assistencial e estabelecem ligações com todos da equipe multidisciplinar. Sanchez e Oliveira (2016) corroboram ao descrever o enfermeiro como mediador do trabalho na área da saúde.

Na área da enfermagem procedimentos técnicos e ações curativas têm se destacado cujo eixo central é a doença, enquanto o foco no indivíduo como centro do cuidado raramente tem se mostrado presente, situações evidenciadas também para o trabalho da equipe de enfermagem na Atenção Básica em Saúde (ACIOLI et al., 2014).

Na APS, a possibilidade de adoecer e a suscetibilidade percebida pelos profissionais estão ligadas, fundamentalmente, pela falta de recurso para a execução do trabalho, à violência física e moral e ao desgaste emocional concebido pelas

circunstâncias socioeconômicas, culturais, de tal modo onde se insere o trabalho. (SANTOS et al., 2012).

Para Kessler e Krug (2012), conhecer as situações de satisfação e insatisfação do trabalhador da enfermagem colabora para o esforço em defender melhores condições de vida e de trabalho destes profissionais.

Zavala e Klijn (2014) consideram os membros da equipe de enfermagem um capital humano precioso em saúde para os povos do mundo, que anseiam por desempenhar suas atividades laborais com melhores condições de trabalho para preservar a saúde física e mental, e assim, serem capazes de atender as situações de saúde dos usuários e usuárias.

Esforços para fortalecer a gestão de pessoas na saúde pública devem ser prioridade contínua, envolvendo ações bem planejadas, baseadas em evidências e coordenadas por alguém que tenha poder decisório, e que sejam determinadas com a missão de transformar a saúde pública e melhorar a saúde da população, enfrentando a complexa paisagem do século XXI (CORONADO; KOO; GEBBIE, 2014). Dentre as ações de planejamento que compreendem a gestão de pessoas cita-se o monitoramento do absenteísmo, que embora comum, pode gerar impacto financeiro e produtivo. Identificar as causas do absenteísmo-doença vai além das relativas aos aspectos financeiros, incluem-se obter informações claras e concretas a respeito das causas decorrente deste fenômeno por meio de estratégias que visem auxiliar na definição de medidas que possam minimizar as consequências.

A compreensão das ausências no trabalho e do fenômeno do absenteísmo requer a explicitação de alguns conceitos relacionados, que são abordados na próxima seção.

2.2 ABSENTEÍSMO

O absenteísmo como objeto de estudo não se restringe à área da enfermagem. É definido segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) como sendo a falta ao trabalho por parte do funcionário, ao passo que absenteísmo-doença ou licença médica é a ausência do funcionário num determinado período decorrente de uma incapacidade (OIT, 1989 apud OENNING; CARVALHO; LIMA, 2012). Essas ausências denotam que o trabalhador é acometido por diversos processos de desgastes, adoecendo e/ou acidentando-se (FELLI; BAPTISTA, 2015).

Assim, buscou-se analisar o contexto nacional e internacional do conjunto de fatores que envolvem o absenteísmo, de forma a permitir responder: quais causas são prevalentes nos afastamentos que envolvem a equipe de enfermagem, métodos estatísticos mais utilizadas nas pesquisas e resultados encontrados? O conhecimento gerado foi capaz de servir de suporte na tomada de decisão e orientação na escolha das variáveis para este estudo.

Neste sentido, foi realizada revisão de literatura, com a finalidade de reunir e sintetizar dados relativos ao tema absenteísmo a partir de 2012 a 2017. A pesquisa foi realizada com base nas seguintes etapas da revisão integrativa: identificação do tema e seleção de hipótese, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da síntese (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na pesquisa de revisão os critérios de inclusão adotados para orientar a busca e seleção das publicações foram:

- Artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais, divulgados em português, inglês e espanhol, que abordasse o tema absenteísmo e correlaciona-se a equipe de enfermagem.
- Publicações com texto completo e acesso aberto no período entre 2012 a 2017, ou seja, compreendendo os últimos 06 anos.
- Indexados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).
- Publicações localizadas com auxílio dos descritores Absenteísmo OR Absentismo OR Ausentismo OR Absenteeism AND (“profissionais” OR “Equipe de enfermagem” OR “Equipo de Enfermeria” OR “Nursing Team”).

A revisão de literatura ocorreu no período que compreendeu o mês de abril até primeira semana de maio 2017. A pesquisa aconteceu online tomando como base as produções científicas na Biblioteca Virtual em Saúde. Com a utilização dos descritores, foram localizados 1730 artigos científicos, delimitando o período a partir de 2012.

Obtiveram-se como resultado 280 estudos, sendo 180 na Base MEDLINE, 59 no LILACS, 22 no IBECs, 17 no BDNF-Enfermagem, BBO- Odontologia 1 e Coleção SUS 1. Excluíram-se as teses, num total de 13 e 01 documento de projeto.

Com este processo foram identificados 266 estudos, entretanto, apenas 230 apresentavam o texto disponível.

Após a leitura dos artigos procedeu-se à exclusão dos estudos sem textos disponíveis, embora estivessem discriminados com o acesso disponível apresentavam apenas o resumo do estudo, excluíram-se também os estudos que não responderam aos critérios de inclusão. Desta forma a presente revisão incorporou 14 artigos científicos.

O arquivo disponível apresenta 15 estudos, o último estudo de 2016 foi incluído também pela busca na Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed, devido à relevância na literatura proposta, porém não compôs o estudo com os descritores acima citados, no entanto agregou-se à revisão por apresentar indicadores para dimensionamento de pessoal, visto que o absentismo é uma variável para a adequação de Recursos Humanos. Desta maneira a síntese destaca os 15 estudos conforme apresentado no QUADRO 1.

Para auxílio na coleta de dados e organização das informações dos estudos selecionados utilizou-se uma planilha eletrônica para agrupamentos dos dados e síntese das informações necessárias de cada artigo, de tal forma que o documento foi composto pelos seguintes dados: autor; ano; objetivo e local de pesquisa; tipo de estudo; fonte de dados; variáveis; técnica de coleta de dados; técnica de análise dos dados, e principais resultados.

Segundo análise dos estudos no QUADRO 1, quanto às características sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação conjugal e escolaridade) os resultados demonstraram predomínio das mulheres (CARUGNO et al., 2012; FERREIRA et al., 2012; RÔVERE, 2012; COGGON, 2013; FURLAN; STANCATO, 2013; MININEL et al., 2013; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; SOTO-CARO; HERRERA-COFRE; FUENTES-SOLIS, 2015).

Quanto a faixa etária, a idade apresentou variabilidade, entre 20 a 30 anos (CARUGNO et al., 2012; RÔVERE, 2012; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014), entre 30 a 50 (FURLAN; STANCATO, 2013; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; SOTO-CARO; HERRERA-COFRE; FUENTES-SOLIS, 2015; MANTOVANI et al. 2015).

Em relação à situação conjugal, autores obtiveram predomínio nos afastamentos associados aos casados (FERREIRA et al. 2012; FURLAN; STANCATO, 2013).

QUADRO 1 – SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE ABSENTEÍSMO RELACIONADO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM

| AUTOR/ OBJETIVOS | ANO | FONTE DOS DADOS | VARIÁVEIS | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | TÉCNICA DE ANÁLISE | PRINCIPAIS RESULTADOS |
|---|------|--------------------------------------|--|----------------------------------|--|--|
| <p>1 - CARUGNO, M. et al.</p> <p>Comparar a prevalência de Distúrbios musculoesqueléticos entre enfermeiros de duas localidades, Brasil e Itália, e sua associação com fatores de risco psicossociais.</p> | 2012 | Questionário autoaplicável- CUPID | Horas trabalhadas por semana, duração do emprego, média de trabalho do enfermeiro específica (atividades físicas), dias de trabalho, satisfação no trabalho, tendência a somatização, saúde mental (humor), dor em condições anatômicas locais e ausência. | Dados secundários | Estatística descritiva Regressão logística Análises estatísticas - Stata / MP 11.1 (Stata- Corp., College Station, EUA) | Predomínio feminino em ambos locais. Idade-italianas mais jovens <40 anos. Dores no pescoço e ombros foram as mais relatadas entre as enfermeiras que realizam trabalhos prolongados, com braços elevados. As dores lombar, pescoço, ombros e em múltiplos sítios foram associadas à tendência somatizante e à ausência por doença em ambos os países. |
| <p>2- FERREIRA, R. C. et al.</p> <p>Analisar fatores associados ao absenteísmo por doença autorreferido em trabalhadores de enfermagem, em 03 hospitais públicos.</p> | 2012 | Questionário multidimensional | Sociodemográficas; Ocupacionais; Comportamentos relacionados à saúde e estilo de vida; doenças e sintomas. | Dados secundários | Análise Estatística- <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (SPSS). | Absentismo-doença de 20,3% e 16,6% para poucos e muitos dias. Poucos dias associação com sexo (feminino), idade (jovens) e escolaridade (superior), auxiliares de enfermagem, mais de um vínculo; doenças osteomusculares, distúrbios psíquicos. Muitos dias - associação sexo (feminino) idade e situação conjugal (menor nos solteiros), técnicos de enfermagem, servidores públicos, mais de um vínculo distúrbios psíquicos menores. |

(continua)

QUADRO 1 - SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE ABSENTEÍSMO RELACIONADO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM

| AUTOR/ OBJETIVOS | ANO | FONTE DOS DADOS | VARIÁVEIS | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | TÉCNICA DE ANÁLISE | PRINCIPAIS RESULTADOS |
|--|------|---|--|----------------------------------|--|---|
| <p>3 - RÔVERE, K. D. M. A. Identificar e analisar o absenteísmo, as causas de licenças médicas de até 15 dias dos profissionais de enfermagem em um hospital do interior de São Paulo, no período de 2009 a 2010.</p> | 2012 | Serviço de Medicina Trabalho, no software Sistema de Monitoramento da Saúde dos trabalhadores de Enfermagem | Ausência prevista-ferias e feriados; ausência não prevista-falta injustificada, licença médica menor de 15 dias, licença médica maior de 15 dias, licença maternidade, licença paternidade, licença falecimento e licença casamento. | Dados secundários | Análise descritiva dos dados, agrupando as respostas em tabelas e gráficos de distribuição de frequências absoluta e relativa, utilizando Programa Microsoft | Atestados Médicos > de 15 dias foi 0,35% e < de 15 dias foi 94,1%. Maioria dos profissionais do sexo feminino, jovens, com idade entre 26 e 30 anos e auxiliares de enfermagem. Afastamentos por Doenças do Aparelho Respiratório e Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde. |
| <p>4 - COGGON, D. et al. Quantificar a variação nas taxas de ausência por problemas musculoesqueléticos entre grupos de trabalho e explorar fatores que poderiam marcar as diferenças observadas (47 grupos profissionais de 18 países)</p> | 2013 | Questionário de grupos de enfermeiros, trabalhadores com atividades braçais. | Características demográficas; Ocupação; Exposição Carga Física; Pressão do tempo no trabalho, questões sobre crenças e perguntar sobre sintomas somáticos. | Dados secundários | GLLAMM (latente linear generalizada e modelos mistos) Regressão de Poisson variável >5 dias ausência | Predomínio feminino, fatores de riscos pessoais, idade avançada, menor nível educacional, tendência a somatizar, carga física no trabalho e ausência prolongada no trabalho associada significantes para dor musculoesquelética. Entre os grupos profissionais os enfermeiros tiveram maior expressividade nos relatos das ausências por causa da dor musculoesquelética. |

(continuação)

QUADRO 1 - SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE ABSENTEÍSMO RELACIONADO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM

| (continuação) | | | | | | |
|---|------|-----------------------------|---|----------------------------------|--|---|
| AUTOR/ OBJETIVOS | ANO | FONTE DOS DADOS | VARIÁVEIS | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | TÉCNICA DE ANÁLISE | PRINCIPAIS RESULTADOS |
| <p>5 - NEIDHAMER, I. et al.</p> <p>Explorar as associações entre várias medidas de fatores de trabalho psicossocial e absenteísmo-doença em 31 países na Europa.</p> | 2013 | Questionário- Entrevista | <p>Ausência por doença de trabalho</p> <p>Fatores de Covariáveis, Psicossocial. Covariáveis, idade, ocupação, atividade econômica, vínculo trabalhista / trabalhador por conta própria, e atividade física, química, biológicas e biomecânicas.</p> | Entrevista direta | <p>Regressão logística- Binômio binário multinível</p> <p>Obstáculos (NBH)</p> | <p>Diferenças significativas foram observadas quanto à presença e duração de ausência entre os países, não houve diferença significativa entre os sexos na média dias de ausência: fatores associados com a ocorrência de ausência de doença foram: alta demanda psicológica, violência física, assédio sexual, discriminação, intimidação, insegurança no emprego, baixa promoção profissional e vida profissional em desequilíbrio para ambos os sexos, e autoridade de baixa decisão e mudança de trabalho apenas para mulheres.</p> |

QUADRO 1 - SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE ABSENTEISMO RELACIONADO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM

| AUTOR/ OBJETIVOS | ANO | FONTE DOS DADOS | VARIÁVEIS | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | TÉCNICA DE ANÁLISE | PRINCIPAIS RESULTADOS |
|---|------|------------------------------|---|----------------------------------|---|---|
| <p>6 –FURLAN; STANCATO</p> <p>Comparar os fatores geradores do absenteísmo na equipe de enfermagem, em um hospital público (HC-UNICAMP) e um hospital privado -FCMC, em Campinas (SP).</p> | 2013 | Questionário semiestruturado | Índice de absenteísmo, perfil e causas. | Dados secundários | <p>Análise Estatística descritiva- Variáveis quantitativas- Teste não paramétrico de Mann-Whitney</p> <p>Associação entre os hospitais- Teste do X^2 e o teste exato de Fisher.</p> <p>Para todas as análises (significância < 5%) software estatístico SAS</p> | <p>Predomínio feminino nas duas instituições; idade entre 30,78 e 37,03 anos; maior entre os casados e no turno da manhã; escolaridade, 61% na FCMC com ensino médio e 45,30% na UNICAMP com ensino superior. Experiência profissional- FCMC: 3,49 anos; HC-UNICAMP: 6,20 anos. Categoria, maior de auxiliares e técnicos nas duas instituições. Absenteísmo (trimestral) - Ausência não prevista no hospital público. Taxas nos 1º,2º,3º e 4ºtrimestres, respectivamente 7,17%, 7,35%, 7,27%, 7,43%. No privado, foram 4,00% no 1º trimestre, 4,86% no 2º trimestre, 4,70% no 3º semestre e 5,13% no 4º trimestre. Falta não justificada- 11,63% da FCMC e 5,81% do HC-UNICAMP já faltaram por motivo não justificado. Consequências das ausências, na FCMC, 11,76% desconhecem as consequências de suas ausências, no HC-UNICAMP 7,23%.</p> |

(continuação)

QUADRO 1 - SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE ABSENTEISMO RELACIONADO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM

| AUTOR/ OBJETIVOS | ANO | FONTE DOS DADOS | VARIÁVEIS | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | TÉCNICA DE ANÁLISE | PRINCIPAIS RESULTADOS |
|--|------|---|---|----------------------------------|---|---|
| <p>7 - OLIVEIRA, R. D. et al.</p> <p>Analisar a incidência e o tempo dos afastamentos ligados especificamente às causas psicológicas entre profissionais da enfermagem de um hospital público</p> | 2013 | Atestados da Saúde Ocupacional | Número de afastamentos por doenças psicológicas duração do afastamento (tempo mínimo, máximo e médio), CID- entre F30 e F45 | Dados secundários | Estatística descritiva para de medidas posição. Teste Qui-quadrado para avaliar existência de significância estatística | Causa de afastamentos foram os episódios depressivos (F32), com 784 afastamentos. Quanto ao tempo de afastamento, a causa que por mais tempo afastou, os enfermeiros (média de 40,62 dias) foi o transtorno afetivo bipolar (F31). Os auxiliares e os técnicos em enfermagem se afastaram devido ao transtorno depressivo recorrente (F33), em média, por 40,47 e 54,33 dias, respectivamente. Tempo médio de afastamento devido causas psicológicas foi 30 dias. |
| <p>8 - MININEL, V. A. et al</p> <p>Analisar as cargas do trabalho, processos de desgaste e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário.</p> | 2013 | Análise de Prontuários Simoste-Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem | Processo de Trabalho - Carga de Trabalho-queixa apresentada pelo trabalhador. Processo de Desgaste e desfecho- Classificação Internacional de Doenças- CID 10 | Dados secundários | Frequência relativa e absoluta das variáveis e pelo coeficiente de risco (CR). | Predomínio feminino registros de 144 notificações de exposição ocupacional, o que representou 25% da população total de enfermagem do hospital. As cargas fisiológicas e psíquicas foram as mais representativas, com 37 e 36%, respectivamente. Absenteísmo de 1.567 dias, devido aos afastamentos para tratamento da doença. |

(continuação)

QUADRO 1 - SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE ABSENTEISMO RELACIONADO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM

| AUTOR/ OBJETIVOS | ANO | FONTE DOS DADOS | VARIÁVEIS | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | TÉCNICA DE ANÁLISE | PRINCIPAIS RESULTADOS |
|---|------|--------------------------------|--|----------------------------------|---|---|
| <p>9 - FORMENTON, A.; MININEL, V. A.; LAUS, A. M.</p> <p>Analisar o absenteísmo-doença na equipe de enfermagem de uma operadora de planos de saúde do interior de São Paulo.</p> | 2014 | Atestados da Saúde Ocupacional | Sexo, unidade de atuação, categoria profissional, afastamentos e respectivas causas; dias perdidos de trabalho e doenças relacionadas segundo Classificação Internacional de Doenças (CID-10). | Dados Secundários | Análise estatística, mediante cálculos dos índices de frequência (If), média de afastamentos e dias perdidos. | Predomínio do sexo feminino 78(79,6%). Afastamentos com variação de 1,67 a 1,78 por categoria profissional. Média de 5,39 dias perdidos. Causas, 23(13,4%) decorrentes de doenças do aparelho respiratório; 21(12,2%) de doenças do Sistema Osteomuscular e tecido conjuntivo; 19(11%) de doenças infecciosas e parasitárias; 19(11%) de sinais, sintomas e achados anormais não classificados; 16(9.3%) de doenças do aparelho geniturinário; 14(8,1%) decorrentes de gravidez, parto e puerpério; 10(5,8%) de doenças olhos e anexos; e 9(5,2%) de causas externas. |

(continuação)

QUADRO 1 - SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE ABSENTEISMO RELACIONADO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM

| AUTOR/ OBJETIVOS | ANO | FONTE DOS DADOS | VARIÁVEIS | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | TÉCNICA DE ANÁLISE | PRINCIPAIS RESULTADOS |
|---|------|---|---|--|---|--|
| <p>10 - ABREU, R. M. D. de; GONÇALVES, R. M. D. de A.; SIMÕES, A. L. de A.</p> <p>Identificar os motivos atribuídos pelos profissionais de enfermagem para as faltas no trabalho e descrever as alternativas propostas pelos profissionais para redução do absentismo.</p> | 2014 | Levantamento das Ausências em base documental no período de janeiro a dezembro de 2008. | Local de atuação, sexo, faixa etária, turno de trabalho, categoria e números de vínculos empregatícios. | Técnicas de Observação e grupo focal com gravação de áudio | Análise de dados (gravações) após transcrição. | Predomínio do sexo feminino; faixa etária entre 14 e 59 anos. Turno de trabalho maior entre os do turno noturno. Categoria de enfermagem, 23 (79,31%) técnicos de enfermagem, 5 (17,24%) enfermeiros e 1 (3,45%) auxiliar de enfermagem. Vínculo, 16 (55,17%) não possuíam outro vínculo empregatício e 13 (44,83%) possuíam mais de um vínculo empregatício. |
| <p>11 - OLIVARES-FAÚNDEZ, V. E. et al.</p> <p>Analisar a influência de alguns fatores de risco psicossocial o desenvolvimento do burnout e analisar a influência desse fenômeno no absentismo no trabalho.</p> | 2014 | Instrumento autoaplicado | Sexo, idade, estado civil, tipo de contrato, tempo de atuação na profissão e na instituição e categoria profissional. Instrumento com 20 itens Entusiasmo para o trabalho (5 itens); Esgotamento psicológico (4 itens); Indolência (6 itens); Culpa (6 itens). | Dados secundários | Estatística descritiva, programa- <i>Statistical Package for the social Sciences</i> (SPSS). Análise de regressão múltipla-subsequente <i>stepwise</i> . | A escala de absentismo foi de 1,91, um valor fora do intervalo de +/- 1. Correlação, de existência de significância estatística e positiva entre conflitos de papéis e burnout e; entre o conflito de papéis e o conflito psicológico e exaustão e entre conflito papel e indolência. Absenteísmo do empregado não estabeleceu relações significativas com o burnout. Idade média dos participantes 37 anos. |

(continuação)

QUADRO 1 - SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE ABSENTEÍSMO RELACIONADO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM

| AUTOR/ OBJETIVOS | ANO | FONTE DOS DADOS | VARIÁVEIS | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | TÉCNICA DE ANÁLISE | PRINCIPAIS RESULTADOS |
|--|------|---|--|----------------------------------|--|---|
| <p>12 - KRANE, L. et al.</p> <p>Avaliar os índices de ausência por doença, curto e longo prazo, e a frequência de episódios de 2004 a 2008 nos setores da saúde e dos cuidados de saúde nas Cidades de Kristiansand, na Noruega e Aarhus, na Dinamarca.</p> | 2014 | Registros dos municípios de Kristiansand, Noruega, Aarhus, Dinamarca, 2004 a 2008 | Idade sobre as taxas de ausência por doença (número de dias de calendário de ausência de doença / possíveis dias de trabalho) e o número de doentes calculados para cada ano do período de estudo. | Dados Secundários | Análises descritivas comparativas Stata para Windows, versão 12. | Crescente número de afastamento por doença na Dinamarca. Média de idade de 20-29 em ambas cidades. Média de ocorrências de afastamentos na Noruega, 1.8 a 2.3 e Dinamarca 2.0 e 2.2. Afastamento de curto prazo, manteve-se estável na Noruega e reduziu na Dinamarca. Para os afastamentos de longo prazo, mostrou-se instável na Noruega, enquanto na Dinamarca diminuiu. |
| <p>13 SOTO-CARO, A.; HERRERA-COFRE, R.; FLUENTES-SOLÍS, R.</p> <p>Analisar o efeito do tipo de proteção social, como determinar o risco de receber licença médica curativa e a probabilidade de determinar um período de tempo.</p> | 2015 | Base de dados | Dias de absentismo do trabalho x Categoria individual (sexo, faixa etária e sistema de saúde) e institucional (categoria, estabelecimento e tipo de contrato) | Dados Secundários | Estatística Descritiva- ANOVA | Média de dias de licença nas mulheres 22,6 e 26,9 dias, 6 vezes maior em comparação aos homens que foi entre 15,9 a 21,5 dias. Categoria, Auxiliares e Técnicos de enfermagem apresentaram as maiores médias de absentismo trabalho (30 e 27 dias respectivamente). |

(continuação)

QUADRO 1 - SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA: RESULTADOS E CONCLUSÕES SOBRE ABSENTEÍSMO RELACIONADO COM EQUIPE DE ENFERMAGEM (conclusão)

| AUTOR/ OBJETIVOS | ANO | FONTE DOS DADOS | VARIÁVEIS | TÉCNICA DE COLETA DE DADOS | TÉCNICA DE ANÁLISE | PRINCIPAIS RESULTADOS |
|---|------|--|--|---|--|--|
| 14 - MANTOVANI, V. M. et al Caracterizar o absenteísmo por enfermidade nos profissionais de enfermagem | 2015 | Arquivos do serviço de medicina ocupacional | Variáveis relativas ao tempo na função dentro da organização, sexo, idade, categoria profissional, turno de trabalho, unidade de trabalho, dias, período e motivo do afastamento. | Dados secundários | Estatística descritiva, programa <i>Statistical Package for the social Sciences</i> (SPSS). | 642 atestados e 6.230 dias de afastamento. Destes, 50 (22,7%) foram de enfermeiros, 79 (36%) de técnicos de enfermagem e 91 (41,3%) de auxiliares de enfermagem. Causas, doenças respiratórias nos enfermeiros e doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo nos técnicos e auxiliares de enfermagem, fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde nas diferentes categorias. |
| 15 - QUADROS, D. V. de et al Analisar indicadores assistenciais e gerenciais após adequação do quadro de pessoal. | 2016 | Sistema de Informações Gerenciais e Serviço de Medicina Ocupacional da instituição | Números de afastamentos por doença do trabalhador, número de horas excedentes, número de horas extras, taxa de úlcera por pressão, índices de queda e de infecção por sonda vesical de demora. | Dados Secundários e documentos Institucionais | Estatística descritiva, programa <i>Statistical Package for the social Sciences</i> (SPSS). Cálculo de frequência simples e relativa | 40,0% de aumento no número de enfermeiros e 16,0% no número de técnicos de enfermagem resultou na redução de 12,0% no percentual de afastamentos por doença, 21,8% no total do banco de horas excedentes, 92,0% nas horas extras pagas. Redução de 75,0% nas taxas de úlcera por pressão, de 10,5% no número de quedas e 50,0% nas infecções por sonda vesical de demora. |

FONTE: A autora (2018).

No que concerne à escolaridade, autores aludem a ocorrência do maior número de afastamentos de profissionais de nível médio (RÔVERE, 2012; FERREIRA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013; FURLAN; STANCATO, 2013; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; MANTOVANI et al., 2015).

No que diz respeito à coleta de dados, a maioria dos estudos (10) utilizaram dados secundários (softwares e atestados), três fizeram uso de questionários, um fez uso de entrevista direta e outro de grupo focal. Na técnica de análise dos dados utilizada houve predomínio do uso de softwares (CARUGNO et al., 2012; FERREIRA et al., 2012; COGGON, 2013; NIEDHAMMER et al., 2013; FURLAN; STANCATO, 2013; OLIVEIRA, et al., 2013; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; OLIVARES-FAÚNDEZ, 2014; KRANE et al., 2014; SOTO-CARO; HERRERA-COFRE; FUENTES-SOLIS, 2015; MANTOVANI et al., 2015; QUADROS et al., 2016).

As causas dos afastamentos nos estudos pesquisados compreenderam as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CARUGNO et al., 2012; FERREIRA et al.; 2012; COGGON et al., 2013; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014). Doenças do aparelho respiratório (RÔVERE, 2012; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014). Transtornos mentais e comportamentais (FERREIRA et al.; 2012; OLIVEIRA et al., 2013). Por fim, fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (RÔVERE, 2012).

Diante do exposto, e embora as pesquisas tenham evidenciado como um problema nas organizações modernas, percebe-se a relevância ao abordar o tema absenteísmo-doença, ainda que já há tempos tenham sido desenvolvidas várias evidências científicas acerca das adversidades que acarreta para as instituições. Chiavenato (2014) considera que possuir funcionário não significa dispor deste profissional durante todos os momentos de trabalho. Neste sentido, Oliveira (2014) aponta a necessidade de compreender o absenteísmo, uma vez, que é um fenômeno dinâmico, multifatorial e o seu perfil se altera de acordo com o espaço de trabalho, a instituição e o próprio funcionário.

Outro fenômeno da atualidade que tem sido objeto de estudos nos ambientes organizacionais e se associado à Vigilância em Saúde do Trabalhador é o presenteísmo. Neste evento o trabalhador permanece fisicamente no ambiente de trabalho, porém incapaz de realizar suas funções, devido a restrições físicas e/ou mentais (BAPTISTA; RATIER; VASCONCELOS, 2015). De acordo com os autores o

presenteísmo é considerado causador de conflitos e associado a problemas de saúde, como depressão, estresse, sentimentos de angústia, tristeza, ansiedade, insatisfação, desmotivação, frustração, doenças musculoesqueléticas, irritabilidade e isolamento.

Embora o presenteísmo tenha se destacado em estudos recentes na literatura, ainda assim tem passado despercebido pelas instituições, e na maioria das vezes não é diagnosticado. Assim, para o enfrentamento deste fenômeno se faz necessário a mensuração, prevenção e controle, uma vez que se encontra entre as causas determinantes do estresse ocupacional presente no ambiente de trabalho (BAPTISTA; RATIER; VASCONCELOS, 2015).

Com relação ao não comparecimento no trabalho, as ausências dos funcionários ocasionam diferentes alterações quando dizem respeito ao volume e disponibilidade de funcionário. Chiavenato (2014, p. 81) define ausência como faltas ou atrasos ao trabalho. Ademais o autor acrescenta que o absenteísmo, na sua compreensão mais ampla, é sua principal consequência. Neste sentido o absenteísmo pode ser compreendido como prática habitual de não comparecer ao trabalho. Dentre as várias definições que se encontram na literatura, a origem da palavra absenteísmo é francesa-*Absentéism* (TRINDADE et al., 2014).

Autores definem o absenteísmo como a atitude de não comparecer ao trabalho de forma regular, exercido individualmente ou em grupo, independente das razões que o ocasionam e dos impactos que produz. Complementam ainda que o hábito de não comparecer ao trabalho envolve o livre arbítrio, e para tanto excluem-se férias, folgas e licenças programadas (BELEM; GAIDZINSKI, 1998).

Segundo Chiavenato (2014, p. 81), absenteísmo é a frequência e/ou duração de tempo de trabalho perdido, quando os funcionários não comparecem ao trabalho. Constitui a soma dos períodos em que os profissionais se encontram ausentes do trabalho, independente se por falta, atraso ou algum motivo interveniente.

Assim, o absenteísmo para Lima et al. (2016) é considerado como uma adversidade do cotidiano e com explicações multifatoriais, que se interagem para originar demais agravos no ambiente de trabalho, essencialmente relacionados com a Saúde do Trabalhador.

O fenômeno pode resultar de diversos fatores como: o absenteísmo-doença, justificado por atestados ou não; motivos de naturezas familiares; ausência eletiva por razões individuais, questões financeiras e de deslocamento, desmotivação para o

trabalho, vigilância frágil da chefia, e políticas organizacionais inadequadas. (GIOMO et al., 2009).

Bargas (2013) corrobora ao acrescentar causas para o não comparecimento ao trabalho, como acidentes de trabalho, gestação e parto, casamento (licença gala), e situações em que as faltas não se apresentam justificadas, denominadas ausências injustificadas.

O absenteísmo pode ser classificado em cinco grupos, conforme disposição apresentada no QUADRO 2.

QUADRO 2 - CLASSIFICAÇÃO DO ABSENTEÍSMO

| Categoria do Absenteísmo | Justificativa para Ausências |
|--|--|
| Absenteísmo-doença | Toda doença especificada segundo a Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). |
| Absenteísmo por patologia profissional | Toda e qualquer doença classificada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social como doença profissional ou relacionada ao trabalho. |
| Absenteísmo Legal | Todo e qualquer afastamento amparado pela lei: licença maternidade/paternidade; adoção; aleitamento; gala (casamento); nojo (luto); serviço militar ou outras causas militares; acompanhamento de familiar para tratamento de saúde; férias; licença-prêmio; afastamento do cônjuge (transferência ou afastado); doação de sangue; alistamento como fiscal em eleições; júri/prestação de depoimento como testemunha entre outros serviços obrigatórios. |
| Absenteísmo-Compulsório | Afastamento preventivo (suspeita de irregularidades no trabalho); período de trânsito (mudança de um órgão para outro); participação em desporto ou representação nacional; prisão em flagrante ou preventiva; afastamento por condenação; serviço em outro órgão e entidade e greve. |
| Absenteísmo Voluntário | Qualquer fato que leve o trabalhador a tomar a decisão de faltar sem comprovação efetiva das demais causas: visita em casa; falta de empregada; cansaço e doença na família. |

Fonte: Adaptado por Yano e Seo, 2010, a partir de OIT (1989) e Quick e Lampertosa (1982).

Por ser um fenômeno complexo e multicausal, o absenteísmo deve ser analisado sob a concepção de sua multiplicidade, analisando-se os aspectos institucionais e o conjunto de trabalhadores em seu ambiente, considerando-se o cenário organizacional e social, os perigos a que estão expostos e as implicações intrínsecas à conduta de não comparecer ao trabalho (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2007).

O resultado do absenteísmo, segundo os autores pode relacionar-se com a capacidade de juízo que o profissional possui, seja esta predeterminada ou

inconsequente, sua liberdade de escolha frente às tensões, por meio de situações opostas – o dever e/ou estímulo para o trabalho de um lado, e o seu estado de saúde de outro (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2007).

Outra classificação aborda as ausências em previstas e não previstas (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2003). Para estas autoras as ausências previstas se referem àquelas oriundas de planejamento, como por exemplo, férias, descanso semanal remunerado e feriado. As ausências não previstas são as que descrevem de fato o absenteísmo, marcadas pelo inesperado, inseridas neste contexto as faltas abonadas e injustificadas, licenças médicas, acidentes de trabalho, licenças maternidade e paternidade, licença nojo e gala.

Nesta pesquisa serão abordados dois tipos de absenteísmo, a saber: absenteísmo-doença e absenteísmo por patologia profissional.

Em relação às ausências ao trabalho, Cascio e Boudreau (2010), relatam que cerca de 5% dos funcionários faltam ao trabalho. Acrescentam ainda que há a impressão de que o trabalho transcorre normalmente e todos parecem alcançar e equilibrar as atividades daqueles que não se encontram.

Para os profissionais de enfermagem, o não comparecimento de um ou mais profissionais gera inúmeras adversidades, tanto do ponto de vista social quanto do econômico, com consequências para o trabalhador, usuários e a instituição, apesar de não ser possível mensurar os problemas decorrentes do absenteísmo (PERES, 2016). No contexto da enfermagem, o autor deixa clara a tríade em relação aos efeitos do absenteísmo. Mas pode-se contradizer a impossibilidade da medida do absenteísmo, uma vez que se encontra alinhada aos objetivos do presente estudo.

Neste contexto, Chiavenato (2014) coloca que o estímulo à assiduidade é influenciado por práticas organizacionais, como por exemplo, recompensas a assiduidade e punições ao absenteísmo, pela cultura da ausência (faltas e atrasos considerados aceitáveis ou inaceitáveis), e atitudes, valores e objetivos dos funcionários. Desta forma, instituições devem dispor de processos de vigilância nos serviços para que evidencie as causas do absenteísmo, explicita o fenômeno, elucide e informe sobre o cenário dos serviços; bem como dispor de normas e incentivo para os profissionais que obtiverem registro regular. O autor acrescenta que os programas de vigilância de ausências devem focar nas causas.

Outro aspecto abordado por Rabacow (2014) diz respeito às evidências encontradas na combinação entre o absenteísmo e os fatores de risco relacionados

ao estilo de vida e aos custos diretos e indiretos, fato este que tem incentivado as organizações a constituírem ações que promovam a Saúde do Trabalhador, visando incentivar hábitos de vida saudáveis. Desta forma, os agravos na Saúde do Trabalhador e o aumento do absenteísmo são concebidos, segundo Freire et al. (2016), pelas condições de trabalho em que os profissionais de saúde estão submetidos: escalas acumuladas, jornadas de trabalhos prolongadas, baixos vencimentos, estabelecimento hierárquico da equipe de saúde, carência de reconhecimento social e de planejamento de ações práticas diária.

Lima et al. (2016) acrescentam ainda, que fazer uso do absenteísmo como instrumento gerencial pode auxiliar tanto na situação de saúde da equipe como na natureza do trabalho, além disto, pode colaborar para a compreensão da idéia do trabalhador a respeito do seu trabalho. O estudo do absenteísmo, para Campos, Juliani e Palhares (2009), é uma das variáveis a serem analisadas no padrão de cuidado, mesmo que não seja uma única questão que interfere na qualidade do cuidado.

Além de contribuir para a qualidade do cuidado, a análise da variável “absenteísmo” como subsídio para o dimensionamento é destacada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Resolução 543/2017, que atualiza e estabelece os parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de enfermagem nos serviços e locais em que são realizadas atividades de enfermagem. O Art. 10 desta resolução orienta que em relação ao quantitativo de profissionais estimado deve ser acrescido o índice de segurança técnica (IST) de no mínimo 15% do total, sendo 8,3% referentes a férias e 6,7 % a ausências não previstas (COFEN, 2017).

Para o cálculo do índice do absenteísmo pode-se utilizar alguns parâmetros, entre estes, a fórmula apresentada por Chiavenato (2014):

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas/dias de trabalho perdidos por ausência mês}}{\text{N}^\circ \text{ médio de empregados} \times \text{N}^\circ \text{ de dias de trabalho no mês}}$$

Ou ainda ser representada pela seguinte equação, conforme Gaidzinski et al. (2008), que incorpora a possibilidade de cálculo do absenteísmo por categoria profissional (K), durante um ano.

$$A_k \% = \left(\frac{\sum_i a_{k,i}}{D - \sum_i a_{k,i}} \right) \cdot 100$$

Onde,

$A_k \%$ = percentual de ausências não previstas, de acordo com a categoria profissional k ;

$\sum_i a_{k,i}$ = somatória dos dias não previstos, segundo os tipos de ausências i (faltas, licenças, suspensões) e por categoria profissional k .

D = dias do ano, 365 dias.

Em relação às causas que levam os trabalhadores ao absenteísmo no trabalho, destacam-se a capacidade profissional, motivação para o trabalho, além de fatores internos e externos ao trabalho (CHIAVENTO, 2014, p. 81). Outras causas para tais ausências podem ser relacionadas à sobrecarga de trabalho, às condições inadequadas de trabalho, ao desgaste do trabalhador e ao dimensionamento inadequado, aspectos estes que podem favorecer para o adoecimento do trabalhador ou acidentes de trabalho (LIMA et al., 2016).

Para Chiavenato (2014) a habilidade em manter-se presente ao trabalho pode ser limitada por fatores como doenças, acidentes, responsabilidades familiares e particulares e problemas de transporte para o local de trabalho. Sancinetti (2009), alude que alguns acontecimentos surgem como prováveis aspectos que estimulam o desgaste, e conseqüentemente influenciam o absenteísmo, citando alguns exemplos: o ritmo acelerado, as pressões da chefia, a falta de reconhecimento do desempenho profissional, a falta de autonomia, a necessidade de atenção constante no desempenho das atividades e o elevado grau de responsabilidade.

O absenteísmo na equipe de enfermagem é um ponto importante a ser considerado e analisado de acordo com Campos, Juliani e Palhares (2009), pois os dados deste fenômeno refletem no dimensionamento de pessoal de enfermagem, em especial em instituições complexas. Entretanto, também se consideram neste contexto as instituições públicas, pois o absenteísmo se encontra presente em instituições, independentemente de sua natureza jurídica.

Em relação à heterogeneidade tanto no perfil quanto nos efeitos do absenteísmo, Peres (2016) relata que esta relação é maior em instituições pertencentes ao setor público. Em estudo realizado por Coelho et al. (2016), cujos objetivos foram identificar o perfil de ausências previstas e não previstas na equipe de enfermagem em unidades de Internação e determinar o índice de segurança técnica para categoria profissional da equipe de enfermagem, os autores encontraram um índice elevado de ausências não previstas para os enfermeiros de 42,96%, sendo este índice maior que os demais membros da equipe que obtiveram 12,97%.

Outros estudos diferem dos dados apresentados pelos autores, uma vez que os índices de absenteísmo entre os profissionais que compõem a equipe de enfermagem se apresentam com maior prevalência nos profissionais técnicos e auxiliares de Enfermagem (CARVALHO et al., 2010; OLIVEIRA, 2014; VIVOLO, 2014).

Em estudo do absenteísmo na equipe de enfermagem, realizado por Abreu (2009), foi evidenciado um índice de absenteísmo de 5,62 %. Em relação à categoria profissional, os enfermeiros obtiveram uma taxa de absenteísmo de 13,58%, os técnicos de enfermagem 47,52%, auxiliares de enfermagem 34,20% e outros profissionais da saúde 4,70%. No total de dias perdidos, as ausências por absenteísmo-doença obtiveram 62,27%; enquanto o absenteísmo legal, compulsório e faltas abonadas 22,19%; licença nojo 1,80%, doação de sangue 0,87%, licença natalidade 0,81% e licença gala 0,62%.

Outros estudos corroboram com os dados sobre absenteísmo-doença relacionados à equipe de enfermagem (FAKIH, TANAKA; CARMAGNANI, 2012; TUCKER et al, 2010). Primo, Pinheiro e Sakurai (2007) em seus estudos identificaram que a taxa de absenteísmo entre hospitais brasileiros se apresenta em média de 3,0 a 27,9 dias de afastamento por trabalhador/ano.

Em outro estudo realizado por Martins et al. (2014) cujos objetivos foram tornar claro o conhecimento de risco no trabalho dos profissionais de enfermagem no setor do Pronto Socorro/Emergência, e descobrir os meios de autoproteção utilizados pelos trabalhadores, os resultados evidenciaram que os entrevistados identificaram os riscos a que encontravam-se expostos no trabalho, ao manusear material perfurocortante e contaminado, seja pela inadequação de recursos humanos e equipamentos insuficientes e também devido a agressões físicas e verbais, que são considerados riscos visíveis.

Por outro lado, na visão de Oliveira (2014), embora os elevados índices de absenteísmo-doença em instituições hospitalares no Brasil sejam evidentes, nas últimas décadas têm ocorridos transformações positivas a fim de compreender as questões relacionadas a este fenômeno, assim como identificar as categorias mais afetadas, doenças mais frequentes e as diferenças tênues entre os diferentes serviços.

Além do conhecimento da complexidade que envolve o absenteísmo, os diferentes conceitos; classificação e causas; consequências econômicas e produtivas; e a importância da vigilância nas organizações a fim de identificar os fatores de risco para prevenção de afastamentos decorrentes destes riscos. Também se faz necessário a compreensão do processo saúde-doença e a relação com o trabalho, tendo claro as necessidades do trabalhador e suas relações sociais ao longo da construção da história da saúde.

Com o passar dos tempos, a Saúde do trabalhador progrediu não só conceitualmente como também nos aspectos das políticas. Essa evolução conceitual e os modelos de atenção à saúde do trabalhador encontram-se apresentada no próximo capítulo.

2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR

2.3.1 Relação saúde-doença e o trabalho, evolução da Medicina do Trabalho à Vigilância de Saúde do Trabalhador

Entende-se por relação do trabalho, todos os vínculos humanos criados pela organização do trabalho, e sob esta ótica o trabalhador não pode ser considerado um indivíduo isolado. O trabalhador é parte ativa nas relações, seja entre estes e seus pares ou entre as relações com a hierarquia, chefias e supervisão. Para tanto, na relação saúde e trabalho deve-se, além de considerar o espaço de trabalho, conceber também as relações sociais e as questões de saúde, pois ora o labor pode operar como fonte da saúde e do prazer, ora como fonte da doença e infelicidade. A partir desta abordagem, considera-se que o trabalho ocupa um lugar muito mais importante na luta contra a doença do que ao apontado nas produções científicas (DEJOURS, 1992; 1994).

Assim, ao considerar as relações sociais na história da saúde dos trabalhadores, associam-se à memória os movimentos sociais, uma vez que a evolução das condições de vida e de trabalho só foram possíveis por meio do desenvolvimento de lutas e reivindicações operárias em geral (DEJOURS, 1992).

A história, de acontecimentos relacionados ao trabalho, especificamente sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais é antiga, identificada desde o antigo Egito. Esta ligação é descrita segundo registros dos povos egípcios como exemplo o Papiro Seler II e o Papiro Anastasi V, na tradição judaica e no mundo greco-romano (MATTOS, 2011). Várias concepções foram construídas para definir o processo de adoecer e sua relação com o trabalho, desde o paradigma mágico-religioso, até as concepções relacionadas ao desenvolvimento tecnológico, acarretando sérios problemas aos trabalhadores, como o envenenamento por prata, chumbo e mercúrio (MATTOS, 2011).

O fim do século XVII foi apontado como marco histórico na ciência sobre as doenças relacionadas ao trabalho, com a publicação da obra *De Morbis Artificum Diatriba* (Tratado sobre as doenças dos trabalhadores), considerada um clássico de autoria do médico italiano Bernadino Ramazzini. Este tratado foi considerado essencial para a Medicina do Trabalho devido suas constatações acerca de patologias do trabalho, pois estudou os riscos ocupacionais e as doenças associadas a mais de 50 profissões (MENDES; WAISSMANN, 2013). Os autores aludem que seus estudos, em especial a obra *Diatriba*, renderam a Ramazzini o título de Pai da Medicina do Trabalho.

Com o surgimento da Revolução Industrial, na Europa, em especial na França, Alemanha e Inglaterra, no período entre 1760 a 1850, houve várias consequências significantes sobre a vida e a saúde das pessoas (MENDES; WAISSMANN, 2013). Essas implicações tornaram-se evidentes no ambiente de trabalho, devido jornadas excessivas, sofrimento e riscos nos ambientes de trabalho e em algumas substâncias tóxicas, circunstâncias estas que geraram sérios prejuízos à saúde dos trabalhadores. Desde lesões, acidentes graves, mutilações e intoxicações atingiram especialmente as mulheres e crianças, devido aos baixos salários (MATTOS, 2011; MENDES; WAISSMANN, 2013).

Em vista de tal quadro, cresceram os movimentos operários culminando em conquistas como a redução da jornada de trabalho, e outras ainda almejadas como limite de idade para iniciar o trabalho, proteção às mulheres, duração do trabalho,

trabalho noturno e o repouso semanal (DEJOURS, 1992). Segundo o autor, tais reivindicações perduraram por todo o século XIX.

Após a II Guerra Mundial, os trabalhadores mantiveram-se em suas atividades no interior das indústrias, momento em que suas ocupações profissionais se desenvolveram de forma exaustiva, impulsionadas pela Guerra. Os problemas oriundos deste processo se tornaram mais notórios, de um lado pelos trabalhadores, pelos óbitos decorrentes de acidentes de trabalho e pelo aparecimento de doenças do trabalho. Por outro lado, pelas organizações de seguro, levadas a pagar altas indenizações aos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991; MENDES; WAISSMANN, 2013).

Em razão do desenvolvimento industrial e do número de trabalhadores em especial nas grandes organizações, muitas vezes desfalcadas de mão de obra, surgem os primeiros serviços de saúde e também a indenização por lesões obtidas no trabalho (DEJOURS, 1992). Assim, como o processo produtivo foi se transformando até a atualidade, a evolução das ações no campo da relação saúde e trabalho apresentaram-se em diferentes conceitos e práticas, possibilitando a distinção em três formas, a saber: Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador (MATTOS, 2011).

Na Medicina do Trabalho compreende-se a melhoria da produtividade por meio de atuação empírica limitada ao médico; atendimento clínico individual além de separar os agravos concebidos à saúde em relação ao trabalho. Neste modelo a organização beneficia-se por escolher os que se apresentam em melhores condições legais, a gestão do absenteísmo e o gerenciamento do retorno ao trabalho pelos trabalhadores doentes ou acidentados (MATTOS, 2011).

Após a Segunda Guerra Mundial, o serviço de Medicina do Trabalho, criado para atender os operários acometidos por problemas de saúde, passa a ser pouco resolutivo, e assim a intervenção médica já não era mais suficiente para atender os problemas de saúde causados pelos processos de produção (MENDES; DIAS, 1991). Acentuaram-se a insatisfação e os questionamentos dos trabalhadores em relação à solução de seus problemas (MENDES; WAISSMANN, 2013). Conseqüentemente a Medicina do Trabalho por não atender as necessidades de assistência enquanto modelo concede espaço a uma nova interpretação da relação saúde e trabalho, nominada Saúde Ocupacional (MATTOS, 2011).

Desta forma, surge o conceito de Saúde Ocupacional, ampliando as ações da Medicina do Trabalho para ações sobre o ambiente de trabalho, por meio de estratégias e do apoio de outros saberes, disciplinas e profissões (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1987; MATTOS, 2011; MENDES; WAISSMANN, 2013). A Saúde Ocupacional nasce, principalmente, dentro das grandes organizações numa concepção biológica e individual, limitada aos espaços de fábrica, com destaque para a doença e seu agente causador (MENDES; DIAS, 1991). Neste modelo leva-se em consideração a multicausalidade, pois correlaciona o surgimento da doença por meio de um conjunto de fatores de riscos, considerando a avaliação da clínica médica e os indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Como forma de destaque a ações voltadas à saúde dos trabalhadores, a Organização Internacional do Trabalho por meio da Recomendação nº 112, de 24 de junho de 1959, dirigida para os Serviços de Saúde ocupacional, estabeleceu as orientações e colocou em evidência o amparo aos trabalhadores afim de protegê-los em seus empregos contra riscos resultantes de fatores ou agentes prejudiciais à sua saúde (OIT, 1959).

Esse modelo caracteriza-se por valorizar e intervir nos locais de trabalho com a finalidade de controlar os riscos ambientais, permanecendo a atenção nas doenças ocupacionais do trabalhador produtivo com estreitas relações com a teoria do risco, uma das teorias analisadas sob a ótica das ciências jurídicas e sociais. Aplicado mundialmente, esse modelo não se apresentou o mais adequado na prevenção dos riscos à saúde derivados do trabalho. O questionamento deste modelo, tanto do ponto de vista teórico quanto prático, dá origem a um novo modelo, o da Saúde do Trabalhador (MATTOS, 2011). Na concepção deste autor, este modelo surge da reivindicação de novas concepções identificadas nos movimentos sociais e também da insuficiência dos modelos anteriormente descritos.

No Brasil, assim como ocorreu no mundo ocidental, emerge a Saúde do Trabalhador simultaneamente à transição demográfica (MENDES; WAISSMANN, 2013). Neste modelo prioriza-se as ações de promoção e categoriza-se a importância das causas (MENDES; DIAS, 1991). A Saúde do Trabalhador surge e desenvolve-se de forma plena no cenário do Movimento da Reforma Sanitária, em 1980, onde obteve maior visibilidade para se solidificar e fortalecer enquanto política (MENDES; WAISSMANN, 2013).

Nesta década, observava-se algumas características básicas em relação à patologia do trabalho, a saber: um novo pensar sobre o processo saúde-doença, evidências do adoecer e morrer dos trabalhadores, relacionadas às epidemias e doenças profissionais, políticas públicas e um sistema de saúde ineficaz, ampliaram os debates, resultando nas pautas discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (MENDES; WAISSMANN, 2013). A Saúde do Trabalhador instituiu uma nova abordagem e um novo olhar para a relação da saúde no mundo do trabalho (MATTOS, 2011).

Considerando a relação do homem e o trabalho, esta pode ser concebida sob três aspectos,

1. O organismo do trabalhador não é um “motor humano” [...].
2. O trabalhador não chega ao seu local de trabalho como máquina nova. Ele possui uma história [...] que confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.
3. Em razão desta história, o trabalhador dispõe de vias de descarga preferenciais e que não são as mesmas para todos [...] (DEJOURS, 2012, p. 25).

Nesta relação, sob a ótica da Psicopatologia do Trabalho, o homem reflete o vínculo que tem com o seu trabalho, cria perspectivas de sua posição social e de suas condições de saúde (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012). Desta forma as doenças podem se manifestar por situações decorrentes do trabalho, tornando-se nocivas. Entende-se como condições de trabalho nocivas, o estresse e a relação do trabalho, denominados fatores psicossociais do trabalho, que incluem a mensuração de alta demanda psicológica, grau de autonomia ou poder de decisão do trabalhador, baixo nível de qualificação do trabalhador, o grau de motivação ou reconhecimento do seu trabalho e o isolamento social (MENDES; OLIVEIRA, 2013).

Portanto, estabelecer esta relação de causa entre o adoecimento de um trabalhador e um agravo à sua saúde, segundo os ensinamentos do Pai da Medicina do Trabalho, Ramazzini, concebe-se a partir de uma anamnese médica ocupacional ou da história profissional (MENDES, 2013). Para esta relação se constituir é necessária sustentação por meio de dados clínicos e patológicos, análise sobre ocupação profissional, avaliação dos riscos ocupacionais e do papel que estes desempenham sobre o trabalhador (OIT, 2010).

O avanço e as conquistas com o reconhecimento de grande número de doenças teoricamente provocadas, desencadeadas ou agravadas pelo trabalho, com

base em dados epidemiológicos destacam os fatores de riscos como geradores destas, podendo ser analisadas especificamente em cada situação (SILVEIRA; LUCCA, 2013). No entanto, embora muitos avanços tenham ocorrido na área de Saúde do Trabalhador e Segurança no Trabalho, ainda assim, os trabalhadores permanecem suscetíveis ao sofrimento a doenças relacionadas ao trabalho, lesões e mortes (GUZIK, 2013).

Portanto, o adoecer ou morrer devido ao trabalho, como resultante de ocupações que desempenham ou já desempenharam, ou pelas condições adversas em que o trabalho foi ou é realizado devem ser levadas em consideração. Em alguns casos, quando os fatores de risco não são claros o nexos causal torna-se imperceptível, como por exemplo, no caso dos transtornos mentais (SILVEIRA; LUCCA, 2013).

Assim, sabe-se que os fatores de risco presentes nos ambientes e que podem afetar a saúde e a segurança dos trabalhadores são classificados quanto à natureza em cinco grupos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais e mecânicos. Para cada grupo associam-se fatores específicos, dentre estes, duração da jornada de trabalho, realização de horas extras, folgas, pausas, férias regular, trabalho noturno e em rodízios de turnos. Todos estes fatores associados ao ritmo de trabalho, grau de responsabilidade e de suporte social exercem diferentes consequências sobre as formas como o trabalhador reage, inclusive sobrecarga de alguns grupos musculares, sobre a satisfação no trabalho e sobre o sentimento de gratificação pessoal com o cargo exercido (SILVEIRA; LUCCA, 2013).

Assim, esta imposição de diferentes mecanismos de controle do trabalho, e os estudos desenvolvidos com os trabalhadores de diversas áreas, identificaram como epidemia moderna as doenças relacionadas ao trabalho, entre estas as doenças do sistema osteomuscular e os transtornos mentais (SILVEIRA; LUCCA, 2013). Neste contexto, estudiosos têm desenvolvido várias pesquisas acerca do absenteísmo-doença a fim de identificar as causas que acometem os trabalhadores, de tal forma que é imprescindível em áreas ainda com gap a serem preenchidos, como é o caso dos profissionais de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS).

Como abordar o absenteísmo na APS; a história das doenças relacionadas ao trabalho; os acontecimentos e concepções sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais que permeiam a Saúde do trabalhador, sem que possam ser discutidos conjuntamente os aspectos legais que estruturaram a Legislação sobre a Saúde do

Trabalhador até os dias de hoje. Sendo assim, na próxima seção estão apresentados os momentos relevantes na história da Saúde do Trabalhador.

2.3.2 Legislação sobre Saúde do Trabalhador

Historicamente, trabalho e saúde caminharam lado a lado, estabelecendo diferentes processos e descobertas significativas tanto para organizações quanto para a Saúde do Trabalhador. Tais períodos são descritas no fluxograma na FIGURA 1.

FIGURA 1 - CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA MUNDIAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR



FONTE: A autora (2018).

Mundialmente, o final do século XVII foi considerado de grande repercussão na natureza do trabalho, devido as áreas produtivas terem a necessidade de aumento de mão-de-obra mais qualificada para utilização das máquinas consideradas complexas e, por sua vez, iniciou-se a redução da produção manual na sociedade econômica (FREITAS, 2016).

A Revolução Industrial significou o ponto de partida nas transformações no mundo do trabalho, fatos estes que conduziram a importantes alterações no processo de trabalho com a introdução de novas tecnologias, ampliação da produção, aglomeração de unidades produtivas, deslocamento do homem do campo para os grandes centros, assim como o aparecimento de novas classes sociais (FLORES et al., 2016).

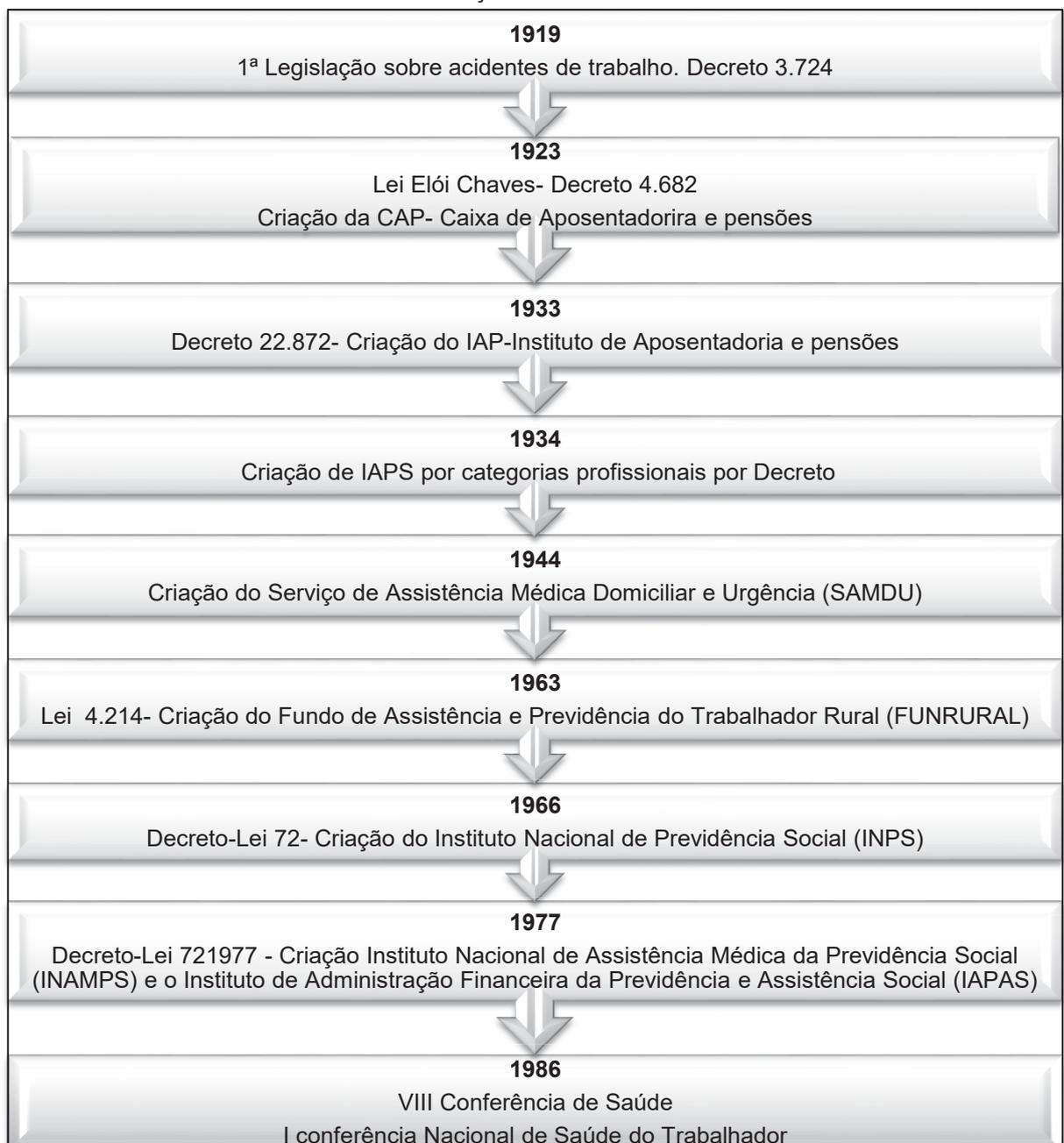
Conseqüentemente, as mudanças ocorridas a partir deste período marcaram os processos de trabalho, inseriu-se o modo de produção capitalista, em que se destacava a fabricação de produtos com o objetivo de alcançar um melhor rendimento ou um maior custo à produção (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998).

No contexto dos movimentos mundiais e da conscientização em relação à Saúde do Trabalhador geraram vários encontros da Conferência Internacional do trabalho entre a Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial de

Saúde. Tais encontros resultaram, em 1953, na elaboração da Recomendação nº 97, sobre Proteção à Saúde em locais de trabalho. Seis anos mais tarde, em 1959, estabeleceu-se a Regulamentação nº 112, designada como Recomendação para os Serviços de Saúde Ocupacional (MATTOS, 2011).

A FIGURA 2 descreve os períodos históricos com avanços e transformações sociais no campo do trabalho e assistência à Saúde do Trabalhador antes da Constituição Federal.

FIGURA 2 - AVANÇOS SOCIAIS DO TRABALHO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR ANTERIORES À CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA DE 1988



FONTE: A autora (2018).

No Brasil, seguiu-se a tendência mundial no que diz respeito aos avanços industriais e conseqüente ao crescente número de trabalhadores inseridos nestes processos, marcada principalmente na década de 1970 pelas questões relacionadas a jornada de trabalho e melhorias salariais (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). A concepção de Saúde do Trabalhador apresenta-se delineada na história do Brasil antes mesmo da Constituição Federal de 1988, e da Criação do SUS, e com a respectiva responsabilidade em coordenar a política de saúde dos trabalhadores (MATTOS, 2011).

Desde a criação da primeira Lei que trata dos acidentes de trabalho, em 1919 por meio do Decreto-Legislativo nº 3.724 de 15 de janeiro, até a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) é possível verificar os avanços na previdência social, e conseqüentemente, na assistência à Saúde do Trabalhador (MATTOS, 2011).

No Brasil, a promulgação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) na década de 1940 é considerada um grande marco relacionado aos direitos trabalhistas.

Como resultado, entende-se que a CLT impulsionou a saúde dos trabalhadores, dando início a vários estudos acerca dos problemas de saúde advindos do trabalho (GOUVEIA, 2014). Com a publicação das Portarias nº 3.236 e 3.237 pelo Ministério do Trabalho em 1972, tornou-se obrigatório em organizações com 100 ou mais empregados os serviços Médicos e de Higiene e Segurança do Trabalho (MATTOS, 2011).

No relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o conceito de saúde é ampliado, descreve-o como resultado de várias condições e entre estas a condição ao trabalho (BRASIL, 1986). Expressa a ideia de que a saúde resulta da garantia de direito ao trabalho e de condições em realizá-lo, coloca também os trabalhadores participantes com compreensão e controle sobre o processo e o ambiente de trabalho. Do mesmo modo, a primeira Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, realizada em 1986, contribuiu para subsidiar a elaboração do Art. 196 da Constituição Federal sobre a Saúde, implicando também a Saúde do Trabalhador (MATTOS, 2011).

Até a Criação do SUS em 1988 e a regulamentação das duas Leis orgânicas, Lei nº 8.080/90 e Lei 8.142/90, a assistência ao trabalhador era de competência do INAMPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social. A partir da

Constituição Federal, o SUS passa a absorver as ações de Saúde do Trabalhador e coordenar a política de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1988; 1990a; 1990b). Na Figura 3, encontram-se descritas a evolução com os principais marcos históricos na assistência à Saúde do Trabalhador após a Constituição Federal de 1988.

Na Constituição Federal de 1988 inclui-se no artigo 200, inciso II como atribuições do SUS: executar ações de Saúde do Trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente, englobando o ambiente do trabalho (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica 8.080, no artigo 6 orienta a execução das ações voltadas à Saúde do Trabalhador, e a define como,

Art. 6. Um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e à proteção da Saúde do Trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990a).

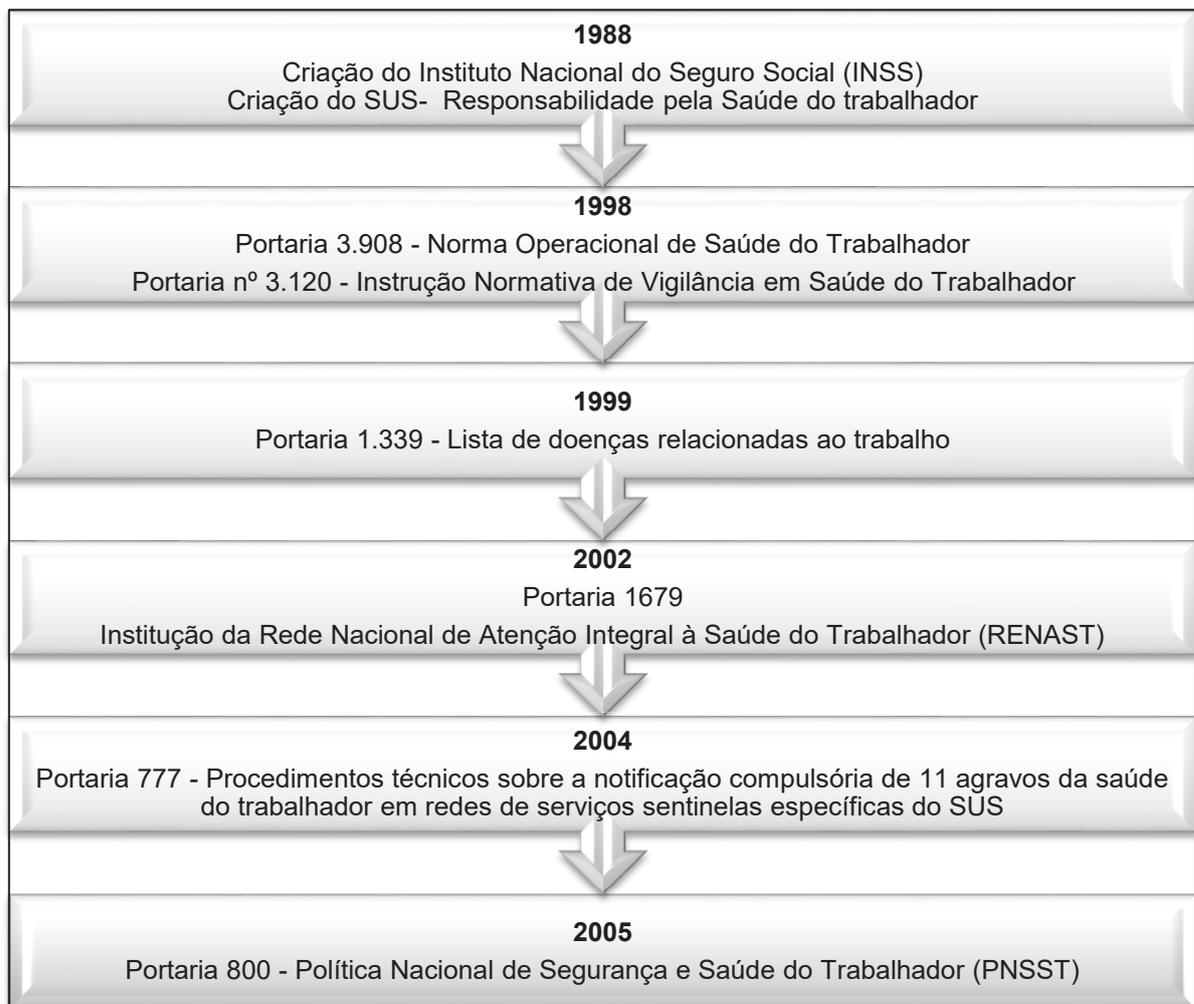
Entre as ações que se originaram fundamentadas na instituição do SUS está a criação das Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho (NRs) (MATTOS, 2011). A partir da criação da Normas regulamentadoras estabeleceram-se procedimentos para orientar e operacionalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador culminando em 1998, que na publicação da Portaria nº 3.120 de 1º de julho de 1998, aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador, e em relação a área de atuação a descreve como,

[...] atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998).

O reconhecimento de determinadas doenças relacionadas ao trabalho, o conceito de doença profissional decorrente deste, o estabelecimento de associação entre os mesmos e os pagamentos de benefícios sociais se deram pela publicação da lista de doenças relacionadas ao trabalho, por meio da Portaria nº 1.339 de 18 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999; VELLO, 2015). Esta lista passou a ser referência, clínica e epidemiológica, dos agravos no processo de trabalho do SUS. Apresentada em duas partes, a primeira mostra a relação de agentes e fatores de riscos de

natureza ocupacional, correlacionando-os; e a segunda apresenta a relação das doenças, por capítulo da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) (RIBEIRO, 2012).

FIGURA 3 - AVANÇOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR POSTERIOR À CONSTITUIÇÃO FEDERAL



FONTE: A autora (2018).

Neste sentido, para a implementação das ações nas esferas de trabalho, previdência social, saúde e meio ambiente vários esforços foram empreendidos. Essas ações deram origem em 2002, por meio da Portaria GM/MS nº 1.679 de 19 de setembro de 2002, à Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), com intuito de integrar a rede de serviços do SUS, direcionado à assistência, intra e intersetorial, com o propósito de implementar ações assistenciais, de Vigilância e de promoção na saúde, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2002).

Com o estabelecimento da RENAST e sua integração à rede do SUS, torna-se evidente a necessidade de informações acerca da situação de saúde dos trabalhadores. Essa insuficiência de dados levou à publicação da Portaria nº 777 de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para notificação compulsória de 11 agravos da Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela do SUS (BRASIL, 2004).

Para a eficiência da integração da RENAST junto ao SUS, essa rede de serviços requeria ações de promoção e melhoria da qualidade de vida e da Saúde do Trabalhador, mediante articulação e integração frequentes das ações do governo nas atividades de produção, consumo, ambiente e saúde, sob o monitoramento de três ministérios do governo, Ministério da Saúde (MS), Previdência Social (MPS) e Trabalho e Emprego (MTE). De tal modo criou-se em 2005 a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) (RIBEIRO, 2012).

Com a instituição da RENAST e a articulação entre todas esferas governamentais estabeleceram-se ações em toda a Rede da Atenção Primária à Saúde, rede de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), mais tarde denominado (CEREST), com a finalidade às ações de diagnósticos de acidentes e agravos relacionados ao trabalho, assim como a organização da rede sentinela de notificação e registro no Sistema de Informação (SINAN-NET) em todos os níveis de atenção do SUS (BRASIL, 2004; 2007).

Nesta concepção de avanços das políticas públicas com a finalidade de amparar a Saúde do Trabalhador, desenvolvendo-se melhorias contínuas e ações de vigilância de riscos, condições de saúde e agravos à Saúde do Trabalhador ligadas ao SUS, institui-se em 2012, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), por meio da Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Esta portaria enfatiza as ações de vigilância, promoção, proteção, redução de morbimortalidade resultante de processos produtivos (BRASIL, 2012).

Segundo a PNSTT, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é caracterizada como um conjunto de ações e práticas que envolvem a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações da vigilância sanitária com interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde (BRASIL, 2012). No entanto a Saúde do Trabalhador não é restrita a observação de forma ordenada e regular de ocorrências. De forma prática, ela exerce sua função buscando as causas, numa visão

epidemiológica, para futuramente planejar, executar e avaliar intervenções sobre os aspectos encontrados (OPAS, 2010).

Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho, no período entre 2012 e 2016, os trabalhadores brasileiros perderam mais de 250 milhões de dias de trabalho com acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, e um total de 20 bilhões foram gastos com benefícios acidentários (OIT, 2017). Conforme dados do Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho (OIT, 2017) os números sobre os afastamentos previdenciários (superiores a 15 dias) por agravo no Brasil, entre 2012 e 2016, indicam um total de 459.463 afastamentos por doença.

Neste contexto exposto, muitos avanços jurídicos construíram a história da assistência ao trabalhador. Embora muito se tenha progredido e a Vigilância em Saúde do Trabalhador compõem-se de ações voltadas para a doença e sua relação com o trabalho e o ambiente, ainda assim percebe-se diferença entre a ciência e sua execução prática no ambiente laboral (BAPTISTA et al., 2011). Desta forma a análise do absenteísmo-doença possibilita a compreensão deste indicador sendo este o objetivo alçado nesta pesquisa.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva; exploratória, transversal e de abordagem quantitativa, em que se utilizou fonte de dados secundários do Banco de dados do Departamento de Saúde Ocupacional da Prefeitura do Município de Curitiba, constituído de registros de Licenças para Tratamento de Saúde (LTS) relativas aos profissionais da equipe de enfermagem, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

A pesquisa quantitativa para Almeida, Marchi e Pereira (2013, p. 40) “busca adquirir informações sobre o objeto de estudo através da dimensão estatística, seja do ponto de vista público ou do objeto pesquisado”. Os autores acrescentam que este tipo de pesquisa leva em conta tudo que pode ser quantificável, mensurável, ou seja, representando em números, as opiniões, e informações para classificá-las e analisá-las.

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. (GIL, 2007). Nas pesquisas descritivas o pesquisador tem a possibilidade de relatar características de determinada população ou fenômeno ou demonstrar a ligação entre variáveis (Gil, 2008).

Os estudos transversais são indicados quando se espera estabelecer a frequência com que algum fenômeno de saúde se expressa numa determinada população, assim como as causas relativas ao mesmo (BASTOS; DUQUIA, 2007).

Os dados coletados referem-se às seguintes variáveis que serão analisadas em uma série temporal de 2012 a 2016: sexo; idade; local de trabalho segundo modelo assistencial da unidade de lotação do servidor; categoria profissional; tipo de Licença para Tratamento de Saúde (LTS); causas do absenteísmo segundo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10); tempo de duração dos afastamentos por LTS; tempo em anos de trabalho na Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC); grau de escolaridade; e situação Conjugal. Por fim se realizou o cálculo da taxa de absenteísmo.

No QUADRO 3 apresentam-se as justificativas para inserção das variáveis, considerando a sua influência sobre o absenteísmo-doença.

QUADRO 3 - VARIÁVEIS, JUSTIFICATIVAS, NOTAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

| Variável | Justificativa | Notação | Tipo de Variável |
|---|---|---|--------------------------------|
| Código | Garantia do anonimato e organizar e agrupar todas as LTS do trabalhador | Ci i=100,101,102 sucessivamente | Variável qualitativa contínua |
| Sexo | Verificação de diferença na taxa de absenteísmo devido ser do sexo F ou M | =F (feminino) M (masculino) | Variável qualitativa nominal |
| Idade | Verificação de diferenciação do absenteísmo entre grupos de idade segundo distribuição em quartil | = 32, 33, 37 sucessivamente | Variável quantitativa contínua |
| Local de trabalho | Verificação de diferenciação do absenteísmo segundo modelo assistencial UBS e ESF. | ESF= Estratégia Saúde da família UB= Modelo Tradicional | Variável qualitativa nominal |
| Categoria Profissional | Verificação de diferenciação da categoria profissional, Enfermeiro e Técnico | = E (Enfermeiro) T (Técnico) | Variável qualitativa nominal |
| Tempo de duração dos afastamentos | Diferenciação do absenteísmo segundo dias de LTS. | LTS= menor que 03 dias LTS= superior que 03 dias | Variável quantitativa |
| CID-10 | Verificação de Associação da classe do CID com as demais variáveis. | = A, B, C, D, E.... sucessivamente | Variável qualitativa |
| Tempo em anos na Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC) | Verificação do absenteísmo segundo atuação em anos na SMS, considera a data de admissão. | = 04, 05, 08, 11, Sucessivamente | Variável quantitativa |
| Nível de Escolaridade | Verificação do absenteísmo segundo nível de escolaridade entre os profissionais que se ausentaram por LTS | = EMC (Ensino Médio completo) EMI (Ensino Médio Incompleto) ESC (Ensino Superior Completo) ESI (Ensino Superior Incompleto) ESCP (Ensino Superior Completo com Pós-Graduação e/ou Especialização) ESCPM (Ensino Superior Completo Pós-Graduação Mestrado). | Variável qualitativa ordinal. |
| Situação Conjugal | Verificação do absenteísmo segundo os profissionais conviver ou não com companheiro | ECCP= Estado Civil com companheiro (a) ECSP= Estado Civil sem companheiro(a) ECO= Estado Civil outros | Variável qualitativa nominal |
| Tipo de Licença para Tratamento de Saúde (LTS) | Diferenciação do absenteísmo segundo Tipo de LTS | LTSS= LTS do servidor LTSSFD= LTS de familiar dependente LTSSFND= LTS de familiar não dependente | Variável qualitativa nominal |

FONTE: A autora, 2018

Desta forma a escolha das variáveis decorreu de fatores determinantes, a saber:

3.1.1 Sexo

Na atualidade as questões que envolvem debates sobre sexo estão presentes no dia a dia da sociedade, ora englobando aspectos gerais voltados à convivência coletiva, ora na relação num contexto institucional (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

Historicamente as mudanças ocorridas no mercado de trabalho desde a Revolução Industrial geraram impactos nos trabalhadores, mas em especial na população feminina em que, cada vez mais, as mulheres passaram a ocupar destaques fora de casa e não mais como centro do lar, no cuidado dos filhos e marido. Assim, os movimentos feministas expandiram-se em diversos países, dando origem à igualdade social, ou equidade de sexo. Deste modo, assim como se deu a concepção social do feminino e masculino na sociedade e num contexto desigual, esse mesmo status social pode subsidiar a compreensão da situação de saúde de homens e mulheres na modernidade (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

Dada esta concepção, por iniciativa da ONU Mulheres, foram apresentados os dados da pesquisa sobre o Retrato das Desigualdades de Sexo e Raça, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com informações do período de 1995 a 2015. Para a pesquisa, utilizaram-se informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A pesquisa retrata diferentes aspectos sociais, tanto para mulheres quanto para homens. Os dados demonstraram que embora as mulheres tenham garantido espaço no mercado de trabalho ao longo dos 20 anos, as responsabilidades com as funções domésticas não sofreram alterações, situações de duplas jornadas permaneceram em 2015. Em relação ao chefe da família, as mulheres também apresentaram índices elevados no mesmo período. Em 1995, 23 % dos lares eram administrados por mulheres, e em 2015 esse número representou 40% (IPEA, [2016?]).

A dupla jornada também foi apresentada em 2005, em pesquisa realizada pela Organização do Trabalho Internacional (OIT), nos países da América Latina, onde os resultados apontaram as mulheres como principais responsáveis pelas ocupações no âmbito doméstico e familiar (OIT, 2005). A pesquisa destacou ainda, que a carga de

trabalho exaustiva pela dupla jornada afeta o comportamento no trabalho, gerando consequências para o aumento na taxa de absenteísmo.

Assim como o comportamento de homens e mulheres são diferentes, as mesmas diferenças podem ser avaliadas diante de quadros de doenças (OIT, 2005). Na área da saúde, também é evidenciada esta diferença, uma vez que os profissionais da enfermagem em sua maioria são mulheres, e também quem mais acessam os serviços de saúde (NOGUEIRA; SILVA, 2009). Dados estes que foram comprovados em pesquisa realizada sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil e apresentados em 2013, cujos resultados evidenciam que a profissão de enfermagem é predominantemente feminina, composta por 85,1 % de profissionais mulheres e 14,4 % por profissionais do sexo masculino (FIOCRUZ; COFEN, 2015).

No Brasil, a predominância de afastamentos entre profissionais da equipe de enfermagem foi relatada no estudo desenvolvido em um hospital público situado na região sul do país. Entre os profissionais estudados, a equipe de enfermagem representou 59 % dos afastamentos associados a problemas de saúde (BREY et al., 2017).

3.1.2 Idade

Compreender como as sociedades estão estruturadas, assim como entender a estrutura populacional de uma determinada sociedade, está atrelado ao conhecimento de como ocorreu o seu desenvolvimento. O envelhecimento da população é um fenômeno global e está relacionado ao aumento da expectativa de vida da população (TARIN et al., 2016).

Segundo dados de projeção populacional realizada pela Organização das Nações Unidas e publicada pelo *World Population Prospects* (2015), o Brasil ocupou a quinta colocação em volume de população, pois a frente estão China, Índia, Estados Unidos da América e Indonésia. Existe a perspectiva de que a proporção de pessoas idosas em 2070 supere 35% da população, índice maior que o conjunto de países desenvolvidos (IBGE, 2016).

A Organização das Nações Unidas tem se preocupado com o trabalhador em seus ciclos de vida, de tal forma que debates sobre envelhecimento funcional tenham preferência na área de Saúde do Trabalhador, uma vez que envolvem aspectos relacionados à saúde física, bem estar psicossocial, competência individual e

condições para o trabalho (BANCO MUNDIAL, 2011). Além destes aspectos, incluem-se ainda discussões sobre aposentadoria, capacidade para o trabalho, saúde e funcionalidade do trabalhador (CARDOSO VALÉRIO; MARTINS SILVA E DUTRA, 2016).

De acordo com os resultados sociodemográficos apresentados pela FIOCRUZ e COFEN (2015), por meio da Pesquisa do Perfil da Enfermagem, não havia predomínio de idosos entre profissionais de enfermagem ativos brasileiros entretanto 61% dos profissionais encontravam-se na faixa etária até 40 anos, considerados como adultos jovens.

Um estudo foi realizado em Uberaba (MG), em 2014, com trabalhadores de diferentes profissões e ativos no mercado de trabalho, cujos objetivos foram avaliar a capacidade para o trabalho e capacidade funcional de trabalhadores atendidos pela rede pública de saúde de Uberaba/MG; correlacionar capacidade para o trabalho com capacidade funcional; e comparar capacidade para o trabalho e capacidade funcional de trabalhadores adultos com trabalhadores em fase de envelhecimento. Os autores concluíram que entre os trabalhadores de até 44 anos, e aqueles com 45 anos e mais, houve predomínio do sexo feminino, com 63,3% e 71, 1%, respectivamente, e confirmaram que a relação saúde e a capacidade funcional são relevantes para o trabalho, destacando que está correlação é dependente da idade (CARDOSO VALÉRIO; MARTINS SILVA; DUTRA, 2016).

3.1.3 Local de Trabalho

O ofício do trabalho exerce o ponto central de satisfação ou insatisfação na vida do indivíduo, dependendo do modo como é elaborado e constituído. Entende-se o trabalho como responsável por propiciar a formação social do indivíduo e assegurar possibilidades para que se integre à sociedade (NUNES et al., 2010a; WORM, et al., 2016).

Consequentemente, um ambiente de trabalho possibilita ao indivíduo o envolvimento e dedicação com os objetivos institucionais, de tal maneira que a observação constante das condições de trabalho represente um ambiente agradável e confortável no cenário da Saúde do Trabalhador (WORM, et al., 2016). O ambiente laboral configura o segundo espaço de vida de um indivíduo, pois a maior parte dela

acontece dentro das organizações, e estes espaços são caracterizados por condições físicas, materiais, psicológicas e sociais (CHIAVENATO, 2014).

Nesta lógica, as condições dos ambientes de trabalho se correlacionam e influenciam o bem-estar físico, a saúde e a integridade física das pessoas. De forma que as organizações procurem soluções para oferecer o melhor espaço para se trabalhar e gerem mudanças na Política de Gestão de Pessoas visando à possibilidade de redução nos acidentes, doenças, absenteísmo e rotatividade, consequências asseguradas por um ambiente de trabalho prazeroso (CHIAVENATO, 2014).

Nos serviços de saúde, o ambiente físico também deve propiciar o cuidado para os indivíduos, de modo a assegurar melhora na sua condição de saúde, mas este ambiente não pode gerar consequências indesejadas à Saúde do Trabalhador (TANJA-DIJKSTRA; PIETERSE, 2011). Neste contexto, o exercício do trabalho na Atenção Primária em Saúde se estabelece a partir das relações entre os profissionais e entre os usuários e na habilidade em lidar com a complexidade do processo saúde-doença, utilizando do conhecimento da equipe multiprofissional nas articulações das práticas (SCHERER, et al., 2016).

Além dos riscos laborais já descritos anteriormente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) há a possibilidade de se correlacionar os riscos de acordo com as características do local de trabalho e a forma com que os serviços estão inseridos no território. As Unidades Básicas de Saúde se diferenciam conforme os Modelos Assistenciais reconhecidos pela Portaria 2.433, de 21 de setembro de 2017. A divisão se dá mediante composição estratificada em Equipe de Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Básica (eAB). No modelo ESF, a carga horária de todos os profissionais das equipes deverá ser obrigatoriamente de 40 horas semanais. Para as equipes eAB, a carga horária mínima por categoria profissional poderá ser de 10 horas semanais, com no máximo três profissionais por categoria (BRASIL, 2017).

Em relação à composição de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde nos dois modelos assistenciais ao longo dos 30 anos de evolução da Atenção Primária à Saúde (APS), considerou-se 03 categorias profissionais: médicos, dentistas e enfermeiros (VIACAVA et al, 2018). De acordo com os autores dentre estas categorias a enfermagem revelou-se como destaque com percentual de 88% de participação no Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2017, sendo que desde 2008 os enfermeiros já representavam a maioria dos profissionais na APS. Embora os

profissionais da enfermagem na APS representem o maior contingente de trabalhadores no SUS, suas condições de trabalho e saúde ainda são pouco discutidas (TAMBASCO, 2017).

No que se refere ao local de trabalho e, considerando as particularidades inerentes a cada tipo de serviço, Souza (2012) destaca serem favoráveis as discussões entre gestores e trabalhadores no planejamento, utilizando-se de ações práticas para a promoção e a proteção da saúde mediante participação e comunicação.

3.1.4 Categoria Profissional

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o componente público do sistema de saúde brasileiro que dispõe de mais de 60% dos estabelecimentos de saúde, e responde pelo atendimento de aproximadamente 80% da população e dos trabalhadores da saúde, o que corresponde aproximadamente a 2 milhões de postos de trabalhos (CARVALHO, et al., 2018).

Dentre os profissionais que compõem a APS, destacam-se os componentes da equipe de enfermagem. A assistência de enfermagem é realizada por profissionais de diferentes categorias, enfermeiros, técnicos e auxiliares, que executam atividades descritas no Decreto 94.406/87, e regulamentadas pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986). A categoria de enfermeiros no Brasil representa 23% da equipe de enfermagem enquanto que os auxiliares/técnicos de enfermagem representam 77%. Em relação ao setor de empregabilidade, 58% se encontram vinculados ao setor público (FIOCRUZ; COFEN, 2015).

Estudos apresentam dados sobre absenteísmo com taxas elevadas na categoria técnico de enfermagem, considerando ser a maioria dos profissionais que integram as equipes de enfermagem (FERREIRA et al., 2012; FURLAN; STANCATO, 2013; MININEL et al., 2013; MANTOVANI et al., 2015). Os mesmos estudos obtiveram para os enfermeiros taxas de absenteísmo relativamente menores em relação aos técnicos de enfermagem.

Assim como a Pesquisa do Perfil da Enfermagem considerou as categorias de auxiliares e técnicos de enfermagem como única, também assim se considera no presente estudo em um distrito do município de Curitiba.

Na realidade, a denominação de auxiliar de enfermagem não é identificada na base de Recursos Humanos da Secretaria de Recursos Humanos do município de Curitiba desde a regulamentação da Lei nº 14.507, de 15 de Setembro de 2014 (CURITIBA, 2014). O Art. 2º desta Lei alterou a redação do cargo Auxiliar de Enfermagem para Técnico de Enfermagem em Saúde Pública. Os técnicos/auxiliares de enfermagem representam o maior contingente dos profissionais da equipe de enfermagem no Distrito Sanitário elencado para o estudo, confirmando os dados encontrados em literatura. No período de estudo, a média mensal de profissionais de enfermagem por Unidade Básica de Saúde foi de 17 técnicos/auxiliares de enfermagem e 5 enfermeiros.

3.1.5 Tipo de Licença para Tratamento de Saúde

A Saúde e Segurança do Trabalhador são regidas por direitos legais e constitucionais por meio de Normas Regulamentadoras que se apresentam como processos legais a fim de assegurar os direitos dos trabalhadores em exercer suas atividades laborais em ambientes saudáveis.

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), por meio da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, Art. 20, dedica-se às questões das doenças profissionais e/ou ocupacionais. De uma forma ampla, a CLT aborda questões relacionadas aos riscos, jornada de trabalho, notificações das doenças profissionais e das desenvolvidas durante as atividades do trabalho (BRASIL, 1991).

Para os trabalhadores sob regime CLT, os afastamentos são concedidos e remunerados pela organização pelo prazo de 15 dias, em casos de afastamentos por motivo de doença ou acidente de trabalho, mediante comprovação por atestado médico e odontológico, consideradas as disposições legais previdenciárias (BRASIL, 1991). Nestes casos, concede-se ao segurado salário integral, pago pela organização, que por sua vez deverá fornecer exame médico e o abono de faltas, por meio do serviço médico da organização ou do convênio. Caso o afastamento seja superior a 15 dias, o trabalhador deverá ser avaliado pela Perícia Médica do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), e assim assegurado (SILVA-JUNIOR; FISCHER, 2014).

Para os servidores do Município de Curitiba, sob Regime Jurídico Único, os afastamentos são concedidos, tanto para o servidor como para o familiar dependente, mediante disposição legal do Estatuto do Servidor, Lei Nº 1.656, de 21 de agosto de

1958, atualizada em 28 de julho de 2017. No artigo 183 e 184, seção VI, estão indicadas as disposições legais sobre licença por motivo de doença em pessoa da família, a saber:

Art. 183. O servidor poderá obter licença de até 6 (seis) meses por motivo de doença na pessoa de ascendente, descendente e colateral, consanguíneo ou afim até o terceiro grau civil e do cônjuge do qual não esteja legalmente separado, desde que não viva às suas expensas.

Art. 184-A. 1º. A licença poderá ser prorrogada até completar 2 anos consecutivos, desde que o servidor prove ser indispensável a sua assistência pessoal e incompatível com o exercício do cargo, mediante a apresentação de documentação comprobatória, cabendo ao setor de Perícia Médica tal análise e indicação do período de reavaliação da licença (CURITIBA, 2017).

Diante do exposto, considerando a diferença nos sistemas de concessão de afastamentos entre os trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios, regime CLT ou servidores públicos municipais, e que especificamente no último os servidores estão sujeitos a fruir deste benefício após análise do médico perito do Departamento da Saúde Ocupacional, a variável tipo de licença de saúde torna-se relevante para o estudo.

3.1.6 CID

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), atualmente na sua décima atualização, fornece diagnóstico de doenças, distúrbios ou outras condições, no intuito de apontar e estruturar numerosos conjuntos de informações associadas a distintas condições de saúde. Desta maneira a classificação institui um importante recurso estatístico de informações para a saúde de modo que os registros podem demonstrar uma condição anormal de saúde e suas causas, contudo não relacionam a influência destas nas condições de vida (OPAS, 2000; FARIAS; BUCHALA, 2005).

A Classificação pela CID-10 é realizada por meio de códigos numéricos e tornou-se uma exigência legal para documentos relacionados à doença do indivíduo. Estes dados podem gerar informações etiológicas, anatomo-funcional, anátomo-patológico, clínico e epidemiológico (DI NUBILA; BUCHALA, 2008). Para as autoras, além das análises de cunho epidemiológico, a CID-10, subsidia a análise da situação geral de saúde de grupos populacionais e o monitoramento da incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde.

Diante do exposto, e com base na classificação do CID-10, Laurenti et al. (2013) conceituam a classificação de doenças como um sistema que agrupa as doenças análogas, semelhantes ou afins, segundo uma hierarquização ou eixo classificatório. Para os autores, no estudo do conjunto de grupos de diagnóstico ou doenças, o foco principal são os agrupamentos e não o individual. Neste sentido assinalam para a análise estatística como técnica mais utilizada para pesquisa de saúde.

Para o contexto da saúde, onde a variável doença é classificada de acordo com suas inúmeras categorias, só é possível esta classificação utilizando-se de análise estatística para categorizá-las (LAURENTI et al., 2013). Para a Saúde do Trabalhador, esta análise pode utilizar-se de planejamento estratégico, no intuito de fazer um diagnóstico e investigar minuciosamente os afastamentos dos trabalhadores por problemas de saúde, mediante análise do CID-10 (VIVOLO, 2014). Para os autores, os afastamentos por problemas de saúde são vistos como uma forma do trabalhador recorrer à licença médica para se afastar do trabalho, pois quando ocorre o afastamento doença do trabalhador pode estar em seu estágio avançado e, causar dificuldades para que ele mantenha a atividade laboral.

Entre os profissionais da saúde, a enfermagem é a profissão que se apresenta suscetível para alto risco de tensão e adoecimento (FELLI, 2012). De tal maneira, que todas as informações registradas a respeito das causas de afastamento por doença são cruciais para o monitoramento apropriado da Saúde do Trabalhador. Estudo realizado com o objetivo de analisar o perfil e os indicadores de absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia demonstrou que os profissionais da saúde se encontram entre as três classes que mais se afastaram por absenteísmo-doença no período do estudo (LEÃO et al., 2015).

Em outro estudo realizado em um hospital de Goiânia (GO), no período de 2008 a 2012, com o objetivo de contribuir para a compreensão dos agravantes do processo de trabalho da equipe de enfermagem, os autores concluíram que as principais causas responsáveis pelo absenteísmo foram Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, seguida por Transtornos Mentais e Comportamentais (MARQUES et al, 2015).

3.1.7 Tempo de duração dos afastamentos por LTS

Em estudo realizado na Prefeitura Municipal de Curitiba, no período de 2010 a 2015, com o objetivo de analisar o absenteísmo geral dos servidores municipais da prefeitura de Curitiba, apontaram entre as variáveis analisadas, que a média de dias perdidos por afastamentos foi de 23 dias, havendo três registros por trabalhador. Em relação ao ano de 2015, três secretarias se destacaram em relação à média de trabalhadores afastados, e a Secretaria Municipal da Saúde ocupou a terceira posição, com 4.623 profissionais (66,90%), e um total de 105.452 dias perdidos (DANIEL, KOERICH, LANGE, 2017).

Em geral, os estudos realizados sobre absenteísmo dividem os afastamentos médicos em dois cortes, menores de 15 dias ou superiores. No estudo desenvolvido em 2007, em um hospital público no interior de São Paulo, cujo objetivo foi analisar fatores associados ao absenteísmo dos trabalhadores da equipe de enfermagem de um hospital público municipal, os resultados demonstraram que 38% dos trabalhadores se concentraram nos afastamentos inferiores a 15 dias e 16% naqueles iguais ou superiores a 15 dias.

Em relação aos afastamentos menores que 15 dias, Souza (2012) corrobora com a ideia de que a análise do absenteísmo de curta duração se diversifica conforme a atitude do trabalhador, pois independentemente da situação e dificuldade relacionada à saúde, o trabalhador pode ser estimulado a ausências, de tal maneira que estas ausências possam estar relacionadas à insatisfação ou negação ao ambiente do trabalho.

Outros serviços também apresentaram dados semelhantes em relação aos apresentados anteriormente. Em outro estudo realizado em um Hospital na Capital do Paraná, em 2011, com o objetivo de propor estratégias de intervenção apoiadas em indicadores, referentes à saúde dos trabalhadores de saúde em hospitais, os resultados evidenciaram a Licença médica como a responsável pelo maior número de afastamentos, equivalente a 99% dos registros, e responsável por 2.454 dias de ausências. A equipe de enfermagem representou 60,6% destes afastamentos, sendo que foi encontrada uma média de 2,63 dias entre os técnicos de enfermagem, seguida por 2,19 dias entre os auxiliares de enfermagem e 2,02 dias entre os enfermeiros (SANTANA, 2013).

Um estudo foi realizado cujo objetivo foi analisar a série histórica dos afastamentos do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos estaduais lotados nas Secretarias de Estado da Saúde (SES) e da Administração (SEA) do Estado de Santa Catarina, no período de 1995 a 2005. Os resultados mostraram diferenças nas taxas de afastamento, e aumento na média de dias de afastamentos por LTS entre as secretarias no período do estudo. Na SES, houve um aumento de 52% (1995, 23,29 dias; 2005, 35,34 dias) para as mulheres. No sexo masculino, o aumento foi de 48% (1995, 28,13 dias; 2005, 41,68 dias). Na SEA, o aumento foi de 100% em servidores do sexo feminino, (1995, 18, 19 dias; 2005, 36, 45 dias). No sexo masculino, o aumento representou 40% (1995, 32, 89; 2005, 46, 31 dias) de afastamento (CUNHA; BLANK; BOING, 2009).

Os estudos demonstram a importância do variável número de dias de afastamento na compreensão do fenômeno, relevância demonstrada nos resultados obtidos no estudo de Daniel, Koerich e Lang (2017), que destacaram a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba entre as três secretarias que obtiveram a maior média de afastamento dos profissionais, corroborando assim para a escolha da variável nesta pesquisa.

Para a análise de dias de afastamento por LTS, nesta pesquisa optou-se pela diferenciação da duração dos afastamentos por LTS em dois extremos, inferior a três dias e superior a este período. Embora todos os afastamentos tenham a obrigatoriedade de apresentação do atestado médico ou odontológico no Departamento de Saúde Ocupacional, nos caso de afastamentos com períodos superior a três dias é necessária a avaliação do médico perito. Este processo se difere daquele relativo a profissionais vinculados ao sistema da previdência social, cuja necessidade de avaliação pericial se faz obrigatória a partir de 15 dias de afastamentos.

3.1.8 Nível de Escolaridade

A taxa de absenteísmo elevada em determinada categoria da equipe de enfermagem pode estar relacionada ao tipo de trabalho realizado e de acordo com a respectiva qualificação técnica exigida, de tal maneira que justifica a investigação da associação de nível de escolaridade e o absenteísmo.

Piha et al. (2010) encontraram evidências em seu estudo de que quanto maior o nível de escolaridade, maior classe social e melhor a renda, menor é a taxa de absenteísmo-doença, de modo que se apresentam melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde. Adicionalmente aos fatores econômicos, ainda se considera a utilização de práticas seguras e o uso de medidas preventivas no local de trabalho, como saberes de domínio do conhecimento dos profissionais com maior nível de escolaridade que podem influenciar, positivamente, não só as condições de saúde, mas também o absenteísmo (PIHA et al., 2013). Conseqüentemente, o absenteísmo tende a ser maior em profissionais de escolaridade menor (COGGON et al., 2013).

Em estudo de revisão integrativa, com abordagem em Unidades de Terapia Intensiva, em 2013, os resultados apontaram uma taxa de absenteísmo elevada para a categoria de técnicos de enfermagem e baixa taxa na categoria dos enfermeiros, diferenças estas que podem relacionar-se à competência e responsabilidades atribuídas ao enfermeiro. Em relação aos técnicos de enfermagem, podem associar-se ao desenvolvimento das atividades como trabalhos que exijam maior esforço físico, cansativos, além de possuírem um contato mais próximo ao paciente e suas famílias (AZEVEDO, 2014). Considerando as diferenças nas taxas de absenteísmo evidenciadas em literatura e atribuídas às responsabilidades técnicas entre cada membro da equipe de enfermagem, justifica-se a inserção desta variável na presente pesquisa.

3.1.9 Tempo em anos de trabalho na PMC

A frequente rotatividade de profissionais em uma instituição de saúde, além de acrescer os gastos, pode causar mudanças no processo de contratação, na qualidade do cuidado prestado e na satisfação do trabalhador. O tempo de permanência e a rotatividade no serviço público se relacionam com a característica das unidades de saúde e o público que atendem, destacando-se a categoria dos enfermeiros como a que apresenta maior rotatividade (FERRO, 2015).

Em estudo realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em 2008, com o objetivo de caracterizar o absenteísmo e classificar as ausências do trabalho por motivo de adoecimento entre os profissionais de enfermagem, as maiores taxas de absenteísmo foram encontradas entre os

trabalhadores que possuíam entre um e cinco anos de instituição, assim como a taxa de absenteísmo entre os profissionais com vínculo públicos se apresentaram maiores em relação aos profissionais contratados (ABREU; SIMÕES, 2009; PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010). Elevando-se em até três vezes mais em profissionais públicos (FERREIRA et al., 2012).

Ainda em relação ao número de afastamento de profissionais com vínculo público, estudos em outras áreas da administração referem baixa taxa de absenteísmo entre os profissionais com menos tempo na instituição, relacionando esta taxa reduzida ao período de estágio probatório (CALLEGARI, 2016).

Contudo, o estudo realizado no município de Goiânia, com o objetivo de analisar as Licenças para tratamento de saúde (LTS) de profissionais do município, entre o período de 2005 a 2010, 50% dos afastamentos foram de profissionais com três anos de instituição, contrariando os resultados de outros estudos que apontam maior incidência entre os profissionais com mais tempo de trabalho (LEÃO et al., 2015).

3.1.10 Situação Conjugal

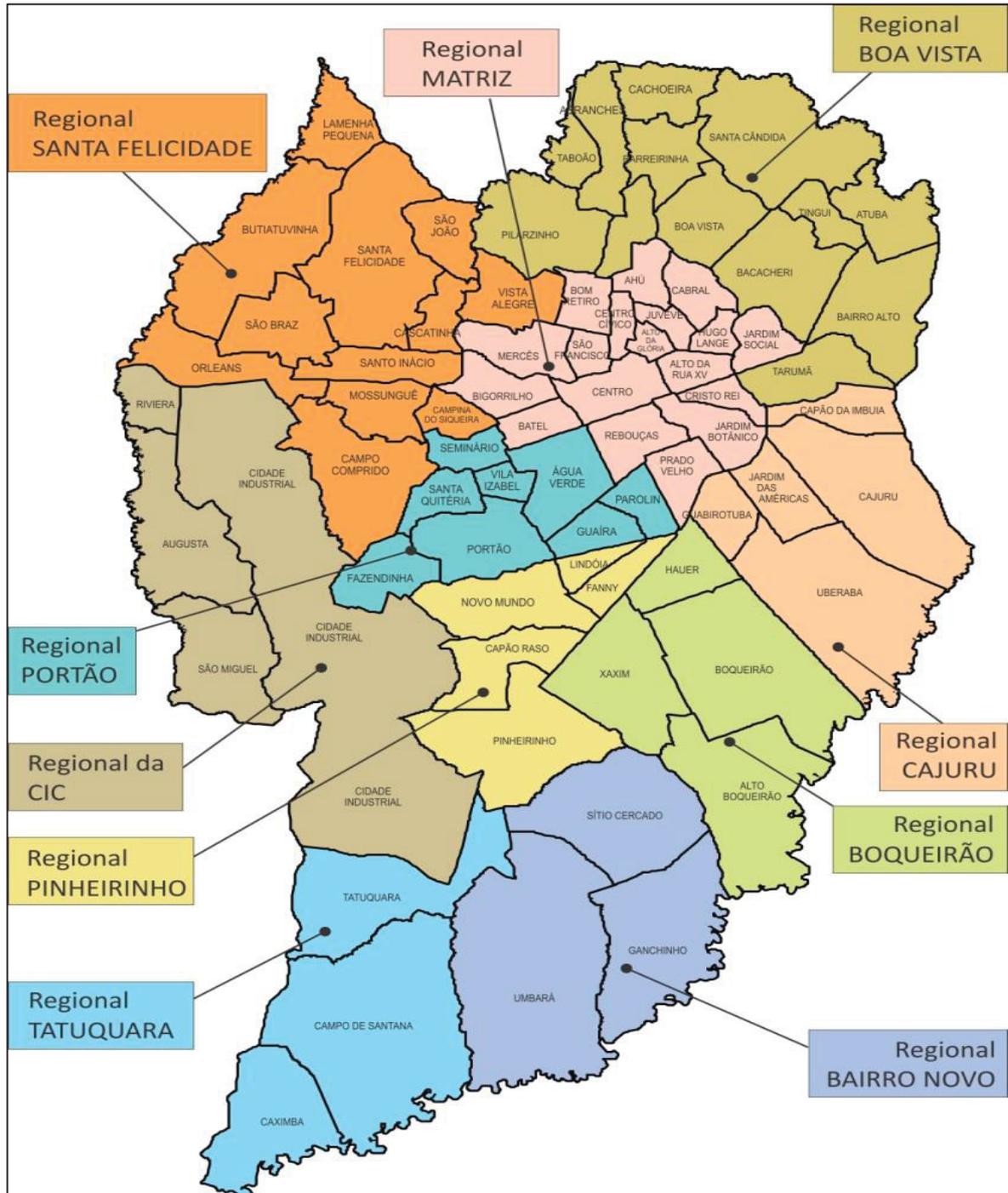
Autores referem que distintos estudos, modos de vida e contextos culturais têm evidenciado o estado civil como um dos fatores que podem influenciar as ausências do trabalho (BELITA; MBINDYO; ENGLISH, 2013). A responsabilidade com a família e a casa podem se associar à maior ausência no trabalho, de acordo com resultados obtidos em estudos que apontaram índices maiores de absenteísmo entre profissionais casados (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

De acordo com Matos e Júnior (2008), as condições vivenciadas concretamente pelas mulheres, tais com a jornada dupla de trabalho, o cuidado com a família, com os filhos e os conflitos para conciliar a vida pessoal e profissional são fatores distintos que perpassam pelas relações de sexo, que devem ser considerados nas investigações científicas sobre a saúde dessa população.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em uma Capital do Sul do País, subdivididas em regionais de saúde que integram a rede de atendimento à saúde da população, conforme FIGURA 4.

FIGURA 4 - DIVISÃO ADMINISTRATIVA DAS REGIONAIS



FONTE: Curitiba, (2018).

A instituição das atividades em Saúde Pública no município ocorreu em 1963, com a criação do Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde. No ano seguinte instituiu-se a primeira Unidade Sanitária no Bairro Cajuru, hoje Distrito Sanitário. Desde então inúmeros avanços nos serviços de saúde levaram a composição da atual Rede Assistencial do Município, que conta com 110 unidades Básicas de Saúde, sendo 66 com o modelo tradicional e 44 com o Modelo ESF divididas nas 10 regionais de saúde (CURITIBA, 2018).

O Distrito Sanitário onde ocorreu o estudo indiretamente, pois os dados referem-se a este local, é composto por doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), atualmente sete no modelo de Estratégias de Saúde da Família e 05 no modelo Tradicional. Esta regional possui uma população censitária que equivale a 12% da população total da capital (IBGE, 2010).

O campo de pesquisa onde foi realizada a coleta de dados do estudo foi o Departamento de Saúde Ocupacional (DSO) da Prefeitura Municipal, vinculado à Secretaria de Recursos Humanos. Este serviço é responsável pelas perícias médicas de todos os profissionais desta Prefeitura, de modo que todos os profissionais das diversas secretarias do município passam por este serviço quando necessitam se ausentar do trabalho por qualquer motivo.

O DSO tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as suas atividades; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em suas atividades contra os riscos resultantes de agentes nocivos à sua saúde; avaliar a capacidade laborativa dentro de suas aptidões fisiológicas e psicológicas, prevenir e recuperar a saúde individual e coletiva. Estas ações são desenvolvidas através do plano de atenção à saúde, segurança e qualidade de vida do servidor (CURITIBA, 2017).

Como atribuição da Saúde Ocupacional destacam-se: identificar os fatores de riscos no ambiente de trabalho que possam afetar a saúde física e mental do servidor; avaliar as condições de higiene e fatores decorrentes da organização do trabalho que possam gerar riscos para a saúde física e mental do servidor; identificar as medidas necessárias para a proteção coletiva e individual (CURITIBA, 2017).

Entende-se as atribuições da Saúde Ocupacional em consonância com os objetivos da VISAT, a saber: identificar o perfil de saúde da população trabalhadora, considerando a análise da situação de saúde; intervir nos fatores determinantes dos

riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los; avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle e atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde, para subsidiar; utilizar os diversos sistemas de informação (RENAST, 2018).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população de interesse elencada para a pesquisa constituiu-se de todos os profissionais integrantes da equipe de enfermagem, sob Regime Jurídico Único do município, lotados nas Unidades de Saúde do Distrito Sanitário do Cajuru. Participaram indiretamente na pesquisa, pois seus dados relacionados ao absenteísmo-doença, características sociodemográficas e do ambiente do trabalho foram coletados na base institucional do Departamento de Saúde Ocupacional da Prefeitura Municipal de Curitiba, junto à Secretaria de Recursos Humanos, referente ao período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

Nesta pesquisa foram considerados como critério de inclusão, todos os profissionais integrantes da equipe de enfermagem de um Distrito Sanitário: Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); que se ausentaram por Licença para Tratamento de Saúde (LTS) no período de 2012 a 2016; que tiveram registros de afastamento do trabalho de acordo com os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) independentemente do número de dias de LTS, incluindo os afastamentos para acompanhamento de familiares.

Como critérios de exclusão, dados referentes a profissionais que não representaram a totalidade dos registros indispensáveis à pesquisa. Após análise dos dados preliminares somente houve a exclusão do variável número de filhos, por não atenderem a totalidade dos registros na base de dados.

3.4 FONTE DE DADOS

As fontes de dados da Pesquisa foram os registros de Licença para Tratamento de Saúde (LTS) relativas ao período de janeiro de 2012 a dezembro de

2016, obtidos junto à Gerência de perícia médica, por meio da base de dados do Sistema Gerencial do Departamento de Recursos Humanos da SMARH-Curitiba.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2017. Os dados referentes às variáveis e demais registros relativos à Licença para Tratamento de Saúde (LTS) foram obtidos no banco de dados do Departamento de Saúde Ocupacional, no Sistema de Informação Gerencial. O acesso aos dados foi disponibilizado pelo Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Recursos Humanos de Curitiba (SMARH), após aprovação pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e análise de viabilidade pelo Comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS).

Dados sobre absenteísmo-doença, características sociodemográficas e do ambiente do trabalho foram extraídos, organizados e sistematizados em planilhas eletrônicas, conforme instrumento apresentado no Apêndice 1.

Os dados foram extraídos da Base do Departamento da Saúde Ocupacional pelo responsável técnico da informática do próprio setor. As variáveis de interesse foram previamente indicadas pelas pesquisadoras, e atendidas prontamente pelo setor. Os trabalhadores foram codificados pelo próprio Departamento de Saúde Ocupacional, garantindo assim o anonimato.

O cálculo da taxa de absenteísmo e os dados referentes ao número de profissionais lotados nas UMS no mesmo período de estudo, foram fornecidos pelo Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Na planilha a informação do nome dos profissionais também foi omitida pelo próprio Departamento, reafirmando assim o anonimato dos profissionais.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram organizados e sistematizados em planilhas eletrônicas e submetidos a análises estatísticas mediante o uso do software IBM *SPSS Statistics* 25. Primeiramente, as variáveis foram codificadas e inseridas no programa estatístico para análise exploratória, a fim de obter a tipologia dos dados no banco de dados. Após o diagnóstico inicial, foram executadas análises descritivas, de

modo que as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absolutas e porcentagens, cujos resultados foram apresentados em frequência simples e porcentagens na seção 4. Para as variáveis contínuas utilizou-se medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e máximo) também apresentadas na seção 4.

Os testes estatísticos utilizados neste estudo para análises de diferenças, comparação e significância entre as variáveis foram: Teste Qui-quadrado de Pearson, seguido pelo teste Z de diferença entre duas proporções, quando a análise envolveu avaliar a dependência entre duas variáveis categóricas; ANOVA (análise de variância), visando à comparação entre três ou mais grupos, quando a análise envolveu avaliar diferenças estatisticamente significativas entre a variável dependente contínua com distribuição normal, quando o tamanho da amostra para cada categoria da variável independente apresentasse tamanho menor que 30, e a variável independente categórica, envolvendo três ou mais categorias; Teste de comparações múltiplas paramétricas de Tukey HSD para variâncias homogêneas ou o Teste de comparações múltiplas paramétricas de *Games-Howel* para variâncias heterogêneas, visando estabelecer as comparações 2 a 2 entre as categorias da variável independente, após o teste ANOVA indicar diferença estatisticamente significativa entre pelo menos duas categorias; Teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, visando a comparação entre três ou mais grupos, em que a variável dependente não apresentasse distribuição normal; Teste de homogeneidade de variâncias de Levene e Teste *t* de *Student* para amostras independentes, quando a análise envolvesse avaliação de diferenças estatisticamente significativas entre a variável dependente contínua com distribuição normal e a variável independente categórica, envolvendo duas categorias; Teste de comparações múltiplas não paramétricas de Dunn, visando estabelecer as comparações 2 a 2 entre as categorias da variável independente, após o teste de *Kruskal-Wallis* indicar diferença estatisticamente significativa entre pelo menos duas categorias; Coeficiente de Correlação de Pearson, visando avaliar o grau de associação entre as duas variáveis, quando $n > 30$ ou as duas variáveis apresentam distribuição normal, e Teste de normalidade de Shapiro-Wilk (normalidade).

A utilização de técnicas estatísticas proporciona consistência e robustez aos dados. Os tratamentos estatísticos utilizados foram definidos sob a assessoria de um estatístico para se atender o objetivo deste estudo, a natureza da amostra e a sua

dimensão, e a análise das variáveis independentes e dependente. Para a análise dos resultados dos testes estatísticos fez-se uso de intervalo de confiança de 95%. Em todos os testes estatísticos utilizados o nível de significância adotado foi de 5%, (p -valor < 0,05), segundo o qual ao rejeitar a hipótese nula, a confiabilidade na decisão tomada é de no mínimo 95%.

Essas técnicas permitiram analisar quais as variáveis intrínsecas ao servidor, que neste caso são as variáveis independentes, poderiam influenciar o absenteísmo-doença por Licença para Tratamento de Saúde (LTS).

Para o cálculo do absenteísmo-doença foi utilizada a fórmula proposta por Gaidzinski et al. (2008), dada por:

$$A_k \% = \left(\frac{\sum_i a_{k,i}}{D - \sum_i a_{k,i}} \right) . 100$$

Onde:

A_k % = Percentual de ausências não previstas, de acordo com a categoria profissional k ;

$\sum_i a_{k,i}$ = Somatório dos dias não previstos, segundo os tipos de ausências i (faltas, licenças, suspensões) e por categoria profissional k ;

D = dias do ano, 365 dias.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa inclui-se na categoria de pesquisa sem risco, conforme classificação, utilizada por Goldim (1997). Mas todas as medidas recomendadas pela Resolução 466/2012 foram atendidas para evitar constrangimento aos profissionais que participarão indiretamente na pesquisa. Unidades e profissionais foram codificados, preservando-se assim a confidencialidade da pesquisa (CNS, 2012).

O Projeto da pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, o qual está registrado junto à

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do MS (CONEP/MS), protocolo 69868017.9.0000.0102, aprovado conforme Parecer registrado na Plataforma Brasil nº 2.144.277 (ANEXO 1), assim como parecer quanto à viabilidade da Pesquisa pelo CEP/SMS nº 2.291.089 (ANEXO 2).

Como a pesquisa se deu a partir da análise de informações junto à base de dados do Departamento de Saúde Ocupacional da Secretaria de Recursos Humanos e em documentos gerenciais no Distrito Sanitário do Cajuru, não foi necessária a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS

Nas Unidades Municipais de Saúde do Distrito de Saúde de Curitiba estudado, no período entre janeiro 2012 a dezembro de 2016, estiveram ausentes no trabalho, por Licença para Tratamento de Saúde (LTS), 273 trabalhadores da equipe de enfermagem, o que computou 2.279 ocorrências de Licença para Tratamento de Saúde (LTS), que totalizaram 12.473 dias de afastamento. Enfermeiros foram responsáveis por 2.775 dias de afastamento e os técnicos de enfermagem por 9.698 dias de afastamentos (TABELA 1).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTOS POR LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (LTS) ENTRE ENFERMEIROS E TÉCNICOS LOTADOS EM UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N= 12.473)

| UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE | NÚMERO DE DIAS DE AFASTAMENTOS POR LTS | | |
|------------------------------|--|------------------------|--------|
| | Enfermeiros | Técnicos de enfermagem | Total |
| A-A9 ESF | 333 | 1.677 | 2.010 |
| A-A6 ESF | 178 | 1.191 | 1.369 |
| A-A4 ESF | 500 | 739 | 1.239 |
| A-A3 ESF | 259 | 596 | 855 |
| A-A10 ESF | 272 | 580 | 852 |
| A-A7 ESF | 185 | 652 | 837 |
| A-A12 ESF | 135 | 340 | 475 |
| A-A1 ESF | 125 | 317 | 442 |
| A-A2 UB | 280 | 1.136 | 1.416 |
| A-A11 UB | 202 | 1.202 | 1.404 |
| A-A5 UB | 129 | 726 | 855 |
| A-A8 UB | 177 | 542 | 719 |
| Total | 2.775 | 9.698 | 12.473 |

FONTE: A autora (2018).

As análises de frequências absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas significaram o primeiro diagnóstico sobre o fenômeno do absenteísmo-doença na equipe de enfermagem. A TABELA 2 mostra esta distribuição dos afastamentos por LTS segundo sexo, categoria profissional e situação conjugal dos profissionais afastados. Observou-se predomínio de profissionais do sexo feminino (2.115; 92,8%) entre os afastados por LTS entre 2012 e 2016. Em relação à

situação conjugal, predominaram os profissionais com companheiro (1.456; 63,9%). E em relação a categoria profissional, houve predomínio de afastamentos entre os técnicos de enfermagem (1.548, 67,9%) em relação aos de enfermeiros (731; 32,1%).

TABELA 2 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTA E RELATIVA DAS VARIÁVEIS SEXO, CATEGORIA PROFISSIONAL E SITUAÇÃO CONJUGAL DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AFASTADOS POR LTS OCORRIDAS EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA, 2012 A 2016 (N=2.279)

| VARIÁVEL | | N | % |
|------------------------|------------------------|-------|------|
| Sexo | Feminino | 2.115 | 92,8 |
| | Masculino | 164 | 7,2 |
| Categoria Profissional | Enfermeiros | 731 | 32,1 |
| | Técnicos de enfermagem | 1.548 | 67,9 |
| Situação Conjugal | Com Companheiro | 1.456 | 63,9 |
| | Outros | 87 | 3,8 |
| | Sem Companheiro | 736 | 32,3 |
| TOTAL | | 2.279 | 100 |

FONTE: A autora (2018).

O teste *t de Student*, para amostras independentes, sexo (feminino e masculino), admitindo variâncias homogêneas, revelou que a média de ocorrências de afastamentos entre o sexo feminino e masculino não apresentam diferenças estatisticamente significativas (p -valor= 0,449). De tal modo que, a variável sexo não é estatisticamente significativo sobre o número de ocorrências de afastamentos.

Para análise da variável categoria profissional (enfermeiros e técnicos de enfermagem), o teste *t de Student* revelou diferenças significativas entre os grupos (p -valor=0,000), com relação à média de ocorrências de afastamentos entre as categorias enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Observou-se que a análise efetuada para a variável situação conjugal, por meio do teste ANOVA (p -valor= 0,9867) demonstrou que não existe diferença estatisticamente significativa nas ocorrências de afastamento.

Na TABELA 3 apresentam-se a média e desvio padrão das variáveis idade, tempo em anos de trabalho na Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC) e dias de afastamento; e na Tabela 4 é apresentada a matriz de correlações destas variáveis. A idade média que os profissionais afastados por LTS possuíam entre 2012 e 2016,

foi de 44 anos; tempo em anos de trabalho na PMC em média era de 13 anos; e em média os profissionais permaneceram afastados por LTS em torno de 5 dias.

TABELA 3 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS VARIÁVEIS IDADE, DIAS DE AFASTAMENTO E ANOS NA INSTITUIÇÃO, ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AFASTADOS POR LTS, EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016

| VARIÁVEL | Estatística | | |
|-------------------------|---------------|--------|-------|
| Idade | Média | 44,52 | 0,187 |
| | Desvio Padrão | ± 8,94 | |
| Dias de afastamento | Média | 5,47 | 0,228 |
| | Desvio Padrão | ±10,88 | |
| Anos de trabalho na PMC | Média | 13,34 | 0,156 |
| | Desvio Padrão | ± 7,45 | |

FONTE: A autora (2018).

Quanto a correlação das variáveis, idade, tempo em anos de trabalho na PMC organização e dias de afastamento e as representações destas sobre o número de ocorrências de afastamento por LTS, verifica-se que a medida do grau de associação entre as variáveis, por meio do teste de Coeficiente de Correlação de Pearson, apresentou-se estatisticamente significativa, porém muito fraca (<0,30) (CALLEGARI-JACQUES, 2003). Nesta análise, as respostas apresentadas demonstraram que as variáveis Idade e tempo em anos de trabalho na PMC apresentaram correlação muito fraca com o número de dias de afastamento (TABELA 4.)

TABELA 4 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DIAS DE AFASTAMENTO, IDADE E ANOS NA INSTITUIÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AFASTADOS POR LTS, EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=2.279)

| VARIÁVEL | Correlação de Pearson | Dias de afastamento | Idade | Tempo em anos de trabalho na instituição |
|--|---------------------------------|---------------------|--------|--|
| Dias de Afastamento | Correlação de Pearson | 1 | ,178** | ,152** |
| | Valor <i>p</i> (2 extremidades) | | 0 | 0 |
| | N | 2.279 | 2.279 | 2.279 |
| Idade | Correlação de Pearson | ,178** | 1 | ,656** |
| | Valor <i>p</i> (2 extremidades) | 0 | | 0 |
| | N | 2.279 | 2.279 | 2.279 |
| Tempo em anos de trabalho na instituição | Correlação de Pearson | ,152** | ,656** | 1 |
| | Valor <i>p</i> (2 extremidades) | 0 | 0 | |
| | N | 2.279 | 2.279 | 2.279 |

FONTE: A autora (2018).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (duas extremidades)

A TABELA 5 apresenta a distribuição dos episódios, frequências absolutas e relativas, segundo os motivos relacionados aos afastamentos por LTS entre os profissionais da equipe de enfermagem, agrupados segundo o grupo.

TABELA 5 - FREQUÊNCIAS DE LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (LTS) ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO CID 10, TIPO DE LTS, EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N= 2.279)

| VARIÁVEL | AGRUPAMENTOS DA CID-10 | N | % |
|---|---|--------------|------------|
| CID 10 | Z - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde | 592 | 26 |
| | M - Doenças do Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo | 288 | 12,6 |
| | J - Doenças do aparelho respiratório | 261 | 11,5 |
| | F - Transtornos mentais e comportamentais | 196 | 8,6 |
| | R - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outras partes | 168 | 7,4 |
| | H - Doenças do olho e anexos; do ouvido e da apófise mastoide | 128 | 5,6 |
| | K - Doenças do aparelho digestivo | 128 | 5,6 |
| | S - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 100 | 4,4 |
| | A - Doenças Infecciosas intestinais | 79 | 3,5 |
| | N - Doenças do aparelho geniturinário | 77 | 3,4 |
| | I - Doenças do aparelho circulatório | 55 | 2,4 |
| | G - Doenças do Sistema Nervoso | 51 | 2,2 |
| | L - Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 48 | 2,1 |
| | C – Neoplasias | 28 | 1,2 |
| | E - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 23 | 1 |
| | D- Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários. | 17 | 0,7 |
| | O - Gravidez, parto e puerpério | 12 | 0,5 |
| | B - Doenças Infecciosas intestinais | 11 | 0,5 |
| | T - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas | 10 | 0,4 |
| | Y - Causas externas de morbidade e de mortalidade | 3 | 0,1 |
| Q - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas | 2 | 0,1 | |
| W – Causas externas de morbidade e de mortalidade | 1 | 0 | |
| | | 1 | 0 |
| TIPO DE LTS | Familiar Dependente | 267 | 11,7 |
| | Familiar Não Dependente | 17 | 0,7 |
| | Servidor | 1.995 | 87,5 |
| Total | | 2.279 | 100 |

FONTE: A autora (2018).

As cinco principais causas, que em conjunto representaram mais da metade (66%) do total destas licenças no Distrito Sanitário, segundo agrupamentos da CID-10, foram: 1) fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (CID-Z) em 592 (26%) LTS; 2) doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID-M) em 288 (12,6%) LTS; 3) doenças do aparelho respiratório (CID-J) em 261 (11,5%) LTS; 4) transtornos mentais e comportamentais (CID-F) em 196 (8,6 %) LTS; e 5) sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outras partes (CID-R), em 168 (7,4%) LTS.

No que se refere ao tipo de afastamento, identificou-se que a maioria das ocorrências foi devido a agravos de saúde do próprio profissional e representaram 1.995 (87,5%) das LTS, como mostra a TABELA 5.

Em relação à análise de homogeneidade de variância entre número de dias de afastamentos e o tipo de LTS (Tabela 5), os testes de Levene (p -valor= 0,000; $<0,05$) e ANOVA (p -valor= 0,000173; $<0,05$) demonstraram haver diferenças estatísticas significativas, em que as médias de afastamentos segundo os tipos de LTS se diferem nos grupos de LTS. E o teste de comparações múltiplas Games-Howell mostrou diferença estatística significativa entre as ocorrências de LTS relativas a agravos de saúde de familiar dependente e LTS relativos aos do próprio servidor (p -valor= 0,0000, $<0,05$) e entre LTS Familiar dependente e Familiar não dependente (p -valor= 0,00613, $<0,05$), e não mostrou diferença estatística entre os LTS do próprio servidor e Familiar não dependente (p -valor= 0,26806, $>0,05$).

A TABELA 6 apresenta a média e desvio padrão das variáveis Tipo de LTS e CID-Z (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde).

TABELA 6 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS VARIÁVEIS TIPO DE LTS E CID-Z ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AFASTADOS POR LTS, EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=2.279)

| | CID- Z | N | % | MÉDIA | DESVIO PADRÃO |
|-------------|-----------------------------|-----|-----|-------|---------------|
| TIPO DE LTS | LTS Familiar Dependente | 267 | 45 | 2,93 | 4,82 |
| | LTS Familiar Não Dependente | 17 | 3 | 8,12 | 5,86 |
| | LTS servidor | 309 | 52 | 3,04 | 7,97 |
| | Total | 593 | 100 | 3,19 | 6,72 |

FONTE: A autora (2018).

A TABELA 6 apresenta as ocorrências por LTS relativas a agravos de saúde do próprio servidor que representaram 52% (309), as relativas aos de familiar não dependente 3% (17) e aos de familiar dependente 45% (267).

Em relação à análise do CID-Z e o tipo de LTS, a análise estatística por meio do teste de homogeneidade de Levene, o valor de significância (p -valor=0,108; > 0,05), e ANOVA a um critério (p -valor= 0,0078; < 0,05) não demonstraram diferenças estatísticas significantes entre a média do número de ocorrência pelo CID-Z e o tipo de LTS entre os grupos de LTS.

A análise estatística de comparações múltiplas mediante *Post-Hoc* do teste de Tukey demonstrou que, em média, o número de ocorrências de LTS Familiar Dependente não difere do LTS do Servidor (p -valor= 0,9790; >0,05).

A TABELA 7 apresenta um condensado da distribuição de LTS entre os profissionais, segundo local de trabalho, considerando Unidades com diferentes modelos assistenciais em que trabalharam. As 08 Unidades Básicas de Saúde ESF contabilizaram 1.477 (64,8%) ocorrências, as outras 04 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais responderam por 802 (35,2%) das ocorrências.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DE LTS ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=2.279)

| UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE | | LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE | |
|---------------------------|-----------|-----------------------------------|------|
| | | N | % |
| ESF | A-A1 ESF | 70 | 3,1 |
| | A-A12 ESF | 129 | 5,7 |
| | A-A7 ESF | 159 | 7 |
| | A-A6 ESF | 201 | 8,8 |
| | A-A10 ESF | 202 | 8,9 |
| | A-A3 ESF | 212 | 9,3 |
| | A-A4 ESF | 216 | 9,5 |
| | A-A9 ESF | 288 | 12,6 |
| UB | A-A8 UB | 141 | 6,2 |
| | A-A11 UB | 169 | 7,4 |
| | A-A5 UB | 240 | 10,5 |
| | A-A2 UB | 252 | 11,1 |
| Total | | 2.279 | 100 |

FONTE: A Autora (2018).

Legenda: ESF (Unidade com Estratégia Saúde da Família), UB (Unidade tradicional)

Por meio da análise estatística dos dados na TABELA 7, verificou-se que o número de ocorrências de afastamentos e a associação com o local de trabalho possui variância e heterogeneidade, mostrando significância estatística. Os resultados de homogeneidade de variâncias mediante Teste de Levene (p -valor=0,000; <0,05), e ANOVA (p -valor=0,000067:<0,05) atestaram esta associação.

As comparações múltiplas envolvendo as variáveis local de trabalho com relação às ocorrências de afastamentos (TABELA 7), mediante o teste *Post-Hoc* de *Games-Howell*, demonstraram resultados estatisticamente significativos em apenas três locais de trabalhos entre A-A5UB (A-A9ESF, p -valor= 0,003;>0,05) e (A-A11UB, p -valor=0,013;<0,05). Os resultados demonstraram que dentre 12 Unidades Básicas de Saúde, 8 com o modelo ESF e 04 tradicionais, houve significância apenas entre duas unidades tradicionais e uma ESF.

Em relação à escolaridade, os profissionais de enfermagem com o ensino médio completo tiveram 1.106 (48,5 %) LTS. Os profissionais com nível superior somaram 1.135 (50 %) LTS e os profissionais com ensino médio incompleto tiveram 38 (1,7 %) LTS (TABELA 8).

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DE LTS SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AFASTADOS EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=2.279)

| NÍVEL DE ESCOLARIDADE | LICENÇAS POR TRATAMENTO DE SAÚDE (LTS) | |
|---|--|------|
| | n | % |
| Ensino Médio Completo | 1.106 | 48,5 |
| Ensino Médio Incompleto | 38 | 1,7 |
| Ensino Superior Completo | 376 | 16,5 |
| Ensino Superior Completo com Pós-Graduação especialização | 748 | 32,8 |
| Ensino Superior Completo com Pós-Graduação Mestrado | 11 | 0,5 |
| Total | 2.279 | 100 |

FONTE: A Autora (2018).

Pela análise estatística dos dados na Tabela 8, verificou-se que o número de ocorrências de afastamentos por LTS e a associação com o grau de escolaridade possui variância e heterogeneidade, mostrando significância estatística. Os resultados de homogeneidade de variâncias mediante Teste de Levene (p -valor=0,000; <0,05), e ANOVA (p -valor=0,000067:<0,05) atestaram esta associação.

As comparações múltiplas envolvendo as variáveis grau de escolaridade com relação às ocorrências de afastamentos, mediante o Teste *Post-Hoc* de *Games-*

Howell, demonstraram resultados estatisticamente significativos em apenas 02 níveis de escolaridade, entre ensino médio completo e ensino superior completo (p -valor=0,00342; $<0,05$).

Ainda em relação à frequência de Licenças de Tratamento de Saúde segundo a escolaridade do profissional afastado, a relação entre a categoria enfermeiro ou técnico de enfermagem e a escolaridade encontra-se descrita na TABELA 11.

A TABELA 9 apresenta a média e desvio padrão das variáveis número de ocorrências de afastamento por LTS e agrupamento segundo CID 10.

TABELA 9 - MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS VARIÁVEIS DIAS DE AFASTAMENTOS POR LTS DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O NÚMERO DE LTS POR AGRUPAMENTOS DO CID 10, EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N= 2.279)

| VARIÁVEL | AGRUPAMENTOS DA CID-10 | LTS n | Média de dias | Desvio Padrão | |
|----------|---|-------|---------------|---------------|---------|
| CID 10 | Z - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde | 592 | 3,14 | ± 6,72 | |
| | M - Doenças do Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo | 288 | 10,04 | ± 17,10 | |
| | J - Doenças do aparelho respiratório | 261 | 2,22 | ± 1,90 | |
| | F - Transtornos mentais e comportamentais | 196 | 7,69 | ± 10,67 | |
| | R - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outras partes | 168 | 2,17 | ± 3,89 | |
| | H - Doenças do olho e anexos; do ouvido e da apófise mastoide | 128 | 3,13 | ± 3,05 | |
| | K - Doenças do aparelho digestivo | 128 | 4,11 | ± 6,08 | |
| | S - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas | 100 | 14,53 | ± 16,90 | |
| | A - Doenças Infecciosas intestinais | 79 | 3,2 | ± 8,227 | |
| | N - Doenças do aparelho geniturinário | 77 | 4,14 | ± 6,87 | |
| | I - Doenças do aparelho circulatório | 55 | 5,09 | ± 8,53 | |
| | G - Doenças do Sistema Nervoso | 51 | 2,17 | ± 4,05 | |
| | L - Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 48 | 1,6 | ± 1,28 | |
| | C - Neoplasias | 28 | 36,61 | ± 26,06 | |
| | E - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 23 | 10,78 | ± 13,27 | |
| | D - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários. | 17 | 20,76 | ± 15,20 | |
| | O - Gravidez, parto e puerpério | 12 | 11,92 | ± 9,46 | |
| | B - Doenças Infecciosas intestinais | 11 | 1,89 | ± 1,25 | |
| | T - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas | 10 | 3,7 | ± 3,30 | |
| | Y - Causas externas de morbidade e de mortalidade | 3 | 1,33 | ± 0,58 | |
| | Q - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas | 2 | 7 | ± 0,00 | |
| | W - Causas externas de morbidade e de mortalidade | 1 | 2 | | |
| | Sem CID | | 1 | | |
| | Total | | 2.279 | 5,47 | ± 10,88 |

FONTE: A autora (2018).

Em média, os profissionais mantiveram-se afastados por um período de 05 dias. Observa-se que as médias de dias de afastamento foram de 36, 20, 14, 11 e 10 dias, respectivamente, nos agrupamentos dos CID-10: C; D; S; O e E. Os demais agrupamentos apresentaram períodos de afastamentos com variação média de 01 a 07 dias.

Considerando os episódios de afastamentos segundo o agrupamento de CID-10 e sua associação com o número de dias de afastamentos, a análise estatística por meio dos testes de homogeneidade de Levene ($p\text{-valor}=0,000; < 0,05$) e ANOVA ($p\text{-valor}= 0,000; < 0,05$) demonstraram diferenças estatísticas significativas nas médias de dias dos motivos que levaram a ocorrência de afastamentos.

A análise estatística de comparações múltiplas por meio do teste não paramétrico de Dunn demonstrou diferença nas médias entre 102 pares de grupos de CID de um total de 171 pares (ANEXO 3).

Na Tabela 10 apresentam-se a média mensal de profissionais lotados nas Unidades Básicas de Saúde, média, mediana e desvio padrão das variáveis, número de servidores e a média de dias de afastamentos segundo local de trabalho.

TABELA 10 – MÉDIA MENSAL DE PROFISSIONAIS LOTADOS POR UMS, MÉDIA, MEDIANA E DESVIO PADRÃO DAS VARIÁVEIS DIAS DE LTS ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, DISTRITO SANITÁRIO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=273)

| UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE | MÉDIA MENSAL DE PROFISSIONAIS LOTADOS NAS UMS | | TOTAL DE PROFISSIONAIS (TEC ENF E ENF) COM LTS (2012-2016) | MÉDIA | MEDIANA | DESVIO PADRÃO |
|---------------------------|---|-------------|--|-------|---------|---------------|
| | TEC. ENFERMAGEM | ENFERMEIROS | | | | |
| A-A3 ESF | 18,37 | 5,98 | 29 | 30,2 | 11 | 36,46 |
| A-A9 ESF | 18,13 | 5,82 | 23 | 83,47 | 32 | 110,08 |
| A-A10 ESF | 17,13 | 4,22 | 23 | 35,95 | 26 | 36,56 |
| A-A6 ESF | 16,67 | 5,42 | 22 | 65,54 | 33 | 78,85 |
| A-A12 ESF | 15,18 | 4,73 | 19 | 25,31 | 16 | 36,151 |
| A-A4 ESF | 14,88 | 4,83 | 22 | 56,4 | 26 | 66,85 |
| A-A7 ESF | 14,48 | 4,63 | 19 | 44,15 | 29 | 52,86 |
| A-A1 ESF | 12,3 | 3,73 | 14 | 33,85 | 10 | 50,82 |
| A-A5 UB | 25,3 | 5,13 | 30 | 27 | 14,5 | 33,38 |
| A-A2 UB | 22,03 | 4,98 | 28 | 50,32 | 26 | 64,92 |
| A-A8 UB | 17,88 | 3,85 | 25 | 28,4 | 11 | 38,44 |
| A-A11 UB | 16,02 | 4,15 | 19 | 76 | 34 | 123,94 |
| Total | 17,37 | 4,79 | 273 | | | |

FONTE: A autora, 2018

O resultado do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para os dados da Tabela 10, evidenciou efeito do grupo de Unidades sobre o número de dias de afastamento (p -valor= 0,013, $<0,05$). A comparação em pares, Unidades Básicas de Saúde, mediante teste não paramétrico de Dunn, apresentou diferenças estatísticas significativas em 05 UMS (03 ESF e 02 UB) ,17 comparações se diferiram de um total de 66 pares.

Os pares apresentaram diferenças estatística significativa entre **A-A1ESF** e, A-A6ESF (p -valor=0,0370); **A-A9ESF** (p -valor=0,0270) e A-A11UB (p -valor= 0,0193); **A-A8UB**e, A-A4ESF (p -valor=0,0417); A-A6ESF (p -valor=0,0218), A-A9ESF (p -valor=0,0417) e A-A11UB (p -valor= 0,0103); **A-A12ESF** e, A-A6ESF (p -valor=0,0342), A-A9ESF (p -valor=0,0240) e A-A11UB (p -valor= 0,0171); **A-A5UB**e,A-A4ESF (p -valor=0,0476); A-A6ESF (p -valor=0,0246), A-A9ESF (p -valor=0,0160) e A-A11UB (p -valor= 0,0114); **A-A3ESF** e, A-A6ESF (p -valor=0,0277), A-A9ESF (p -valor=0,0183) e A-A11UB (p -valor= 0,0130).

Na TABELA 11 apresentam-se a distribuição de frequências absoluta e relativa de LTS de enfermeiros e técnicos de enfermagem segundo grau de escolaridade. Dentre o total das ocorrências de afastamentos por LTS entre técnicos de enfermagem (1.548), 193 (12,5 %) foram daqueles que possuem nível superior. Para a categoria de enfermeiros, do total das ocorrências de afastamentos por LTS (731), 537 (73,5%) foram dos profissionais que possuem Pós-Graduação Especialização e 11(1,5%) delas foram dos profissionais que possuíam Pós-Graduação Mestrado (TABELA 11).

Para verificar a associação entre as variáveis escolaridade real e cargo do servidor, foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson (p -valor=0,0000), cujo resultado apresentou significância quanto aos níveis de escolaridade.

Por fim obteve-se as taxas referentes ao absenteísmo-doença, que é a variável resposta ou desfecho para esta pesquisa (TABELA 12). As taxas que correspondem à cada Unidade Municipal de Saúde são apresentadas na Tabela 12. As taxas foram calculadas por meio da razão entre o total de dias de afastamentos por LTS no período de 2012 a 2016, e o número total de dias trabalhados no mesmo período (dias úteis), não considerando férias e feriados, multiplicada por 1000.

Os valores das taxas de absenteísmo apresentados nas TABELAS 12 e 13 descrevem cálculos realizados e multiplicados por 1.000. A justificativa se deve pelo próprio cálculo estatístico; pois em estatística, quando se tem um evento raro – e

nestas ocorrências de LTS apresenta-se um número muito pequeno de faltas em relação ao total de dias – o mais adequado é transformar este dado em uma taxa, que neste caso multiplica-se por 1000 ou 10.000.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS ABSOLUTA E RELATIVA DE LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO NÍVEL DE ESCOLARIDADE DISTRITO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016 (N=2.279)

| NÍVEL DE ESCOLARIDADE | | LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (LTS) | | |
|------------------------------|---|---|-----------------------|--------|
| | | Enfermeiro | Técnico de Enfermagem | Total |
| Ensino médio completo | n | 0 ^a | 1106 ^b | 1106 |
| | % | 0,0% | 71,4% | 48,5% |
| Ensino médio incompleto | n | 0 ^a | 38 ^b | 38 |
| | % | 0,0% | 2,5% | 1,7% |
| Ensino superior completo | n | 183 ^a | 193 ^b | 376 |
| | % | 25,0% | 12,5% | 16,5% |
| Pós-graduação Especialização | n | 537 ^a | 211 ^b | 748 |
| | % | 73,5% | 13,6% | 32,8% |
| Pós-graduação Mestrado | n | 11 ^a | 0 ^b | 11 |
| | % | 1,5% | 0,0% | 0,5% |
| TOTAL | n | 731 | 1.548 | 2.279 |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

FONTE: A autora (2018).

O valor do absenteísmo-doença geral no Distrito Sanitário estudado foi de 4,20%. Na categoria de enfermeiros foi de 4,32% e na categoria de Técnicos de enfermagem foi de 4,16%. Na comparação entre as UMS, ambas categorias, enfermeiros e técnicos de enfermagem, obtiveram as maiores taxas em Unidades Básicas de Saúde com o modelo da ESF, enfermeiros (9,25%) e Técnicos de enfermagem (8,27%).

TABELA 12 - TAXA DE ABSENTEÍSMO-DOENÇA ENTRE ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE UM DISTRITO DE CURITIBA-PR, 2012 A 2016

| UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE | TAXA DE ABSENTEÍSMO-DOENÇA | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------|-------|
| | Enfermeiros | Técnicos de enfermagem | Total |
| A-A1 ESF | 2,99 | 2,31 | 2,47 |
| A-A3 ESF | 3,87 | 2,9 | 3,14 |
| A-A4 ESF | 9,25 | 4,44 | 5,62 |
| A-A6 ESF | 2,94 | 6,39 | 5,54 |
| A-A7 ESF | 3,57 | 4,03 | 3,92 |
| A-A9 ESF | 5,12 | 8,27 | 7,51 |
| A-A10 ESF | 5,77 | 3,03 | 3,57 |
| A-A12 ESF | 2,55 | 2 | 2,13 |
| A-A2 UB | 5,03 | 4,61 | 4,69 |
| A-A5 UB | 2,25 | 2,57 | 2,51 |
| A-A8 UB | 4,11 | 2,71 | 2,96 |
| A-A11 UB | 4,35 | 6,71 | 6,23 |
| TOTAL | 4,32 | 4,16 | 4,2 |

FONTE: A autora (2018).

5 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa foi analisado o fenômeno do absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde que compõem um Distrito Sanitário da Região Macro Norte de Curitiba, a Capital do Paraná. Este capítulo trata da discussão dos resultados, iniciando com a apresentação desta na seguinte sequência das variáveis: sexo; idade; local de trabalho (UMS ESF e UMS Tradicional) e fatores de risco desencadeantes do absenteísmo; categoria profissional, tipo de Licença para Tratamento de Saúde; causas do absenteísmo segundo CID-10; tempo de duração dos afastamentos por LTS; tempo em anos de trabalho no serviço público; grau de escolaridade; situação conjugal. E por fim, as taxas de absenteísmo-doença.

5.1 SEXO

Os resultados mostram que do total das 2.279 Licenças para Tratamento de Saúde (LTS) que ocorreram entre 2012 e 2016, 2.115 (92,8%) corresponderam a profissionais do sexo feminino. O predomínio feminino coincide com resultados evidenciados em outros estudos nacionais e internacionais referentes ao absenteísmo-doença entre profissionais da enfermagem (PINHEIRO, 2012; CARUGNO et al., 2012; FURLAN; STANCATO, 2013; TRINDADE et al., 2014; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; PERRY et al., 2015; COELHO et al., 2016; JORDÃO, 2017; LEÃO, 2018). Embora as mulheres tenham respondido pela maioria dos afastamentos não houve diferença estatística significativa na associação entre o sexo e o número de LTS.

A inexistência de associação entre a variável sexo e absenteísmo-doença também foi demonstrada em estudo realizado em um hospital universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), ao analisar a quantidade e causas de afastamentos por doença dos profissionais da enfermagem e a relação com a taxa de ocupação (SANCINETTI et al., 2009). Outro estudo também não evidenciou associação entre as mesmas variáveis, ao avaliar a associação do absenteísmo-doença com o perfil sociodemográfico de profissionais da enfermagem de um hospital universitário público de alta complexidade de São Paulo e a relação destes com o trabalho da enfermagem (BARGAS; MONTEIRO, 2014).

Todavia, estudo contrapõe aos resultados demonstrados nesta pesquisa e nos estudos similares apresentados. Na análise de fatores associados ao absenteísmo-doença autorreferidos entre trabalhadores da enfermagem, foi demonstrada a associação estatística significativa entre a variável sexo e absenteísmo-doença, o qual apresentou-se mais elevado em profissionais do sexo feminino (FERREIRA et al., 2012).

A feminização na enfermagem pode ser constatada nos resultados do estudo Perfil da Enfermagem no Brasil, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Trata-se de um estudo único e abrangente realizado na América Latina, englobando 1,6 milhões de profissionais brasileiros. Ainda que outros estudos evidenciam a prevalência de profissionais do sexo feminino na profissão de enfermagem, e que o estudo do Perfil da Enfermagem no Brasil corroborou tal prevalência, este apontou para um novo cenário com a perspectiva de uma crescente ascendência no número de profissionais masculinos na profissão da enfermagem (FIOCRUZ; COFEN, 2015).

Outro aspecto a ser apontado é o crescimento feminino no mercado de trabalho, evidenciado e relacionado ao seu nível de escolarização conforme destaca a pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), indicando a superioridade das mulheres em relação aos homens na comparação quanto aos anos de estudos (IPEA, [2016?]). Ao mesmo tempo em que as mulheres ganharam espaço no mercado de trabalho, o acúmulo de suas funções assumiu a mesma proporção devido ao notório acréscimo de suas atribuições como cuidadora do lar, da família, bem como das responsabilidades com seu trabalho (SALIMENA et al., 2016).

Considerando ainda este aspecto, um estudo foi realizado em 2016 em diferentes regiões da Croácia, com 103 casais, com o objetivo de verificar a significância entre relações de trabalho e papéis familiares e a conexão entre a significância do papel e a interferência de diferentes tipos de papéis entre homens e mulheres trabalhadoras. Os autores concluíram que embora os papéis de maior significância fossem os relacionados à família em ambos os sexos, os homens se destacaram nos comportamentos dedicados ao trabalho, enquanto as mulheres obtiveram maior significância para o papel parental, explicando as características do sexo feminino, como mães e esposas amorosas e dedicadas. O estudo demonstrou ainda, que as mulheres investiam tanto tempo no papel de trabalhadora quanto investiam nos papéis relacionados à família (KNEŽEVIĆ; GREGOV; SIMUNIC, 2016).

Em outro estudo realizado em 2005, em 31 países da Europa, por meio da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Condições de trabalho (Eurofound), o objetivo foi explorar as associações entre um grande conjunto de fatores psicossociais do trabalho, a partir de conceitos bem conhecidos e emergentes, sobre absenteísmo-doença na Europa. Os resultados demonstraram que a taxa de absenteísmo de pelo menos um dia, foi significativamente maior entre mulheres (25,7 %) do que entre homens (22,2%) (NIEDHAMMER et al., 2012).

5.2 IDADE

Verificou-se nesta pesquisa que a média de idade de 44 anos entre os profissionais da equipe de enfermagem que se afastaram por LTS se situa dentro da faixa etária identificada em estudos com a mesma população, variando em média entre 30 e 60 anos (CARUGNO et al., 2012, FURLAN; STANCATO, 2013; ABREU; GONÇALVES, SIMÕES, 2014; BARGAS; MONTEIRO, 2014; MANTOVANI et al., 2015).

Todavia, nesta pesquisa evidenciou-se não haver influência estatística da variável idade no número de LTS, fato que corrobora com os resultados de outros estudos sobre absenteísmo-doença de profissionais de enfermagem realizados no Brasil (SANCINETTI et al., 2009; TRINDADE et al., 2014; CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015). As evidências estatísticas quanto a não associação no absenteísmo-doença mostrou-se contrária em estudos com população similares que indicaram influência da idade no absenteísmo-doença (FERREIRA et al., 2012; BARGAS; MONTEIRO, 2014).

5.3 LOCAL DE TRABALHO E FATORES DE RISCO DESENCADEANTES DO ABSENTEÍSMO

Observou-se similaridade entre o número de LTS em UBS com Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas Tradicionais, de tal maneira que o modelo assistencial da UMS não apresentou associação estatisticamente significativa sobre o número de ocorrências de LTS.

No que tange ao contexto laboral da enfermagem, em seu marco inicial esteve restrita à prática profissional em hospitais e clínicas, embora tenha evoluído e

ampliado seus espaços de trabalho ao longo de sua história, ao expandir a profissão tanto no âmbito da assistência, gerência, educação e pesquisa. Ainda assim, apresenta escassez de pesquisas em determinadas áreas. Nas pesquisas nacionais sobre absenteísmo na enfermagem destacam-se, em número, as realizadas em âmbito hospitalar e há poucos estudos na Atenção Primária (APS) (MARTINATO et al., 2010). Apesar de poucos referenciais na APS para comparação na literatura, é consenso nas pesquisas apontarem para os fatores desencadeantes de afastamentos por distúrbios musculares, associados a esforços físicos contínuos, relacionados à organização do trabalho, fatores ambientais e ergonômicos inadequados (MAGNAGO et al., 2007; LELIS et al., 2012; GOPAL et al., 2012).

Neste âmbito, os fatores de riscos desencadeantes que favorecem os afastamentos pelo CID-M (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo) relacionados à organização do trabalho estão associados ao intenso ritmo do trabalho, à ausência de tomada de decisão, fragmentação de tarefas, a relações com outros membros da equipe e chefias, à rotatividade de setores e relações autoritárias de gerenciamento, e ainda, aos fatores biodinâmicos como recursos materiais inadequados e recorrência de movimentos corporais com vícios (ABREU; SIMÕES, 2009).

Os resultados nesta pesquisa corroboram com os evidenciados pelos estudos apresentados, uma vez que as equipes de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde vivenciam atuações laborais semelhantes em relação ao ambiente, e que podem provocar o afastamento pelo CID-M. Um exemplo deste trabalho repetitivo é o uso do computador, ferramenta indispensável aos registros de todos os atendimentos realizados pela equipe de enfermagem, e que viabiliza o registro dos atendimentos e procedimentos no prontuário eletrônico em 100% das Unidades Básicas de Saúde na Rede municipal de saúde de Curitiba.

Em relação às partes do corpo em que mais ocorrem problemas osteomusculares, um estudo realizado com enfermeiros da Estônia evidenciou alta taxa (84%) de dor relatada em pelo menos um (1) dia no período de um (1) ano, e 69 % deles relataram dor no último mês do período de estudo (FREIMANN et al., 2013). A análise realizada com enfermeiros da Malásia apresentou taxas menores, uma vez que 73,1% dos profissionais relataram sintomas de desconforto e dor em pelo menos uma região do corpo (AMIN et al., 2014). Estudos demonstraram que dentre as regiões do corpo, a do pescoço, ombros e região superior das costas se apresentaram com

maior incidência de dor e desconforto (FREIMANN et al., 2013; AMIN et al., 2014, 2018; FERREIRA DA SILVA et al., 2017).

Embora nesta pesquisa não foram coletados dados sobre as partes específicas do corpo afetadas, na literatura recomenda-se a investigação dos fatores de riscos apontados e a prevalência do CID-M como causa de afastamentos do trabalho pela equipe de enfermagem. Em estudo realizado com o objetivo de quantificar as variações internacionais do absenteísmo decorrente de doenças musculoesqueléticas entre 47 grupos ocupacionais em 18 países, o grupo de enfermeiros se destacou com as maiores taxas de ausências no trabalho em relação aos demais grupos ocupacionais (COGGON et al., 2013).

Não diferentes das causas de afastamento decorrentes de problemas osteomusculares, as doenças do aparelho respiratório (CID-J) apresentam situação análoga na literatura. Os achados nesta pesquisa certificam os resultados apontados pelos estudos de Costa, Vieira e Sena (2009), que identificaram as doenças do aparelho respiratório como a segunda causa de afastamento entre os profissionais da equipe de enfermagem.

A constatação da prevalência das doenças respiratórias como causas de afastamento da equipe de enfermagem foi demonstrada em estudo de revisão integrativa sobre absenteísmo, que condensou estudos que englobaram a rede hospitalar, num período de 10 anos. Os achados demonstraram as doenças respiratórias na segunda posição dentre as demais causas evidenciadas, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde (CID-10) (COSTA et al., 2014).

Em outro estudo, realizado em hospital da rede pública de um município do sudoeste da Bahia, as doenças respiratórias representaram 15,8% do total das causas de afastamento entre enfermeiros (VARGES; BARBOSA, 2017). E no estudo realizado a fim de colher informações sobre os agravos à saúde dos trabalhadores inseridos em ambiente hospitalar, por meio de indicadores, os autores verificaram a análise do indicador número de notificações por grupamento CID x número total de notificações, e encontraram as doenças do aparelho respiratório com prevalência de 19,62% do total dos registros de afastamentos (SANTANA et al., 2016).

Ainda com relação às doenças respiratórias, independente do serviço de saúde onde estejam atuando, seja atenção primária, secundária ou terciária, os trabalhadores de enfermagem estão expostos a riscos químicos, biológicos,

mecânicos fisiológicos e psíquicos. De forma semelhante ao ambiente hospitalar, nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que os riscos se encontram presentes no cotidiano laboral da equipe de enfermagem. Ainda que os agentes causadores de adoecimento possam não ter relação direta ao ambiente, podem estar associados à própria característica do trabalho, como é o caso das doenças respiratórias como a gripe e pneumonias, que geram o afastamento dos profissionais (SANTOS; MAMEDE; PAULA, 2014; MARTINATO et al., 2010). Entre os problemas que respondem pelos afastamentos no subgrupo das doenças respiratórias se associam as sinusites, amigdalites e faringites (MININEL et al., 2013).

Nesta pesquisa, a terceira causa dos afastamentos por LTS foram os transtornos mentais e comportamentais (CID-F), e este resultado corrobora o apontamento realizado pela Organização Internacional do Trabalho sobre o aumento dos transtornos mentais no rol das doenças ocupacionais (OIT, 2013).

Os distúrbios neste agrupamento são observados sob o ponto de vista das condições geradoras e as manifestações no trabalho (UMANN; GUIDO; FREITAS, 2011). Entretanto, associar o desenvolvimento destas doenças com o trabalho nem sempre é simples, pois o estilo de vida do indivíduo pode favorecer o processo de adoecer (MININEL et al., 2013). Por outro lado, os autores revelaram as cargas psíquicas como principais fatores desencadeantes de problemas relacionados aos afastamentos.

Em estudo realizado com enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde com modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), ao demonstrar os fatores de riscos ocupacionais na atenção primária, os fatores de risco biopsicossocial foram elencados entre outros riscos, a saber: biológico, mecânico, ergonômico, acidente de trajeto e físico (NUNES et al., 2010b). Os resultados apontaram o estresse como principal fator biopsicossocial, motivado por situações de violência, área de risco, conflitos sociais, a presença de narcotráfico na área de abrangência, demandas sociais da população e sobrecarga de trabalho.

No Rio de Janeiro, em estudo desenvolvido em cenário semelhante, com foco no estresse laboral dos trabalhadores das equipes de enfermagem, foram ressaltados os riscos de distúrbios psicológicos e de doenças físicas. Os achados evidenciaram alta porcentagem de profissionais com baixo controle emocional face à alta demanda de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde com ESF (VELASCO, 2014).

Os fatores desencadeantes de ansiedade foram apontados em estudo desenvolvido com técnicos de enfermagem membros das equipes que compõem a Estratégia Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde de um Distrito de Saúde no Município de João Pessoa-PB. Os fatores prevalentes apontados foram a baixa remuneração, sobrecarga de trabalho, desvalorização profissional, estrutura física da unidade comprometida, demanda excessiva, excesso de burocracia, entre outros (FERNANDES et al., 2018).

A fim de realizar levantamento dos motivos dos afastamentos dos trabalhadores da equipe de enfermagem de um ambulatório, estudo apontou os distúrbios psiquiátricos como a segunda causa de afastamento profissional (GALINDO et al., 2017). E em um hospital de ensino do Sul do Brasil, foi realizado um estudo com o objetivo de descrever o perfil de adoecimento por distúrbios psiquiátricos entre trabalhadores de saúde. Os autores evidenciaram a prevalência de episódios depressivos, transtornos de ansiedade, estresse, transtornos do humor, transtorno bipolar, transtorno hipercinético, episódio maníaco e a insônia não orgânica (SANTANA et al., 2016).

Um estudo desenvolvido em um hospital de Curitiba, com o objetivo de analisar a incidência e o tempo dos afastamentos ligados especificamente às causas psicológicas, segundo a CID-10 entre F30 e F45, demonstrou prevalência dos episódios depressivos, seguidas pelo transtorno afetivo bipolar e transtorno depressivo recorrente entre profissionais de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2013). Os autores não evidenciaram diferenças estatísticas entre as categorias profissionais relacionadas às causas, e destacaram números expressivos de episódios depressivos superiores à prevalência geral da população.

Os sintomas de estresse, depressão e ansiedade, de modo geral, associam-se a condições de saúde ruins, incluindo imunossupressão, doenças respiratórias como gripe, e problemas gastrointestinais (AMIN et al., 2018). Autores afirmam que a ocorrência de sintomas de estresse, físicos e psicológicos, entre trabalhadores das equipes de saúde da família, apareceram associados à tensão muscular, insônia e sensação de desgaste físico constante (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

Consoante aos fatores psíquicos já indicados, porém em hospital psiquiátrico, em estudo realizado com profissionais enfermeiros, o autor identificou riscos psicossociais entre os outros riscos a que estão expostos. Entre os riscos

psicossociais identificou o estresse como responsável pelos problemas de saúde (SCOZZAFAVE, 2015).

Em estudo realizado em um Hospital Universitário no Município de Goiânia, no período de 2008 a outubro de 2012, os resultados apontaram como causas de absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem as doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo e os transtornos mentais e comportamentais. Apresentaram-se entre as principais subcategorias as dorsalgias, lesões por esforços repetitivos (LER), depressão, transtorno bipolar e estresse (MARQUES et al., 2015).

Ainda em relação aos transtornos mentais e comportamentais, os números de afastamentos de profissionais de enfermagem por estas causas se destacaram no estudo desenvolvido em um hospital escola no Rio de Janeiro, que apontou prevalência de 17,26% das ocorrências por transtornos mentais e comportamentais, sendo que os episódios depressivos configuraram a maioria deles (CARVALHO et al., 2010).

Em São Paulo, o estudo desenvolvido em um Pronto Atendimento de um Hospital Universitário (HU) demonstrou prevalência de 13% nos afastamentos de curta duração, já a prevalência nos afastamentos de longa duração (superiores a 15 dias) devido a causas relacionadas a transtornos mentais e comportamentais foi seis vezes maior (78,9%) que os afastamentos de curta duração (FAKIH; TANAKA; CARMAGNANI, 2012).

Em relação à exposição a cargas de trabalho e a sua ligação aos problemas de saúde de profissionais da enfermagem, estudo de revisão integrativa apontou que entre as demais cargas analisadas, as cargas psíquicas representaram 18,9% (CARVALHO et al., 2017). Há que se refletir neste contexto sobre as características de trabalho na enfermagem, em que ocorrem duplas jornadas e turnos prolongados que constituem fontes de risco, tornando maior a chance de adoecimento e acidentes ligados à fadiga física e mental (NUNES et al., 2010a).

Entre os riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro, autores referem a sobrecarga de trabalho e funções (SCOZZAFAVE, 2015). Estudos apontam o duplo vínculo como um dos fatores associados à sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, ao absenteísmo (FERREIRA et al., 2012; FURLAN; STANCATO, 2013). Pode-se deduzir que os períodos de repousos, intervalo e lazer são fundamentais à recuperação dos desgastes físico e mental decorrentes de cargas de trabalho excessivas.

Nesta pesquisa não se abordou a variável quantidade de vínculos empregatícios dos profissionais, muito embora se espera vínculo único na realidade das Unidades Básicas de Saúde com ESF. Essa hipótese se deve pelo valor de gratificação diferenciado pago pelo município e que gera acréscimo significativo nos salários de todos os profissionais que atuam na ESF.

Outro fator a ser considerado neste contexto diz respeito à carga horária de 30 hs semanais de trabalho dos profissionais da enfermagem definida por legislação própria do município em relação à carga horária. Todavia, a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017) orienta que todos os profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde com ESF devem realizar carga horária equivalente a 40 horas semanais. Esta diferença entre a carga horária de trabalho regulamentada pelo município e o que a PNAB orienta é outro adicional pago aos profissionais como horas excedentes, sendo estes fatores econômicos diferenciais para que o profissional de enfermagem tenha um único vínculo trabalhista.

Diante deste contexto, e da ausência do número de vínculos empregatícios na base de dados fornecida para esta pesquisa não se viabilizou esta discussão, até mesmo pelas condições econômicas expostas, motivo pelo qual se espera uma pequena ou nenhuma porcentagem de profissionais que atuam nas UBS com ESF com mais de um vínculo empregatício.

Os achados na literatura convergem com os resultados e com as características do território em que se desenvolveu esta pesquisa, embora a análise do absenteísmo-doença na equipe de enfermagem tenha considerado ambos os modelos de atenção (tradicional e ESF) nas Unidades Básicas de Saúde. De tal maneira, a análise considerada parte da premissa que as tarefas e os riscos laborais são semelhantes em ambos os modelos. Segundo Nunes (2009), os riscos psicossociais relacionam-se a tensões da vida, e no meio destas encontra-se o trabalho. Em seu estudo sobre riscos ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na atenção básica afirmou que o estresse é proveniente de sobrecarga de trabalho e da característica do ambiente de trabalho ser estressante.

A literatura ratifica os dados demonstrados neste estudo, e neste sentido, atentar como o organismo responde a essas apreensões geradoras de distúrbios emocionais e princípio de adoecimentos expressos de formas distintas pode contribuir para mudanças efetivas na promoção e segurança dos profissionais. As respostas frente a fontes geradoras serão diferentes em cada profissional, dependendo da

capacidade emocional interna e do ambiente laboral. Para tanto, avaliar e monitorar os indicadores de gestão, como o absenteísmo e as causas prevalentes, constituem-se decisões necessárias para trabalhar e desenvolver ações de prevenção, e evitar que o afastamento possa ser utilizado como um dos recursos de fuga para o profissional (NGUYEN; GROTH; JOHNSON, 2013; SCHMIDT; DIESTEL, 2014).

5.4 CATEGORIA PROFISSIONAL

Das 2.279 ocorrências de Licença para Tratamento de Saúde, evidenciaram-se 67% (1.548) relativas a técnicos de enfermagem e 32,1% (731) a enfermeiros. Estes dados estão em consonância com outros estudos que apontam maior frequência de afastamentos entre profissionais de nível médio (BECKER; OLIVEIRA, 2008; CARVALHO et al., 2010; COSTA et al., 2014; TRINDADE et al., 2014; BREY et al., 2017).

Nesta pesquisa, a categoria profissional apresentou significância estatística sobre o número de LTS. Da mesma forma, estudos mostram relação positiva entre a categoria profissional e o absenteísmo (ABREU; SIMÕES, 2009; COSTA; VEIRA; SENA, 2009; SANCINETTI et al., 2009; FERREIRA et al., 2012; LUCCA; RODRIGUES, 2015; BARGAS; MONTEIRO, 2014).

A literatura tem demonstrado maior frequência de afastamentos por motivo de doença entre profissionais de nível médio. Atribui-se a tal fato o contato direto destes profissionais na assistência a indivíduos e comunidade. Nesta perspectiva, autores demonstraram que profissionais que realizam atendimento direto ao público, em especial os da área da saúde, percebem-se mais suscetíveis a doenças relacionadas aos fatores de riscos psicossociais. Tais fatores são decorrentes de altas demandas e pressões psicológicas, baixo suporte social e controle sobre o trabalho (MARQUES et al., 2015).

E em relação à frequência de afastamentos por motivo de doença se mostrar menor entre profissionais de nível superior, esta evidência pode estar associada à responsabilidades e exigências que possuem em relação à equipe (TRINDADE et al., 2014), pois de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, compete a eles a organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas organizações prestadoras desses serviços (BRASIL, 1986).

Nesta perspectiva, Trindade et al. (2014) associam que devido à atribuição destes profissionais, muitas vezes se distanciam do cuidado direto, diminuindo assim alguns riscos. Outro fator que pode se relacionar a este quadro, é a resiliência dos profissionais de nível superior ao apresentarem habilidade de controle emocional maior às pressões impostas pelas atividades laborais. E entre os demais problemas de saúde que podem ser minimizados encontram-se o estresse e a Síndrome de Burnout e demais problemas de saúde (DELGADO et al., 2017).

5.5 TIPO DE LTS

No que se refere ao tipo de LTS, nesta pesquisa os afastamentos do próprio servidor (LTSS) representaram 87% (1.995) do total das ocorrências, a licença para tratamento de saúde de familiar dependente (LTSFD) representou 12% e as LTS de familiar não dependente (LTSFND), 1%. Verificou-se que a maioria dos afastamentos foram por situações decorrentes de problemas clínicos do próprio servidor. Os testes demonstraram significância estatística entre LTS do próprio servidor (LTS) e LTS de familiar dependente (LTSFD).

A respeito de LTS para acompanhamento de familiar dependente, destaca-se que, 100% das 267 ocorrências estão associadas ao agrupamento Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (CID-Z). Este agrupamento do CID-10 correspondeu a 26% das causas de afastamento por LTS entre 2012 e 2016 entre profissionais de enfermagem.

Nesta lógica, ao se analisar o tipo de LTS, associado ao CID-Z, e a significância estatística existente especificamente entre os dois tipos de LTS (LTSS e LTSFD) com este grupamento Z, o resultado desta associação infere que o absenteísmo neste grupamento não se relaciona ao absenteísmo-doença do servidor. Este resultado corrobora com o que a literatura tem apontado em relação a amplitude deste agrupamento como causa de absenteísmo, e por esta razão não o relaciona à doença base profissional (ABREU; SIMÕES, 2009; CARVALHO, 2010). Embora os dois tipos de LTS (do próprio servidor e de familiar dependente) tenham apresentado nível de significância entre si, foi comprovada a inexistência de significância do LTS para acompanhamento de familiar dependente sobre o absenteísmo-doença. Desta maneira o número de ocorrências de afastamento no CID-Z, embora tenha

representado mais de 20% do total das ocorrências por LTS, não se refere especificamente ao absenteísmo-doença do servidor.

5.6 CAUSAS DE ABSENTEÍSMO-DOENÇA SEGUNDO O CID-10

Cinco causas de afastamentos por absenteísmo-doença entre profissionais da equipe de enfermagem no Distrito Sanitário destacaram-se por representarem dois terços (66%) do total das Licenças para Tratamento de Saúde (LTS). Foram identificadas de acordo com agrupamentos da Classificação Internacional da Doenças (CID-10), a saber: 1^{a.}) fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (CID-Z) em 592 (26%) ocorrências; 2^{a.}) doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID-M) em 288 (12,6%) ocorrências; 3^{a.}) doenças do aparelho respiratório (CID-J) em 261 (11,5%) ocorrências; 4^{a.}) transtornos mentais e comportamentais (CID-F) em 196 (8,6%) ocorrências; e 5^{a.}) sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outras partes (CID-R), em 168 (7,4%) ocorrências. Quando analisada a associação dos agrupamentos do CID-10 com o número de LTS, constatou-se que houve associação estatística significativa para vários deles, de modo que os afastamentos se associaram a problemas decorrentes de situações clínicas.

Quanto à associação do agrupamento CID-Z e o número de ocorrências de LTS, 48% (284) dos afastamentos associaram-se à LTS devido à acompanhamento de familiar dependente e não dependente do profissional afastado; e 52% (309) à LTS do próprio profissional. Os resultados demonstram que os afastamentos para acompanhar familiares não apresentaram significância estatística quando comparados aos afastamentos do próprio servidor, neste caso considerado como absenteísmo-doença. Observou-se também, que embora o CID-Z tenha se apresentado com maior frequência entre as causas de afastamento, no cruzamento entre as variáveis agrupamento CID-Z e número de ocorrências por LTS, esta significância não apresentou relevância estatística.

Tais resultados convergem com os encontrados em estudos em que foi identificado que as causas de afastamento pelo CID-Z se associaram a acompanhamentos de familiares (ABREU; SIMÕES, 2009; CARVALHO et al., 2010); ou não representaram presença de doença, trauma ou causa externa (LEÃO et al., 2015). Os autores Abreu e Simões (2009) e Leão et al. (2015) afirmam que por ser

um agrupamento amplo da CID 10, no CID- Z incluem-se várias causas e muitas vezes sem relação com uma única e específica doença de base, o que justifica que o CID-Z não se relaciona com doença profissional.

Entre os afastamentos por LTS decorrentes de causas específicas e associados à doença de base, predominaram os associados a Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido Conjuntivo – CID-M (12,6%); a Doenças do Aparelho Respiratório – CID-J (11,5%) e aos Transtornos Mentais e Comportamentais – CID-F (8,6 %). Tais resultados dessa pesquisa correspondem aos achados da revisão integrativa de Martinato et al. (2010), em que apontam como principais causas de afastamentos do trabalho entre os profissionais da enfermagem os problemas decorrentes de agravos de saúde mental, osteomusculares e doenças do aparelho respiratório. Da mesma forma, Jordão (2017) descreve como principais causas de afastamento entre profissionais de enfermagem na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, Doenças do Aparelho Respiratório e Transtornos Mentais em ambientes de trabalhos semelhantes.

Em demais cenários, como as instituições hospitalares, essas doenças também se apresentam como prevalentes entre as causas de afastamentos de profissionais de enfermagem. Em estudo realizado em um Hospital Universitário na Região Centro-Oeste do Brasil, as prevalências das causas notificadas se assemelham com os retratados nesta pesquisa, a saber: doenças do Sistema Osteomuscular (21%), seguida pelos transtornos mentais (15,3%) e problemas respiratórios (13,9%) (MININEL et al., 2013).

Embora nesta pesquisa os percentuais encontrados das principais causas de afastamentos por LTS foram inferiores aos encontrados em outros estudos, tais resultados requerem observação e análise detalhadas pelos Serviços de Saúde Ocupacional e Unidades Municipais de Saúde investigadas.

5.7 TEMPO DE DURAÇÃO DOS AFASTAMENTOS POR LTS

Em média, os profissionais permaneceram afastados 05 dias, com um mínimo de 01 dia e o máximo de 37 dias, considerando o total dos afastamentos da equipe de enfermagem no período entre 2012 e 2016. Considerando-se a distribuição do número de dias de afastamento por agrupamento do CID-10, entre os afastamentos superiores

a 03 dias destacam-se: as neoplasias com até 37 dias; doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários com até 21 dias; e lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas com até 14 dias; gravidez, parto e puerpério com até 12 dias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas com até 11 dias; e doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo com até 10 dias; média de 8 dias para transtornos mentais e comportamentais; 5 dias a doenças do aparelho circulatório; 4 dias de LTS correspondeu a doenças do aparelho digestivo e do aparelho geniturinário;

Entre as causas (segundo agrupamento da CID-10), responsáveis pelos afastamentos profissionais igual e inferiores a 03 dias, corresponderam a uma média de 2 dias de afastamento as LTS referentes a doenças de pele e do tecido conjuntivo subcutâneo; doenças infecciosas intestinais; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outras partes; doenças do sistema nervoso e doenças do aparelho respiratório. A média de 3 dias foi encontrada em LTS relativas a doenças do olho e anexos; do ouvido e da apófise mastoide; fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde e doenças infecciosas intestinais; Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas.

Comparando os principais grupos que apresentaram maior número de ocorrências nesta pesquisa (CID Z, M, J, F, R) em relação ao número de dias, o conjunto desses cinco agrupamentos de CID-10 somaram 1.506 ocorrências, e corresponderam a uma média de 25 dias de ausências. Logo, não foram os que representaram o maior tempo de afastamento.

Quanto à duração dos afastamentos, entre as categorias profissionais a maior média de número de dias de afastamentos ocorreu na categoria de técnicos de enfermagem (6 dias de ausências). Os enfermeiros em média permaneceram afastados 04 dias. Tal resultado difere dos evidenciados por outros autores ao apontarem o grupo de enfermeiros como responsáveis pelos afastamentos de maior duração (MAGALHÃES et al., 2011).

Em relação ao sexo, quando comparado à média do número de dias ausentes, apesar de o número de profissionais do sexo feminino apresentar-se superior em relação ao do sexo masculino, a média de dias de afastamento se manteve semelhante em ambos os sexos, embora autores encontraram proporção maior de LTS nas mulheres em relação aos homens (GEHRING-JUNIOR, 2007).

Em relação ao grupo de doenças que mantiveram os profissionais afastados por LTS, um estudo desenvolvido com trabalhadores da enfermagem analisou a quantidade e as causas de afastamentos por doenças dos profissionais de enfermagem e sua relação com a taxa de ocupação das unidades de internação de um hospital de ensino. Os resultados evidenciaram que os grupos de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e os transtornos mentais foram responsáveis pela maior quantidade de dias de ausências no trabalho (SANCINETTI et al., 2009). Outro estudo também em hospital relacionou as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, e os transtornos mentais como responsáveis pelo maior número de dias de afastamentos, entre outras doenças (PRESTES, 2017).

No que tange aos afastamentos por motivos de doença, há que se considerar que para cada um dos agravos à saúde descrito em cada agrupamento da CID-10 há o tempo necessário para o reestabelecimento físico e mental do profissional. Autores apontam para essas diferenças devido às especificidades no período de recuperação e, este tempo tem que ser considerado para a melhora da condição de saúde, independente da visão organizacional (GALINDO et al., 2017).

5.8 TEMPO EM ANOS DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO

A média de tempo em anos de trabalho dos servidores na Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC) foi de 13 anos. Não se evidenciou significância estatística entre esta variável e o número de ocorrências por LTS. Em estudo realizado sobre os fatores associados ao absenteísmo de trabalhadores de um hospital público municipal no interior do estado de São Paulo, a variável tempo de serviço também não teve significância para o absenteísmo-doença (PAULA, 2011).

No que diz respeito ao tempo de trabalho, o estudo desenvolvido na rede básica de saúde do município de Campinas analisou o índice de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem de 16 Unidades Básicas de Saúde. Os autores identificaram que para mais da metade dos que se afastaram por motivo de doença o tempo de serviço variava entre 04 a 08 anos, e não houve associação entre o tempo de trabalho com o número de LTS (GEHRING-JUNIOR, 2007).

Estudos contrapõem os resultados desta pesquisa, como o realizado com o objetivo de analisar o absenteísmo-doença e suas associações com as características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem e interfaces com o contexto de

trabalho, em um hospital universitário, também foi identificada associação significativa entre o tempo de atuação e a forma de regime de trabalho. No regime celetista houve associação com tempo inferior ou igual a 1,5 anos, enquanto no regime estatutário houve associação do absenteísmo-doença e os profissionais com tempo de atuação na faixa de 14 anos (PRESTES, 2017). E no estudo de Ferreira et al. (2012) os autores concluíram sobre a possível associação do tempo de trabalho sobre o absenteísmo-doença devido a distúrbios osteomusculares em enfermeiros de unidades de pronto atendimento.

5.9 NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Houve significância estatística sobre o grau de escolaridade e o número de afastamentos por LTS. Os profissionais técnicos de enfermagem foram os que apresentaram maior proporção no número de ocorrências por LTS e maior média de dias de afastamentos quando comparados com enfermeiros. Autores aludem que, ao longo da história, a enfermagem faz-se constituída por profissionais divididos horizontalmente, ao integrar equipes com outras categorias profissionais; e verticalmente, mediante diferentes categorias que a compõem segundo níveis de formação – a de auxiliar de enfermagem com ensino fundamental, a de técnico de enfermagem com ensino médio, e a de enfermeiro com nível superior (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

Observa-se uma característica específica da equipe da enfermagem em relação à proporção na distribuição de ocorrência entre essas categorias profissionais. Do total de ocorrências por LTS entre os 731 enfermeiros, 25% (183) possuem apenas o curso de formação acadêmica, 73,5% (537) possuem pós-graduação em nível de especialização e 1,5% (11) possuem pós-graduação em nível de mestrado.

A categoria de técnicos de enfermagem mostrou algumas diferenças que merecem ser detalhadas. Do total de ocorrências por LTS entre os 1.548 técnicos de enfermagem, 71,4% (1.106) possuíam ensino médio completo; 2,5% (38) ensino médio incompleto; 12,5% (193) ensino superior completo; 13,6% (211) pós-graduação em nível de especialização; e nenhum profissional com pós-graduação em nível de mestrado. Destacam-se duas informações importantes nesta categoria: o número de profissionais que não possuem o ensino médio completo; e um quarto dos

profissionais de nível médio possuem qualificação técnica acima do exigido para a função.

Destacam-se aqui, os pontos de oposição em relação à formação técnica. Na primeira situação presume-se que os profissionais ingressaram no serviço público como auxiliares de enfermagem, com o ensino fundamental, sendo esta a formação necessária exigida ao ingresso na época da nomeação, e não efetivaram o reenquadramento profissional para a categoria técnico de enfermagem por não possuírem a escolaridade exigida. Por outro lado, a segunda situação mostra o aprimoramento e a qualificação técnica dos profissionais técnicos, exigência de curso de nível médio completo, ou então auxiliares de enfermagem que ingressaram com o ensino fundamental e/ou ensino médio e, ao longo da carreira pública buscaram investimentos em formação e aperfeiçoamento profissional.

A qualificação técnica dos profissionais da saúde e, em especial, da equipe de enfermagem nesta pesquisa, reflete mudanças globais no mercado de trabalho. Além da formação técnica adequada para as atividades laborais, a introdução de novas tecnologias e a expansão de ofertas de serviços, com um mercado cada vez mais competitivo, exigem constantes buscas no desenvolvimento do conhecimento técnico, competência técnica capaz de intervir na realidade do processo de trabalho e propor mudanças a partir da análise crítica reflexiva (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

No que se refere à associação entre escolaridade e o número de afastamentos por LTS, estudos mostram a relação positiva entre estas variáveis (FERREIRA et al., 2012; BARGAS; MONTEIRO, 2014). Nossos resultados correspondem com os resultados demonstrados pelos autores dos dois estudos.

A prevalência de afastamentos nas categorias profissionais de nível médio é apontada na literatura, e justificada pelo fato de este grupo estar mais exposto a más condições de trabalho (FAKIH; TANAKA; CARMAGNANI, 2012). Em seu estudo, estes autores demonstraram que as ausências nas categorias de nível médio, auxiliares e técnicos foram significativamente maiores em comparação às de nível superior.

Ao relacionar a escolaridade e o número de ocorrências por LTS, a diferença estatística entre enfermeiros (a) e técnicos de enfermagem (b) era esperada, pois os níveis de escolaridade para cada categoria profissional são diferentes. Desta maneira, era prevista a diferença estatística significativa em todos os níveis de todas as

categorias de escolaridade real, comparados com a categoria do servidor, devido à relação com os níveis de escolaridade de cada categoria, ou seja, possuir nível superior para a categoria de enfermeiros, assim como possuir Pós-Graduação Mestrado é obrigatória para os profissionais com nível superior.

5.10 SITUAÇÃO CONJUGAL

A maioria dos profissionais de enfermagem que estiveram sob LTS convivem com o(a) companheiro(a). Entretanto esta variável não apresentou significância estatística no número de ocorrências por LTS. Situação semelhante foi evidenciada entre trabalhadores da enfermagem de um hospital universitário público, no qual os resultados demonstraram não haver associação significativa entre o estado civil e o absenteísmo (BARGAS; MONTEIRO, 2014).

Investigação realizada com população similar, em três hospitais públicos no Rio de Janeiro, ao analisar os fatores associados ao absenteísmo-doença autorreferido, apresentou relação significativa com o estado civil. A associação para esta variável foi significativa para ausência de poucos dias, mais frequente entre os casados, separados e divorciados. (FERREIRA et al., 2012). Esta relação significativa entre os que são ou foram casados aponta para as responsabilidades domésticas e familiares que gera sobrecarga nos profissionais e comprometem o autocuidado (PRESTES, 2017).

5.11 TAXA DE ABSENTEÍSMO

Conhecer as causas de afastamentos é tão importante como a avaliação e monitoramento da taxa de absenteísmo. A ação de acompanhamento destes indicadores pode auxiliar a gestão de recursos humanos, seja no dimensionamento ou nas implementações das políticas que visem não só à redução do absenteísmo isolada, mas à mudança no ambiente laboral, agregando benefícios à Saúde do Trabalhador e, por conseguinte, reduzindo o custo organizacional decorrente dele.

Com relação a taxas de absenteísmo encontradas na literatura, ora se apresentam menor ou se assemelham à taxa de absenteísmo-doença global identificada no distrito analisado e no período desta pesquisa (4,20%); ora se mostram elevadas, a depender do local específico analisado. Em relação ao parâmetro de 6,7

% proposto pela Resolução COFEN nº 543/2017 para as ausências não previstas, a taxa de absenteísmo encontrada nesta pesquisa se apresenta inferior (COFEN, 2017).

Estudos realizados em instituições hospitalares apresentaram taxa de absenteísmo em enfermagem com variação entre 8% e 35% (CARNEIRO; FAGUNDES, 2012; RÔVERE, 2012). Devido ao fato de a profissão da enfermagem ser predominantemente desempenhada por mulheres, espera-se que o absenteísmo entre elas tenda a ser maior. Ressalta-se neste contexto o estudo desenvolvido em 31 países na Europa, no qual foram identificadas taxas de absenteísmo diferentes em relação ao sexo, e as mulheres apresentaram taxa de absenteísmo superior à dos homens (NIEDHAMMER et al., 2012). Todavia, nesta pesquisa não se constatou esta diferença.

Em relação à comparação de taxas de absenteísmo entre instituições públicas e privadas, em estudo efetivado em Minas Gerais foram comparadas taxas de ausências trimestrais em dois hospitais, referentes ao ano de 2012. As maiores taxas foram obtidas no hospital público, 7,17% no primeiro trimestre, 7,35% no segundo, 7,27% no terceiro e 7,43% no quarto trimestre. Já as respectivas taxas no hospital privado foram 4%; 4,86%; 4,70%; e 5,13% (FURLAN; STANCATO, 2013). A literatura tem apresentado dados de absenteísmo maiores em serviços públicos, e na visão das autoras este dado se associa à dificuldade de cobertura das ausências nestas organizações.

Quanto a à categoria profissional, nesta pesquisa a taxa de absenteísmo-doença apresentou-se maior entre enfermeiros (4,32%) em relação aos profissionais de nível médio, computados os auxiliares e técnicos de enfermagem em conjunto (4,16%). Foram consideradas ainda, as taxas de absenteísmo das Unidades Básicas de Saúde nos diferentes modelos (UBS Tradicional e ESF) e, os achados demonstraram maiores taxas em Unidades Básicas de Saúde com o modelo da ESF, também predominante na categoria de enfermeiros (9,25%) em relação a de técnicos de enfermagem (8,27%).

Jordão (2017) analisou a Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009, e evidenciou em seu estudo que 45,1% dos profissionais de enfermagem se ausentaram do trabalho por motivo de doença no período de um ano. Em outro estudo realizado em Campinas, em 16 Centros de Saúde pertencentes a dois distritos do município, a frequência de

afastamentos por motivo de doença foi de 2,88% entre os profissionais de enfermagem (GEHRING-JUNIOR, 2007).

Estudo realizado com a finalidade de analisar os fatores que interferem na ocorrência do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, evidenciaram-se valores de taxas de absenteísmo-doença discrepantes às encontradas nesta pesquisa, pois os auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem obtiveram uma taxa de 12,1%, duas vezes e meio maior que a dos enfermeiros (4,84%) (ABREU, 2009).

Outro estudo realizado em hospitais públicos em São Paulo, com o objetivo de verificar as taxas de absenteísmo de profissionais de enfermagem em três instituições hospitalares e de conhecer possíveis decisões de impacto positivo frente a este evento adverso, foram calculadas taxas de absenteísmo para as categorias enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem no período de 2012 a 2013. A média anual das taxas de absenteísmo dos enfermeiros variaram entre 2,5% e 4,5%. Para os auxiliares e técnicos de enfermagem as taxas apresentaram variação média de 3,8% e 8,1% (KURCGANT et al., 2015).

No próximo capítulo apresenta-se a conclusão deste estudo.

6 CONCLUSÃO

Na análise do perfil do absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016, lotados na Atenção Primária à Saúde, em um Distrito Sanitário de Curitiba-PR, ficou evidenciado que as variáveis demográficas não influenciaram o absenteísmo-doença na equipe de enfermagem.

A variável categoria profissional apresentou significância sobre o absenteísmo-doença, assim como a de modelo assistencial, e embora consideradas fracas, recomendam-se pesquisas futuras a fim de aprofundar esta temática.

A análise de comparações múltiplas demonstrou significância das causas de afastamentos no número de ocorrências. Os afastamentos dos profissionais de enfermagem foram decorrentes de problemas relacionados a quadros clínicos de doenças, destacando-se as Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (CID-M), Doenças do Aparelho Respiratório (CID-J), Transtornos Mentais e Comportamentais (CID-F) e Sintomas, Sinais e Achados Anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outras partes (CID-R).

O maior número de ocorrências concentrou-se no agrupamento dos Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (CID-Z), mas os testes estatísticos demonstraram não haver significância estatística. As ocorrências referem-se à Licença para Tratamento de Saúde do Servidor, às Licenças para Tratamento de Saúde Familiar Dependente e às Licenças para Tratamento de Saúde de Familiar Não Dependente vinculadas a este CID. Considerado um CID amplo, não está relacionado a uma doença base.

A taxa global de absenteísmo-doença no conjunto de profissionais de enfermagem foi de 4,20%, sendo 4,32% entre enfermeiros e 4,16% entre técnicos de enfermagem. Conclui-se que as taxas demonstradas nesta pesquisa necessitam de estudos qualitativos das causas que levaram aos afastamentos, bem como a análise das subcategorias de cada grupamento. No entanto a taxas demonstradas nesta pesquisa poderão subsidiar estudos futuros sobre absenteísmo na Atenção Primária à Saúde.

Para compreender de forma mais clara o modo como estas doenças se manifestam e as diferenças entre os indivíduos se fazem necessários estudos complementares. Tais estudos poderão detalhar, por exemplo, topografias do corpo

humano relativas às Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, tipos de transtornos mentais e diferentes doenças respiratórias prevalentes entre os profissionais.

Como limitação desta pesquisa menciona-se o fato de a base de dados possibilitou a análise estatística dos grupos da CID-10, mas inviabilizou a análise em relação às subcategorias destes CIDs.

Apesar disso, como ponto positivo para o trabalho com dados secundários destacou-se a rapidez com que se deu a coleta. Como os dados foram disponibilizados de acordo com as variáveis definidas, o próprio técnico de informática do Departamento de Saúde Ocupacional realizou a extração das variáveis que permitissem investigar o perfil do absenteísmo-doença e a única exigência em relação aos dados foi condicionada à codificação dos participantes antes de disponibilizar estes dados.

Ao longo da pesquisa quais as causas e as variáveis que influenciaram o absenteísmo-doença nos profissionais da equipe de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde. Primeiro, a análise de indicadores que representassem o perfil do absenteísmo-doença destes profissionais por meio de análises estatísticas. Segundo, análise minuciosa dos resultados e de estudos relevantes sobre o absenteísmo. Terceiro, focando-se nas recomendações de ações e intervenções para minimizar os problemas subsequentes. Algumas recomendações são propostas a seguir.

6.1 RECOMENDAÇÕES À GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Em função do número de afastamentos por Licença para Tratamento de Saúde gerados por situações ergonômicas inadequadas e que se encontram no agrupamento das Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, recomendam-se capacitações e orientações periódicas para os profissionais da equipe de enfermagem. Ressalta-se que estas proporcionarão conhecimento e incentivo para que os profissionais identifiquem os riscos ergonômicos e apliquem as orientações para prevenir/diminuir doenças a que estão suscetíveis no ambiente de trabalho e em outras atividades da vida cotidiana.

Tendo em vista que o absenteísmo é resultado de uma combinação de vários fatores, sugere-se um constante monitoramento deste indicador por parte da gestão de recursos humanos, em conjunto com o setor de Saúde Ocupacional, tanto na

identificação de riscos ergonômicos como na prevenção de doenças, promoção e acompanhamento das condições de saúde/doença do trabalhador. Ressalta-se ainda, que a divulgação dos resultados desta pesquisa às equipes gestoras do distrito e Unidades Básicas de Saúde pode contribuir para subsidiar ações locais para prevenção e diminuição do adoecimento dos profissionais da equipe de enfermagem, e de todos os profissionais, em geral.

Sob a ótica da administração, considera-se que a avaliação do clima organizacional e a gestão participativa são elementos positivos na solução de problemas decorrentes das relações entre os trabalhadores, de forma coletiva, incluindo a gestão organizacional. Propõe-se aos gestores que essas ações em conjunto visem à reorganização do modelo de gestão, de modo a detectar situações que objetivem o foco nas necessidades dos trabalhadores e de acordo com a política institucional.

Os resultados encontrados nesta pesquisa salientam a necessidade de se aprofundar na identificação das causas de afastamento por motivo de doença nas Unidades Básica de Saúde do município, assim como intervir com políticas eficazes que visem à minimização dos efeitos advindos destes fatores.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R. M. D de; GONCALVES, R. M. D. de A.; SIMOES, A. L. de A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 386-93, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300386&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2017.
- ABREU, R. M. D. de.; SIMÕES, Estudo do Absenteísmo na equipe de enfermagem de um hospital de ensino. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n.4, p. 637-44, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9692/5410>>. Acesso em: 24 jun. 2018.
- ABREU, R. M. D. de. **Estudo do Absenteísmo na Equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino**. 119 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<http://bdt.d.ufm.edu.br/bitstream/tede/134/1/Renata.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.
- ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637- 42, set./out., 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2017.
- AGUIAR, G. de A. S.; OLIVEIRA, J. R. de. Absenteísmo: suas principais causas e consequências em uma organização do ramo de saúde. **Revista de Ciências Gerenciais**, São Paulo, v. 13, n. 18, p. 95-113, 2009. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/rcger/article/view/2613/2487>>. Acesso em: 08 set. 2016.
- ALMEIDA, C.C.O de F.; MARCHI, E. C. S.; PEREIRA, A. F. **Metodologia científica e inovação tecnológica**: desafio e possibilidades. Brasília: Editora IFB, 2013.
- AMIN, N. A. et al. Emotional Distress as a Predictor of Work-Related Musculoskeletal Disorders in Malaysian Nursing Professionals. **The international Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 9, n. 2, abr. 2018. Disponível em: <<http://www.theijoem.com/ijoem/index.php/ijoem/article/view/1158/959>>. Acesso em: 25 jun. 2018.
- AMIN, N. A. et al. Relationship between Psychosocial Risk Factors and Work-Related Musculoskeletal Disorders among Public Hospital Nurses in Malaysia. **Annals of Occupational and Environmental Medicine**, v. 26, p. 23, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387780/>>. Acesso em: 25 jun. 2018.
- ANTUNES, A. V.; COSTA, M. N. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital Universitário. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v.1 1, n. 6, p. 832-9, nov./dez. 2003. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1838/1889>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

AZEVEDO, B. D. S. Absenteísmo na equipe de enfermagem em cuidados críticos: uma revisão integrativa. **Revista Universidade Vale do Rio**, v. 12, n. 2, p. 285-95, ago/dez 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1449>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Brasília, DF: The World Bank; 2011. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BAPTISTA, P. C. P. et al. A inovação tecnológica como ferramenta para monitoramento da saúde dos trabalhadores de enfermagem. São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. spe, p. 1621-6, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/v45nspea13.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

BAPTISTA, P. C. P.; RATIER, A. P. P.; VASCONCELOS, L. H. da S. de. Propostas de intervenção para a melhora da saúde dos trabalhadores. In: CIANCIARULHO, T. (Coord). FELLI, V. E. A.; BAPTISTA, P. C. P. (Org.). **Saúde do Trabalhador de Enfermagem**. São Paulo: Manole. 2015.

BARGAS, E. B. MONTEIRO, E. I. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 533-8, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600533&lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2017.

BARGAS, E. B. **Caracterização do absenteísmo doença da Equipe de enfermagem de um Hospital Universitário do Estado de São Paulo**. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/310984/1/Bargas_ElieteBoaventura_M.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-32, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/%20scientiamedica/article/viewFile/2806/2634>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. de. Estudo do Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um Centro Psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 109-14, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2016.

BELEM, J. H. R.; GAIDZINSKI, R. R. Estudos das ausências da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 4, p. 697-708, out./nov, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71671998000400013&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 23 jul. 2017.

BELITA, A.; MBINDYO, P.; ENGLISH, M. Absenteeism amongst health workers – developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. **Human Resources for Health**, v.11, n. 34. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3721994>>. Acesso: 13 mai. 2018.

BOCKERMAN, P.; LAUKKANEN, E. Predictors of sickness absence and presenteeism: does the pattern differ by a respondent's health? **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 52, n. 3, p. 332-5, 2010. Disponível em: <http://journals.lww.com/joem/Abstract/2010/03000/Predictors_of_Sickness_Absence_and_Presenteeism_.13.aspx>. Acesso em: 06 jun. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

_____. **Constituição Federal (1988)**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei Federal 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 06 mai. 2017.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 06 mai. 2017.

_____. Ministro da Saúde. Portaria nº 3.120, de 1 de julho de 1998. Aprovar a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 14 jul. 1998. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

_____. Ministro da Saúde. Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Lista de doenças relacionadas ao trabalho. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 19 nov.

1999. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html>. Acesso em: 13 abr. 2018.

_____. Ministro da Saúde. Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, 20 de set. 2002.

Disponível em:

<http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 777 de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à Saúde do Trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 29 de abr. 2004. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0777_28_04_2004.html>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 29 de mar. 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 15 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação: normas e rotinas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família- ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 24 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 01 mai. 2017.

_____. 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] União**, Brasília, DF, 23 ago. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 7 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 22 de setembro de 2017. Seção 01. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 14 jan. 2018.

_____. Presidência da República. Decreto nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes do trabalho. **Diário Oficial [da] União**, Rio de Janeiro, RJ, 18 jan. 1919. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=598133&id=14426324&idBinario=15798135&mime=application/rtf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 25 jul. de 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 12 mai. 2018.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. . **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 29 junho de 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 22 jun. 2018.

BREY, C. et al. O Absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São Joao del-Rei, v. 7, n. 1, p. 1 -10, abr. 2017. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30806&indexSearch=ID>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BREY, C. **Relação entre absenteísmo, capacidade para o trabalho e doenças crônicas de trabalhadores de saúde de um hospital público do Paraná**. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1884/45672>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

CALIL, A. S. G.; JERICÓ, M. de C.; PERROCA, M. G. Gerenciamento de recurso humanos em enfermagem: Estudo da Interface idade. Absenteísmo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 79-85, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1007>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

CALLEGARI-JACQUES, S.C. **Bioestatística: Princípios e aplicações**. Artmed. 2003. 256 p.

CALLEGARI, R. L. P. **Identificando as variáveis intrínsecas dos servidores absenteístas de uma instituição de ensino pública federal**. 78 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), Vitória, 2016. Disponível em: <http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/8/Disserta%C3%A7%C3%A3o-%20Rog%C3%A9rio%20Luiz%20Pin%20Callegari%20-%2017-08-2016.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2018.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos Psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de Saúde da Família: Percepções dos profissionais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 502-7, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a04.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

CAMPOS, E. C. de; JULIANI, C. M. C. M.; PALHARES, V. C. O absenteísmo da equipe de enfermagem em unidade de pronto socorro de um Hospital Universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 295-302, jun., 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46962/23044>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica em saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CARDOSO VALERIO.; R. B; MARTINS SILVA E DUTRA, F. C. Envelhecimento Funcional e Capacidade para o Trabalho entre Trabalhadores Atendidos pela Atenção Básica. **Ciencia & Trabajo**, Santiago, v. 18, n. 57, p. 190-5, dez. 2016. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492016000300190&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2018.

CARNEIRO, T. M.; FAGUNDES, N. C. Absenteísmo entre trabalhadoras da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p. 84-9, jan./mar. 2012. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/3999>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

CARUGNO, M. et al. Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1632-42, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900003>. Acesso em: 18 abr. 2017.

CARVALHO, D. P. de et al. Cargas de trabalho e a Saúde do Trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 1, jan. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46569/pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

CARVALHO, L. S. F. et al. Motivos de afastamento por Licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n.1, p. 60-6, jan./mar., 2010. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10530/5737>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

CARVALHO, M. N. de et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 295-302, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100295&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2018.

CASCIO, W; BOUDREAU, J. **Investimento em pessoas**: Como Medir o impacto financeiro das iniciativas em Recursos Humanos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**: O novo papel dos recursos humanos nas organizações. 4. ed. São Paulo: Manole, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

COELHO, M. A. et al. Absenteísmo da equipe de enfermagem das unidades clínicas de um hospital universitário da região centro-oeste do Brasil. **Revista Uruguaya de Enfermeria**, v. 11, n. 1, mai., 2016. Disponível em: <<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/184/179>>. Acesso em: 24 jun. 2017

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 1 nov. 2004. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=100838>>. Acesso em: 14 set. 2017.

_____. Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 16 mai. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>. Acesso em: 14 set. 2017.

_____. Resolução nº 581, de 11 de julho de 2018. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 18 de julho. 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html>. Acesso em: 12 ago. 2018.

COGGON, D. et al. International variation in absence from work attributed to musculoskeletal illness: findings from the CUPID study. **Occupational and**

Environmental Medicine, v. 70, n. 8, p. 575-84, ago. 2013. Disponível em: <<http://doi.org/10.1136/oemed-2012-101316>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

CORONADO, F.; KOO, D.; GEBBIE, K. The Public Health Workforce: Moving Forward in the 21st Century. **American Journal of preventive medicine**, 2016, v. 47, n. 503, p. 275-7. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4708056/>>. Acesso em: 22 jun.2017.

COSTA, F. M. da; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. de. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2016.

COSTA, R. R. de O. et al. Absenteísmo de Profissionais da enfermagem que trabalham na rede hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Revista Espaço para a saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 6–13, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10442/1/2014_art_albclira.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2018.

CUNHA, J. B. BLANK, V. L. G. BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 226-36, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2018.

CURITIBA. Lei nº 1.656, de 21 de agosto de 1958, atualizada em 28 de junho de 2017. Estatuto dos funcionários Públicos Municipais. **Diário Oficial [do] Município**. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a2/estatuto-do-servidor-funcionario-publico-curitiba-pr>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

_____. INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA (IPPUC). **Divisão administrativa das regionais de Curitiba**. 2018. Disponível em: <<http://www.ippuc.org.br/mostrarpagina.php?pagina=473&idioma=1&liar=n%E3o>>. Acesso em: 26 jun. 2018

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS (SMARH). **Organograma Departamento de Saúde Ocupacional**. 2017. Disponível em: <<http://rh24h.curitiba.pr.gov.br/saudeocupacional/planowebatual.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

_____. Lei nº 14.507, de 15 de setembro de 2014. Cria os cargos de Auxiliar de saúde bucal em saúde pública e técnica de enfermagem em Saúde Pública e, na Lei 11.000, de 03 junho de 2004, na administração direta transforma as vagas legais dos cargos de saúde bucal, auxiliar de enfermagem parte especial e parte permanente e técnico em enfermagem, altera a denominação do cargo de técnico em saúde bucal, altera dispositivos da Lei 11.000, de 2004, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Município**, Curitiba, 15 de set. 2014. Disponível em: <<http://leismunicipa.is/qsctb>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

DANIEL, E. KOERICH, C. R. C. LANG, A. O perfil do absenteísmo dos servidores da prefeitura municipal de Curitiba, de 2010 a 2015. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 15, n. 2, p. 142-9, 2017. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/how-to-cite/223/pt-BR>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do Trabalho de Enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a Saúde do Trabalhador. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-14, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/02.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2017.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYETI, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1993. 13. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução: Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. São Paulo: Cortez, Oboré.1992.

_____. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYETI, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1. ed. 1993; 13 reimpr. 2012. São Paulo: Atlas, 2012.

DELGADO, C. et al. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. **International Journal of Nursing Studies**, v. 70, p. 71-88, mai. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

DI NUBILA, H. B. V. BUCHALA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11. n. 2, p. 324-35. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. de 2018.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SÓCIOECONÔMICOS (DIEESE). **A Saúde dos Índices de Saúde do Trabalhador**. Nota Técnica 162, 2016. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/notatecnica/2016/notaTec162Saude.html>>. Acesso em: 09 nov. 2016.

DILÉLIO, A. S. et al. Prevalência de Transtorno psiquiátricos menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 503-14, mar. 2012. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/3281/Preval%C3%Aancia%20de%20transtornos%20psiqui%C3%A1tricos%20menores.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 mai. 2017.

FAKIH, F. T.; TANAKA, L. H.; CARMAGNANI, M. I. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 378-85, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300010>. Acesso em: 24 jul. 2017.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-93, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10. jul. 2018.

FELLI, V. E. A; BAPTISTA, P. C. P. O contexto do trabalho de enfermagem e a Saúde do Trabalhador. In: CIANCIARULHO, T. (Coord). FELLI, V. E. A.; BAPTISTA, P. C. P. (Org.). **Saúde do Trabalhador de Enfermagem**. São Paulo: Manole. 2015. p.1-19.

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 4, p. 178-81, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/379/170>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

FERNANDES, B. M. A. et al. Ansiedade em técnicos de enfermagem da atenção básica. **Enfermería global**, v. 17, n. 3, p. 101-11, jul. 2018. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/289541/230191>>. Acesso em: 08 jul. 2016.

FERREIRA DA SILVA, R. et al. Presença de distúrbios osteomusculares em enfermeiros de unidades de pronto atendimento. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 2, p. 2–11, jul./dez., 2017. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2081/pdf_2>. Acesso em: 29 jun. 2018.

FERREIRA, R. C. et al. Abordagem Multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 259-68, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FERRO, D. **Absenteísmo na equipe de enfermagem e suas implicações para a assistência prestada em unidades de urgência e emergência**. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-06052016-185234/pt-br.php>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

FLORES, L. I. et al. O absenteísmo enquanto indicador para o processo de gestão de pessoas nas organizações e de atenção à Saúde do Trabalhador. **Revista Laborativa**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 47-65, out. 2016. Disponível em: <<http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/1484/pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2017.

FORMENTON, A.; MININEL, V. A.; LAUS, A. M. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 22, n. 1, p. 42-9, jan. /fev. 2014. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerej/article/view/11416/8976>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

FREIMANN, T. et al. Risk factors for musculoskeletal pain amongst nurses in Estonia: a cross-sectional study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 14, p. 334, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219579/>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

FREIRE, M. N. et al. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente laboral hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, Recife, v. 10, n. 5, p. 4286-91, nov, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11175/12713>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

FREITAS, L. C. **Manual de Segurança e Saúde do Trabalho**. 3. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2016.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 109-17, dez., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2016.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant, P., editor. **Gerenciamento de Enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ); CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil**, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 22 set. 2017.

FURLAN, J. da S.; STANCATO, K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. **Revista Administração em Saúde**, v.15, n. 60, p.111-20, jun./jul. 2013. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=935&p_nanexo=483>. Acesso em: 18 abr. 2017.

GAIDZINSKI, R. R. et al. Gestão de pessoal de enfermagem e o Sistema de Assistência de Enfermagem. In: GAIDZINSKI, R. R.; SOARES, A. V. N.; LIMA, A. F. C. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 47-61.

GALINDO, I. da S. et al. Motivos do absenteísmo em uma equipe de enfermagem ambulatorial. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3198-205, agos. 2017. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p &nextAction=lnk&exprSearch=33222&indexSearch=ID>. Acesso em: 19 jun. 2018.

GEHRING-JUNIOR, G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 401-9, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOMO, D. B. et al. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 24-9, jan/mar, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a004.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

GOLDIM, J. R. **Núcleo Interinstitucional de Bioética**, 1997. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/risco.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

GOMEZ, C. M. VASCONCELLOS, L. C. F. de. MACHADO, J. M. H. Saúde do Trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-70, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2018.

GONZÁLEZ, A. **Posibles causas que ocasionan ausentismo laboral en el personal de enfermería del Hospital Transito Cáceres de Allende**. 76 f. Tese (Doutorado)- Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Salud Pública, Córdoba, 2014. Disponível em: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Gonzalez_adriana.pdf>. Acesso em: 8 set. 2016.

GOPAL, K. et al. Work-related musculoskeletal disorders (WMSD) in hospital nurses: Prevalence and coping strategies. **Gulf Medical Journal**, Ajman, v. 1, n. 1, p. 159-63, 2012. Disponível em: <[https://www.gulfmedicaljournal.com/download/supplement1_12/sup1-12%20\(27\).pdf](https://www.gulfmedicaljournal.com/download/supplement1_12/sup1-12%20(27).pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2018.

GÖTTEMS, L. B. D. ALVES, E. D. SENA, R. R. de. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico :análise em retrospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1033-40, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 ago. 2018.

GOUVEIA, M. T. de O. **Estresse e jornada laboral dos trabalhadores da enfermagem**. 202 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07012015-134306/pt-br.php>> .Acesso em: 26 jun. 2018.

GUIMARAES, A. L. de O.; FELLI, V. E. A. Notification of health problems among nursing workers in university hospitals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 507-14, jun. 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690313i. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300507&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

GUZIK, A. **Essentials for occupational health nursing**. Florida: John Wiley & Sons, 2013. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=3CJGcRzSROUC&oi=fnd&pg=PT12&dq=Essentials+for+occupational+health+nursing&ots=7L0DfksAG5&sig=6gLAIL2a0quNAj0TpeAQfipi67k#v=onepage&q=Essentials%20for%20occupational%20health%20nursing&f=false>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das desigualdades de Sexo e Raça- 1995 a 2015**. [2016?] Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdades_de_genero_raca.pdf> .Acesso em: 02 mai. 2018.

JORDÃO, N. A. F. **Condições de trabalho e absenteísmo-doença entre os profissionais de enfermagem da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 87 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/ANDO-AM9KJR>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem o discurso dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 49-55, mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100007>. Acesso em: 02 mai. 2017.

KNEŽEVIĆ, I.; GREGOV, L.; ŠIMUNIĆ, A. Salience and conflict of work and family roles among employed men and women. **Archives of Industrial Hygiene and Toxicology**, Croatia, v. 67, p. 152-63, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27331302>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

KRANE, L. et al. Sickness absence patterns and trends in the health care sector: 5-year monitoring of female municipal employees in the health and care sectors in Norway and Denmark. **Human Resources for Health**, n. 8, v. 12, p. 37, jul., 2014. DOI: 10.1186/1478-4491-12-37. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005027>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

KURCGANT, P. et al. Absenteísmo do pessoal da enfermagem: decisões e ações de enfermeiros gerentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. Esp2, p. 35-41, dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800005>>. Acesso em: 06 mai. 2018.

LAURENTI, R. et al. A Classificação Internacional de Doenças, a Família de Classificações Internacionais, a CID-11 e a Síndrome Pós-Poliomielite. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 71, n. 9A, p. 3-10, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2013000900111&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2018.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-74, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

LEÃO, A. L. de M. et al. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 262-77, jan./mar., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000100262&script=sci_abstract>. Acesso em: 25 jun. 2018.

LEÃO, L. de O. S. **Organização do Trabalho e transtornos mentais comuns nos técnicos de enfermagem de um hospital público universitário de grande porte**. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) – Instituto de Geografia (PPGTA), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, 2018.

LELIS, C. M. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 477-82, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300025>. Acesso em: 06 jun 2018.

LIMA, L. de. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100017&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 22 jul. 2017.

LIMA, S. R. R. de. et al. Absenteísmo com foco na Saúde do Trabalhador da equipe de enfermagem atuante na terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3426-37, set., 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8779/pdf_11041>. Acesso em: 26 abr. 2017.

LUCCA, S. R. de; RODRIGUES, M. S. D. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-82, 2015. Disponível em: <<http://twixar.me/J1hT>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

MACDONALD, J. J. **Primary health care: Medicine in its place**. London, New York: Earthscan, 2012. Disponível em: <<http://twixar.me/y1hT>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

MACHADO, M. H. et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, p.43-78, 2015. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

MACHADO, R.; CRUZ, E.; SOUZA, F. M. Absenteísmo: Controle Gerencial. **Revista Espacios**, Venezuela, v. 34, n. 3, p. 8-16, 2013. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a13v34n03/13340308.html>>. Acesso em: 31 out. 2016.

MAGALHÃES, N. A. C. et al. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 224-30, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a09.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

MAGNAGO, T. S. B. de S. et al. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 701-5, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600015>. Acesso em: 19 jun. 2018.

MANTOVANI, V. M. et al. Absenteísmo por enfermidade em profissionais de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 641-46, jul/set, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1029>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

MARQUES, D. de O. et al. Absenteísmo–doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 68, n. 5, p. 876-82, out. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680516i>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 160-6, 2010. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/doi/01026933/2010/00000031/00000001/art00022>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

MARTINS, J. T. et al. Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio Janeiro, v. 22, n. 3, p. 334-40, mai./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a07.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

MATOS, A. A. de. JÚNIOR, M. D. A incorporação do sexo no estudo da Síndrome de Burnout. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 10, n. 1/2, p. 25-33, jan./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/232/224>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

MATTOS, U. A. de O. O acidente de trabalho e seu impacto socioeconômico-ambiental. In: _____. **Higiene e segurança no trabalho**. Rio de Janeiro: Elsevier/Abrejo, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 30 mai. 2017.

_____. **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.

_____. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. DOI: 10.1590/S0103-40142013000200003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mai. 2017.

_____. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conass, 2015. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-6, fev. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018232.16152017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758 – 64, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2018.

MENDES, R. OLIVEIRA, D. E. de. Patogênese do Adoecimento relacionado ao trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, p. 50-120.

MENDES, R. Conceito de Adoecimento Relacionado ao Trabalho e sua Taxonomia. In: _____. **Patologia do Trabalho**, 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, p. 138-83.

MENDES, R. WAISSMAINN, W. Bases Históricas da Patologia do Trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, p. 4-40.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 25, p. 341-9, 1991. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2018.

MININEL, V. A. et al. Workloads, strain processes and sickness absenteeism in nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1290-7, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2017.

NGUYEN, H.; GROTH, M.; JOHNSON, A. When the Going Gets Tough, the Tough Keep Working: Impact of Emotional Labor on Absenteeism. **Journal of Management**, v. 42, n. 3, p. 615-43, mai. 2013. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0149206313490026>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

NIEDHAMMER, I. et al. Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. **European Journal of Public Health**, v. 23, n. 4, p. 622-9, set. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cks124>>. Acesso: 09 abr. de 2017.

NOGUEIRA, A. C.; SILVA, L. B. da S. Saúde, sexo e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. **Revista Vértices**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1/3, p. 7-17, jan./dez. 2009. Disponível em: <<http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/viewFile/1809-2667.20090001/3>>. Acesso em: 9 abr. 2018.

NUNES C. M. et al. Satisfação e insatisfação o trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 252-7, 2010a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.7006>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

NUNES, M. B. G. et al. Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 204-9, abr./jun. 2010b. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a07.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

NUNES, M. B. G. **Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde do Município de Volta Redonda- RJ**. 171 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-08012010-132014/pt-br.php>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

OENNING, N. S. X.; CARVALHO, F. M.; LIMA, V. M. C. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 150-8, jun. 2012. DOI: 10.1590/S0303-76572012000100018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). R112 - **Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo**, 1959. Disponível em: <https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:28227596954948::NO::P12100_SHOW_TEXT:Y:>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

_____. Absentismo: causa y control. In: **Enciclopedia de Salud e Seguridad en El Trabajo**. Madri, Espanha: OIT, 1989.

_____. **Questionando um mito: custos do trabalho de homens e mulheres**. Brasília: OIT, 2005. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms_233470.pdf>. Acesso em: 06 abr. de 2018.

_____. **Lista de enfermedades profesionales**. Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: criterios para incluir enfermedades em la lista de enfermedades profisionales de la OIT. Genebra: OIT, 2010.

_____. **A prevenção das doenças profissionais**. 2013. Disponível em: <https://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013_relatorio.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2017.

_____. **Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_551769/lang-pt/index.htm>. Acesso em: 01 mai. 2017.

OLIVARES-FAÚNDEZ, V. E. et al. Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. **Terapia Psicológica**, Santiago, v. 32, n. 2, p. 111-20, jul., 2014. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000200004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2017.

OLIVEIRA, R. D. et al. Afastamento do trabalho em profissionais de enfermagem por etiologias psicológicas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 26, n.4, p. 554-62, out./dez, 2013. Disponível em:<<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2337>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

OLIVEIRA, L. B. M. de. **Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem de um hospital público**. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-9T9EDB/luciana_brasil_moreira_de_oliveira.pdf?sequence=1>. Acesso em: 05 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília, 1979. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2017.

_____. **A global review of primary healthcare: emerging messages**. Genebra: OMS, 2003. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70199/1/WHO_MNC_OSD_03.01_eng.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2017.

_____. **Relatório Mundial da Saúde 2008**: Cuidados de Saúde Primários agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 4**: vigilância em saúde pública. Brasília: OPAS; Ministério da Saúde, 2010.

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. rev. (CID-10), v. 1. 8. ed. São Paulo: Editora da USP, 2000.

PAIM, J. S. Atenção Primária à saúde: uma receita para todas as estações. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-7, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341762004.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. L. org. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 547-73. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2017.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências e Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, jan/mar, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&nrm=iso>. Acesso em: 29 mai. 2017.

PAULA, L. S. de. **Fatores associados ao absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital público municipal no interior do Estado de São Paulo**. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/310997>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

PERES, R. B. **Absenteísmo de técnicos de enfermagem em uma unidade de urgência e emergência de um hospital universitário**. 92 f. Dissertação (Mestrado em Administração em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ANDO-A9MQE6>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

PERRY, L. et al. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: A cross-sectional survey. **BMC Nursing**, v. 14, p. 15, mar. 2015. DOI: 10.1186/s12912-015-0068-8. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4405850/>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas dos SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2017.

PIHA, K. et al. Socio-economic and occupational determinants of work injury absence. **European Journal of Public Health**, v. 23, n. 4, p. 693-8, 2013. Disponível em: <<https://academic.oup.com/eurpub/article/23/4/693/429974>>. Acesso em: 24 abr. de 2018.

PIHA, K. et al. Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence. **European Journal of Public Health**, v. 20, p. 276-80. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19843600>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

PINHEIRO, M. A. de S. **Impacto econômico do Absenteísmo de enfermagem por doença em um hospital Universitário do Rio de Janeiro**. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.btdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3881>. Acesso em: 23 fev. 2018.

PIRES, L. A. de A. **A relação saúde-trabalho dos bombeiros militares do município do Rio de Janeiro**. 210 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19791>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PRESTES, F. C. **Absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário: estudos de métodos mistos**. 203 f. Tese (Dourado em Enfermagem) -Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Doutorado/Teses/2017/Tese_de_Doutorado_Francine_Cassol_Prestes.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2018.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados entre trabalhadores do setor extrativista vegetal da região do vale do aço. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 17, n. 1/2. Supl.4, s. 229-317, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=561028&indexSearch=ID>>. Acesso em 26 out. 2016.

QUADROS, D. V. et al. Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 684-90, jul./ago. 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148879/000999451.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absentismo em usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 10. n. 40, p. 62-7, 1982. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=138226&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

RABACOW, F.M. **Estilo de vida de trabalhadores, absenteísmo e gastos com serviços de saúde**. 101 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Programa de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-13052015-082521/pt-br.php>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST). **Plataforma Renast online**, 2018. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/vigilancia-saude-trabalhador>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

RIBEIRO, M. C. S. A Saúde do Trabalhador do SUS. In: **Enfermagem e Trabalho: fundamentos para atenção à saúde dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012.

RÔVERE, K. de M. A. **O absenteísmo em enfermagem em um hospital do interior do Estado de São Paulo**. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/96405>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

SALIMENA, A. M. de O. Falatório e ocupação no cotidiano das profissionais de enfermagem no cuidado de si e do outro. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 316-24, jan./mar. 2016. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14393>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

SANCHES, F. F. S.; OLIVEIRA, R. Aspectos mediadores e desencadeadores da síndrome de burnout nos enfermeiros. **Cuidarte Enfermagem**, Catanduva, v. 10, n. 1, p. 61-7, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemvolume10Jan-Jun2016.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

SANCINETTI, T. R. **Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-14052009-113822/pt-br.php>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

SANCINETTI, T. R. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1007-12, 2011. Disponível em: <<http://twixar.me/z1hT>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

SANTANA, L. de L. et al. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, jan./fev., 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690104i>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

SANTANA, L. de L. **Propostas de intervenções à Saúde dos Trabalhadores apoiadas em indicadores**. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/33769>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

SANTOS, J. L. G. dos et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-12, jun., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200028>. Acesso em: 02 mai. 2017.

SANTOS, N. A. C. de; MAMEDE, N. M.; PAULA, M. A. B. de. Principais causas de afastamento do trabalho na equipe de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista de Administração em Saúde**, Taubaté, v. 16, n. 64, p. 97-103, jul./set., 2014. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=784615&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

SCHERER, M. D. dos A. et al. Aumento das Cargas de Trabalho em Técnicos de Enfermagem na Atenção Primária. **Trabalho, Educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 89-104, nov. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>>. Acesso em: 06 mai. 2018.

SCHMIDT, K. H.; DIESTEL, S. Are emotional labour strategies by nurses associated with psychological costs? A cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 11, p. 1450-61, nov. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.03.003>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

SCOZZAFAVE, M. C. S. **Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro em um hospital psiquiátrico e estratégias de gerenciamento**. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-28012016-150017/pt-br.php>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SILVA, V. E. F. da; KURCGANT, P.; QUEIROZ, V. M. de. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 4, p. 603-14, out./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v51n4/v51n4a06.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2017.

SILVA-JUNIOR, J. S. da.; FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p.186-90, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100186&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 26 mar. 2018.

SILVEIRA, A. M.; LUCCA, S. R. de. Estabelecimento de nexos causais entre adoecimento e trabalho: a perspectiva clínica e individual. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, p. 186-209.

SOTO-CARO, A.; HERRERA-COFRE, R.; FUENTES-SOLIS, R. Efecto de la seguridad social en la duración del ausentismo laboral en el Servicio de Salud de Ñuble: un análisis de supervivencia. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 143, n. 8, p. 987-94, ago., 2015. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000800004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2017.

SOUZA, L. M. de. **Preditores do Absenteísmo na enfermagem de um Hospital Universitário**: Estudo de Coorte. 2012. 161 f. Tese (Doutorado em Gestão de Saúde e enfermagem e organização do trabalho) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/49123>>. Acesso em: 25 out de 2017.

TAMBASCO, L. de P. et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe 2, p. 140-51, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600140&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s212>.

TANJA-DIJKSTRA, K. PIETERSE, M. E. The psychological effects of the physical healthcare environment on healthcare personnel. **Cochrane Database of Systematic Review**, 2011, v. 19, n. 1, p. CD006210. DOI: 10.1002/14651858.CD006210.pub3. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249674>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

TARIN, et al. Estudio sobre el envejecimiento activo saludable y su relación con las condiciones de trabajo en el sector sanitario: proyecto adapt@geing2.0. **Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo**, Madrid, v. 25, n. 3, p. 142-53, 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552016000300005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2018.

TRINDADE, L. de L. et al. Absentismo em el equipo de enfermería en el ambiente hospitalario. **Enfermería Global**, Murcia, v. 13, n. 36, p. 139-46, out. 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400008&nrm=iso>. **Acesso em: 07 jun. 2017**

TUCKER, S. J. et al. Nurses' ratings of their health and professional work environments. *Journal Sage. Workplace*. **Health & safety**, Mountain City, v. 58, 6. ed., p. 253-67, jun., 2010. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/216507991005800605#articleCitationDownloadContainer>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

UMANN, J.; GUIDO, L. de A.; FREITAS, E. de O. Produção do conhecimento sobre saúde e doença na equipe de enfermagem na assistência hospitalar. **Ciência e Cuidado em Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 162-8, jan./mar. 2011. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10931/pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

VARGES, L. M. de S.; BARBOSA, M. C. L. Fatores Relacionados ao Afastamento de Enfermeiros em um Hospital Público do Município de Vitória da Conquista. **Revista Multidisciplinar de e Psicologia**, Jabotão de Guararapes, v. 11, n. 38, 2017. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/964>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

VELASCO, A. R. **O estresse laboral dos trabalhadores de enfermagem das equipes de saúde da família**. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/unirio/11783>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

VELLO, L. S. **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: estudo de caso de em um Município na região metropolitana de São Paulo**. 59 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-62, junho 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2018.

VIVOLO, R. A. K. **Afastamentos por problemas de saúde dos profissionais da equipe de enfermagem públicos estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. 82 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/mestrado-profissional/ritakietis-dissertacaocompleta.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

WORM, F. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 7, n. 2, p. 1279-87, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2018.

YANO, S. R. T.; SEO, E. S. M. Ferramentas de coleta de dados para análise do absenteísmo e custo direto para organização. **INTERFACEHS- Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, São Paulo, v. 5, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/InterfacEHS/wp-content/uploads/2013/08/2_SE_INTER_vol5n2.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

ZAVALA, M. O. Q.; KLIJN, T. M. P. Calidad de vida em el trabajo del equipo de enfermería. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 302-5, abr., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0302.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

ANEXO 1- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFPR

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Absenteísmo na Equipe de Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde

Pesquisador: LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69868017.9.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.144.277

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa intitulado "Absenteísmo na Equipe de Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde", sob a responsabilidade da Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff e participação dos pesquisadores Edevar Daniel e Ellana Amaral Mendes, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional - da Universidade Federal do Paraná.

O projeto prevê o desenvolvimento de estudo "descritivo-exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa" para o qual foi solicitada dispensa de TCLE, considerando que "as fontes para a pesquisa serão constituídas em dois momentos: 1. Pesquisa de dados secundários: fornecidos pelo Departamento da Saúde Ocupacional da Secretaria de Recursos Humanos da Prefeitura de Curitiba, 2. Análise documental: em resoluções internas relativas à ausência não prevista de servidores, fornecidas pela Secretaria de Recursos Humanos."

A pesquisadora responsável apresentou cópia do requerimento a ser encaminhado ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Elaborar um sistema para classificação do absenteísmo doença entre servidores de enfermagem lotados em Unidades de Saúde considerando as características das ausências por doença, sociodemográficas e do trabalho.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2-144.277

Objetivos Específicos

Explicitar a legislação e as normativas Institucionais relativas às ausências de servidores no serviço e os respectivos controles gerenciais na Prefeitura Municipal de Curitiba; no período de estudo.

Caracterizar os tipos de ausências não previstas de servidores da equipe de enfermagem no trabalho no período de Jan/2016 a Dez/2016 nas diferentes Unidades Básicas de Saúde.

Identificar a relação entre as ausências de servidores da equipe de enfermagem no trabalho com as variáveis Idade, gênero, estado civil, número de filhos, escolaridade, categoria profissional, tempo na Instituição, nível decisório e modelo assistencial da unidade de lotação do servidor.

Identificar as causas prevalentes das ausências não-previstas de servidores da equipe de enfermagem nas Unidades Básicas de saúde, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde(CID-10).

Calcular o Índice de absentismo doença (variável dependente) entre servidores da equipe de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde.

Identificar as variáveis Independentes que influenciam o absentismo entre os servidores da equipe de enfermagem.

Diferenciar grupos com características semelhantes quanto as ausências e variáveis sociodemográficas e do trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme consta no projeto, "a presente pesquisa inclui-se na categoria de pesquisa sem risco, conforme classificação, utilizada por (Goldim, 2000). Mas todas as medidas recomendadas pela Resolução 466/2012 serão atendidas para evitar constrangimento aos profissionais que participarão Indiretamente na pesquisa. Unidades e profissionais serão codificados, preservando assim a confidencialidade da pesquisa."

Quanto aos benefícios, de acordo com os pesquisadores, "a elaboração de um sistema para classificação do absentismo doença entre servidores de enfermagem lotados em Unidades de Saúde, considerando as características das ausências por doença, sociodemográficas e do trabalho será uma ferramenta para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba avaliar as especificidades da saúde do trabalhador nestas categorias profissionais, que subsidiem o planejamento de ações diferenciadas para atendimento das necessidades de saúde.O estudo também oferecerá a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem redigido e apresenta referenciais teórico e metodológico consistentes e viabilidade de execução.

Endereço: Rua Padre Camargo, 265 - Têmpo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7250

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.144.277

A relevância social está devidamente apresentada na análise de mérito postada na Plataforma Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 (temporariamente em manutenção) ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|--|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB INFORMACOES BASICAS_DO_P ROJETO_938001.pdf | 16/06/2017 15:01:55 | | Acelto |
| Outros | ANALISEDEMERITO.pdf | 16/06/2017 14:59:07 | LILLIAN DAISY GONCALVES | Acelto |

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.144.277

| | | | | |
|--|---|------------------------|-------------------------------------|--------|
| Outros | TERMODECOMPROMISSOPARAINICI ODAPESQUISA.pdf | 16/06/2017 11:26:44 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | TERMOPARAUTILIZACAODOSDADOS EARQUIVOS.pdf | 16/06/2017 11:24:01 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | OFICIODEENCAMINHAMENTOATA.pdf | 16/06/2017 11:23:03 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | EXTRATODAATA.pdf | 16/06/2017 11:19:36 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | CHECKLIST.pdf | 14/06/2017 14:22:28 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | SMSrequerimentoparaapreciacaodeproj etos.pdf | 14/06/2017 14:17:25 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | BROCHURAPROJETOPESQUISA.docx | 14/06/2017 13:59:48 | LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | DISPENSATCLE.pdf | 13/06/2017 13:05:05 | LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF | Acelto |
| Outros | RESPONSABILIDADESCOMAPESQUI SA.pdf | 13/06/2017 13:01:39 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | COMPROMISSODOPEQUISADOR.pd f | 13/06/2017 13:00:12 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | DECLARAUSOESPECIFICO.pdf | 13/06/2017 12:57:04 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | DECLARACAODETORNARPUBLICO.p df | 13/06/2017 12:55:43 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf | 13/06/2017 12:52:16 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | CIENCIADEINTERESSEDECAMPODE PESQUISA.pdf | 13/06/2017 12:49:28 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | OFICIOCOMITEDEETICA.pdf | 13/06/2017 12:47:58 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Folha de Rosto | folhaderossto.pdf | 13/06/2017 12:44:49 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7250

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.144.277

CURITIBA, 28 de Junho de 2017

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7250

CEP: 80.080-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SMS

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Absenteísmo na Equipe de Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde

Pesquisador: LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69668017.9.3001.0101

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.291.089

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto é descritivo-exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa. O absenteísmo presente nas Instituições é um sério problema a ser discutido, uma vez que gera interrupção dos processos de trabalho, sobrecarga de trabalho aos demais profissionais e diminuição da produtividade. Para tanto, é imprescindível a investigação da motivação e das causas das ausências dos trabalhadores, a fim de explicitar este fenômeno. As fontes para a pesquisa serão constituída em dois momentos: 1. Pesquisa de dados secundários: fornecidos pelo Departamento da Saúde Ocupacional da Secretaria de Recursos Humanos da Prefeitura de Curitiba; 2. Análise documental: em resoluções internas relativas a ausência não prevista de servidores, fornecidas pela Secretaria de Recursos Humanos. Tamanhos da Amostra: refere-se ao total de profissionais (232) da equipe enfermagem lotados nas 12 Unidades de Saúde no Distrito Sanitário do Cajuru, Curitiba- PR. Coletas de Dados - por meio de dados secundários, fornecidos pelo Departamento de Saúde Ocupacional da Secretaria de Recurso Humanos de Curitiba, tendo como referência o período de Jan/2016 a Dez/2016.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar um sistema para classificação do absenteísmo doença entre servidores de enfermagem lotados em Unidades de Saúde considerando as características das ausências por doença.

Endereço: Rua Afílio Bóris, 880
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.291.089

sociodemográficas e do trabalho.

Objetivo Secundário:

- Explicitar a legislação e as normativas Institucionais relativas à ausências de servidores no serviço e os respectivos controles gerenciais na Prefeitura Municipal de Curitiba, no período de estudo.
- Caracterizar os tipos de ausências não previstas de servidores da equipe de enfermagem no trabalho no período de Jan/2016 a Dez/2016 nas diferentes Unidades Básicas de Saúde.
- Identificar a relação entre as ausências de servidores da equipe de enfermagem no trabalho com as variáveis Idade, gênero, estado civil, número de filhos, escolaridade, categoria profissional, tempo na Instituição, nível decisório e modelo assistencial da unidade de lotação do servidor.
- Identificar as causas prevalentes das ausências não previstas de servidores da equipe de enfermagem nas Unidades Básicas de saúde, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde(CID-10).
- Calcular o Índice de absentismo doença (variável dependente) entre servidores da equipe de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde.
- Identificar as variáveis Independentes que influenciam o absentismo entre os servidores da equipe de enfermagem.
- Diferenciar grupos com características semelhantes quanto as ausências e variáveis sociodemográficas e do trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A presente pesquisa inclui-se na categoria de pesquisa de risco mínimo. Mas todas as medidas recomendadas pela Resolução 466/2012 serão atendidas para evitar constrangimento aos profissionais que participarão indiretamente na pesquisa. Unidades e profissionais serão codificados, preservando assim a confidencialidade da pesquisa. **Benefícios:** A elaboração de um sistema para classificação do absentismo doença entre servidores de enfermagem lotados em Unidades de Saúde, considerando as características das ausências por doença, sociodemográficas e do trabalho será uma ferramenta para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba avaliar as especificidades da saúde do trabalhador nestas categorias profissionais, que subsidiem o planejamento de ações diferenciadas para atendimento das necessidades de saúde. O estudo também oferecerá a gestão da secretaria Municipal de Saúde de Curitiba uma análise do panorama geral do absentismo-doença entre as equipes de enfermagem de unidades do Distrito do Cajuru.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é viável, com parecer ad hoc de concordância do setor de Saúde Ocupacional.

Endereço: Rua Atílio Bóris, 880
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3380-4061 Fax: (41)3380-4065 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.291.009

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações ou modificações, que gerem emendas ao protocolo devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|--|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | P8_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_938001.pdf | 16/05/2017 15:01:55 | | Aceito |
| Outros | ANALISEDEMERITO.pdf | 16/05/2017 14:59:07 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Aceito |
| Outros | TERMODECOMPROMISSOPARA INICIADAPESQUISA.pdf | 16/05/2017 11:26:44 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Aceito |
| Outros | TERMO PARA UTILIZAÇÃO DOS DADOS E ARQUIVOS.pdf | 16/05/2017 11:24:01 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Aceito |
| Outros | OFICIO DE ENCAMINHAMENTO A TA.pdf | 16/05/2017 11:23:03 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Aceito |
| Outros | EXTRATO DA TA.pdf | 16/05/2017 11:19:36 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Aceito |
| Informações Básicas do Projeto | P8_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_938001.pdf | 14/05/2017 14:32:00 | | Aceito |
| Outros | CHECKLIST.pdf | 14/05/2017 14:22:28 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Aceito |
| Outros | SMS requerimento para apreciação de projetos.pdf | 14/05/2017 14:17:25 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Aceito |
| Outros | DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITOS.pdf | 14/05/2017 14:00:41 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Aceito |

Endereço: Rua Afílio Bóris, 680
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-4061 Fax: (41)3360-4665 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 2.291.089

| | | | | |
|---|--|------------------------|-------------------------------|--------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | BROCHURAPROJETOPESQUISA.docx | 14/05/2017 13:59:48 | LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF | Acelto |
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_938001.pdf | 13/05/2017 13:22:08 | | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | DISPENSATCLE.pdf | 13/05/2017 13:05:05 | LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF | Acelto |
| Outros | RESPONSABILIDADESCOMAPESQUI SA.pdf | 13/05/2017 13:01:39 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | COMPROMISSODOPEQUISADOR.pdf | 13/05/2017 13:00:12 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | TERMOCOMPROMISSOUTILIZACAOD ADOS.pdf | 13/05/2017 12:59:26 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | DECLARAUSOESPECIFICO.pdf | 13/05/2017 12:57:04 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | DECLARACAODETORNARPUBLICO.pdf | 13/05/2017 12:55:43 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf | 13/05/2017 12:52:16 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | CIENCIADEINTERESSEDECAMPODE PESQUISA.pdf | 13/05/2017 12:49:28 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Outros | OFICIOCOMITEDEETICA.pdf | 13/05/2017 12:47:58 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 13/05/2017 12:44:49 | LILLIAN DAISY GONÇALVES | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 22 de Setembro de 2017

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4061 Fax: (41)3360-4065 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 3 - ANÁLISE ESTATÍSTICA SEGUNDO CID

QUADRO 4 - COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NÃO PARAMÉTRICAS DE DUNN

(continua)

| CID | Diferença de Posto Médio | DESVIO Padrão | Estatística do teste | Valor p |
|-----|--------------------------|---------------|----------------------|----------|
| L-R | -42,638 | 101,215 | -0,421 | 0,673561 |
| L-Z | -115,274 | 92,805 | -1,242 | 0,214199 |
| L-G | 150,153 | 124,367 | 1,207 | 0,227303 |
| L-B | 152,442 | 206,729 | 0,737 | 0,460879 |
| L-A | 215,336 | 113,178 | 1,903 | 0,057087 |
| L-J | 286,178 | 97,125 | 2,946 | 0,003214 |
| L-N | -305,845 | 113,732 | -2,689 | 0,007163 |
| L-I | 341,306 | 122,154 | 2,794 | 0,005205 |
| L-K | 365,182 | 104,670 | 3,489 | 0,000485 |
| L-H | 439,792 | 104,670 | 4,202 | 0,000026 |
| L-M | -476,436 | 96,415 | -4,942 | 0,000001 |
| L-E | 522,282 | 156,833 | 3,330 | 0,000868 |
| L-T | -543,360 | 214,974 | -2,528 | 0,011486 |
| L-F | 673,258 | 99,595 | 6,760 | 0,000000 |
| L-S | -877,995 | 108,593 | -8,085 | 0,000000 |
| L-D | 940,290 | 174,544 | 5,387 | 0,000000 |
| L-O | -1003,594 | 199,598 | -5,028 | 0,000000 |
| L-C | 1021,118 | 147,062 | 6,943 | 0,000000 |
| R-Z | -72,636 | 54,051 | -1,344 | 0,179002 |
| R-G | 107,514 | 98,872 | 1,087 | 0,276858 |
| R-B | 109,804 | 192,472 | 0,570 | 0,568344 |
| R-A | 172,698 | 84,367 | 2,047 | 0,040660 |
| R-J | 243,540 | 61,171 | 3,981 | 0,000069 |
| R-N | 263,206 | 85,109 | 3,093 | 0,001984 |
| R-I | 298,667 | 96,075 | 3,109 | 0,001879 |
| R-K | 322,544 | 72,557 | 4,445 | 0,000009 |
| R-H | 397,153 | 72,557 | 5,474 | 0,000000 |
| R-M | 433,797 | 60,038 | 7,225 | 0,000000 |
| R-E | 479,644 | 137,496 | 3,488 | 0,000486 |
| R-T | -500,722 | 201,302 | -2,487 | 0,012867 |
| R-F | 630,619 | 65,022 | 9,699 | 0,000000 |
| R-S | -835,357 | 78,110 | -10,695 | 0,000000 |

QUADRO 4 - COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NÃO PARAMÉTRICAS DE DUNN
(continuação)

| CID | Diferença de Posto Médio | DESVIO Padrão | Estatística do teste | Valor p |
|-----|--------------------------|---------------|----------------------|----------|
| R-D | 897,651 | 157,398 | 5,703 | 0,000000 |
| R-O | 960,955 | 184,792 | 5,200 | 0,000000 |
| R-C | 978,479 | 126,237 | 7,751 | 0,000000 |
| Z-G | 34,879 | 90,245 | 0,386 | 0,699135 |
| Z-B | 37,168 | 188,186 | 0,198 | 0,843430 |
| Z-A | 100,062 | 74,069 | 1,351 | 0,176716 |
| Z-J | 170,904 | 45,938 | 3,720 | 0,000199 |
| Z-N | 190,571 | 74,913 | 2,544 | 0,010962 |
| Z-I | 226,032 | 87,171 | 2,593 | 0,009515 |
| Z-K | 249,908 | 60,274 | 4,146 | 0,000034 |
| Z-H | 324,518 | 60,274 | 5,384 | 0,000000 |
| Z-M | 361,162 | 44,418 | 8,131 | 0,000000 |
| Z-E | 407,008 | 131,429 | 3,097 | 0,001956 |
| Z-T | 428,087 | 197,208 | 2,171 | 0,029951 |
| Z-F | 557,984 | 50,954 | 10,951 | 0,000000 |
| Z-S | 762,722 | 66,855 | 11,409 | 0,000000 |
| Z-D | 825,016 | 152,127 | 5,423 | 0,000000 |
| Z-O | 888,320 | 180,323 | 4,926 | 0,000001 |
| Z-C | 905,844 | 119,600 | 7,574 | 0,000000 |
| G-B | 2,290 | 205,592 | 0,011 | 0,991114 |
| G-A | 65,184 | 111,088 | 0,587 | 0,557353 |
| G-J | -136,025 | 94,681 | -1,437 | 0,150813 |
| G-N | -155,692 | 111,652 | -1,394 | 0,163185 |
| G-I | -191,153 | 120,221 | -1,590 | 0,111830 |
| G-K | -215,030 | 102,407 | -2,100 | 0,035750 |
| G-H | -289,639 | 102,407 | -2,828 | 0,004679 |
| G-M | -326,283 | 93,953 | -3,473 | 0,000515 |
| G-E | 372,130 | 155,331 | 2,396 | 0,016588 |
| G-T | -393,208 | 213,881 | -1,838 | 0,065997 |
| G-F | 523,105 | 97,214 | 5,381 | 0,000000 |
| G-S | -727,843 | 106,413 | -6,840 | 0,000000 |
| G-D | 790,137 | 173,196 | 4,562 | 0,000005 |
| G-O | -853,441 | 198,421 | -4,301 | 0,000017 |
| G-C | 870,965 | 145,459 | 5,988 | 0,000000 |
| B-A | 62,894 | 199,023 | 0,316 | 0,751992 |

QUADRO 4 - COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NÃO PARAMÉTRICAS DE DUNN
(continuação)

| CID | Diferença de Posto Médio | DESVIO Padrão | Estatística do teste | Valor p |
|-----|--------------------------|---------------|----------------------|----------|
| B-J | -133,736 | 190,353 | -0,703 | 0,482326 |
| B-N | -153,403 | 199,339 | -0,770 | 0,441563 |
| B-I | -188,864 | 204,262 | -0,925 | 0,355166 |
| B-K | -212,740 | 194,312 | -1,095 | 0,273587 |
| B-H | -287,349 | 194,312 | -1,479 | 0,139192 |
| B-M | -323,994 | 189,992 | -1,705 | 0,088139 |
| B-E | -369,840 | 226,711 | -1,631 | 0,102821 |
| B-T | -390,918 | 270,213 | -1,447 | 0,147980 |
| B-F | -520,816 | 191,626 | -2,718 | 0,006570 |
| B-S | -725,553 | 196,453 | -3,693 | 0,000221 |
| B-D | -787,848 | 239,304 | -3,292 | 0,000994 |
| B-O | -851,152 | 258,148 | -3,297 | 0,000977 |
| B-C | -868,675 | 220,064 | -3,947 | 0,000079 |
| A-J | -70,842 | 79,414 | -0,892 | 0,372365 |
| A-N | -90,508 | 99,037 | -0,914 | 0,360775 |
| A-I | -125,970 | 108,605 | -1,160 | 0,246095 |
| A-K | -149,846 | 88,483 | -1,694 | 0,090360 |
| A-H | -224,455 | 88,483 | -2,537 | 0,011190 |
| A-M | -261,099 | 78,545 | -3,324 | 0,000887 |
| A-E | -306,946 | 146,526 | -2,095 | 0,036187 |
| A-T | -328,024 | 207,575 | -1,580 | 0,114045 |
| A-F | -457,921 | 82,417 | -5,556 | 0,000000 |
| A-S | -662,659 | 93,091 | -7,118 | 0,000000 |
| A-D | -724,953 | 165,345 | -4,384 | 0,000012 |
| A-O | -788,257 | 191,606 | -4,114 | 0,000039 |
| A-C | -805,781 | 136,017 | -5,924 | 0,000000 |
| J-N | -19,667 | 80,202 | -0,245 | 0,806289 |
| J-I | 55,128 | 91,756 | 0,601 | 0,547967 |
| J-K | -79,004 | 66,733 | -1,184 | 0,236460 |
| J-H | 153,614 | 66,733 | 2,302 | 0,021340 |
| J-M | -190,258 | 52,852 | -3,600 | 0,000318 |
| J-E | 236,104 | 134,514 | 1,755 | 0,079219 |
| J-T | -257,182 | 199,277 | -1,291 | 0,196850 |
| J-F | 387,080 | 58,452 | 6,622 | 0,000000 |
| J-S | -591,817 | 72,732 | -8,137 | 0,000000 |

QUADRO 4 - COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NÃO PARAMÉTRICAS DE DUNN
(continuação)

| CID | Diferença de Posto Médio | DESVIO Padrão | Estatística do teste | Valor p |
|-----|--------------------------|---------------|----------------------|----------|
| J-D | 654,112 | 154,800 | 4,226 | 0,000024 |
| J-O | -717,416 | 182,584 | -3,929 | 0,000085 |
| J-C | 734,940 | 122,982 | 5,976 | 0,000000 |
| N-I | 35,461 | 109,182 | 0,325 | 0,745342 |
| N-K | 59,337 | 89,191 | 0,665 | 0,505866 |
| N-H | 133,947 | 89,191 | 1,502 | 0,133148 |
| N-M | 170,591 | 79,341 | 2,150 | 0,031547 |
| N-E | 216,437 | 146,955 | 1,473 | 0,140800 |
| N-T | -237,516 | 207,877 | -1,143 | 0,253214 |
| N-F | 367,413 | 83,176 | 4,417 | 0,000010 |
| N-S | -572,151 | 93,764 | -6,102 | 0,000000 |
| N-D | 634,445 | 165,724 | 3,828 | 0,000129 |
| N-O | -697,749 | 191,934 | -3,635 | 0,000278 |
| N-C | 715,273 | 136,478 | 5,241 | 0,000000 |
| I-K | -23,876 | 99,708 | -0,239 | 0,810747 |
| I-H | 98,486 | 99,708 | 0,988 | 0,323281 |
| I-M | -135,130 | 91,004 | -1,485 | 0,137577 |
| I-E | 180,976 | 153,566 | 1,178 | 0,238600 |
| I-T | -202,055 | 212,602 | -0,950 | 0,341915 |
| I-F | 331,952 | 94,367 | 3,518 | 0,000435 |
| I-S | -536,690 | 103,819 | -5,169 | 0,000000 |
| I-D | 598,984 | 171,614 | 3,490 | 0,000482 |
| I-O | -662,288 | 197,042 | -3,361 | 0,000776 |
| I-C | 679,812 | 143,572 | 4,735 | 0,000002 |
| K-H | 74,609 | 77,304 | 0,965 | 0,334474 |
| K-M | -111,253 | 65,696 | -1,693 | 0,090367 |
| K-E | 157,100 | 140,059 | 1,122 | 0,262004 |
| K-T | -178,178 | 203,061 | -0,877 | 0,380237 |
| K-F | 308,076 | 70,280 | 4,384 | 0,000012 |
| K-S | -512,813 | 82,538 | -6,213 | 0,000000 |
| K-D | 575,108 | 159,642 | 3,602 | 0,000315 |
| K-O | -638,411 | 186,707 | -3,419 | 0,000628 |
| K-C | 655,935 | 129,024 | 5,084 | 0,000000 |
| H-M | -36,644 | 65,696 | -0,558 | 0,576992 |
| H-E | 82,490 | 140,059 | 0,589 | 0,555883 |

QUADRO 4 - COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS NÃO PARAMÉTRICAS DE DUNN
(conclusão)

| CID | Diferença de Posto Médio | DESVIO Padrão | Estatística do teste | Valor p |
|-----|--------------------------|---------------|----------------------|----------|
| H-T | -103,569 | 203,061 | -0,510 | 0,610026 |
| H-F | 233,466 | 70,280 | 3,322 | 0,000894 |
| H-S | -438,204 | 82,538 | -5,309 | 0,000000 |
| H-D | 500,498 | 159,642 | 3,135 | 0,001718 |
| H-O | -563,802 | 186,707 | -3,020 | 0,002530 |
| H-C | 581,326 | 129,024 | 4,506 | 0,000007 |
| M-E | 45,846 | 134,002 | 0,342 | 0,732252 |
| M-T | -66,925 | 198,932 | -0,336 | 0,736554 |
| M-F | 196,822 | 57,265 | 3,437 | 0,000588 |
| M-S | -401,560 | 71,781 | -5,594 | 0,000000 |
| M-D | 463,854 | 154,355 | 3,005 | 0,002655 |
| M-O | -527,158 | 182,208 | -2,893 | 0,003814 |
| M-C | 544,682 | 122,422 | 4,449 | 0,000009 |
| E-T | -21,078 | 234,253 | -0,090 | 0,928303 |
| E-F | -150,976 | 136,308 | -1,108 | 0,268033 |
| E-S | -355,713 | 143,015 | -2,487 | 0,012874 |
| E-D | 418,008 | 197,804 | 2,113 | 0,034580 |
| E-O | -481,312 | 220,228 | -2,186 | 0,028851 |
| E-C | 498,835 | 174,034 | 2,866 | 0,004153 |
| T-F | 129,897 | 200,493 | 0,648 | 0,517055 |
| T-S | 334,635 | 205,111 | 1,631 | 0,102789 |
| T-D | 396,929 | 246,462 | 1,611 | 0,107287 |
| T-O | 460,233 | 264,797 | 1,738 | 0,082200 |
| T-C | 477,757 | 227,827 | 2,097 | 0,035992 |
| F-S | -204,738 | 75,999 | -2,694 | 0,007061 |
| F-D | 267,032 | 156,362 | 1,708 | 0,087676 |
| F-O | -330,336 | 183,910 | -1,796 | 0,072466 |
| F-C | 347,860 | 124,942 | 2,784 | 0,005367 |
| S-D | 62,294 | 162,241 | 0,384 | 0,701007 |
| S-O | 125,598 | 188,934 | 0,665 | 0,506196 |
| S-C | 143,122 | 132,227 | 1,082 | 0,279074 |
| D-O | -63,304 | 233,172 | -0,271 | 0,786014 |
| D-C | 80,828 | 190,150 | 0,425 | 0,670782 |
| O-C | 17,524 | 213,380 | 0,082 | 0,934547 |