

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - ENSP
CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E
ECOLOGIA HUMANA – CESTEJH

O ABSENTEÍSMO ENTRE OS SERVIDORES CIVIS DE
UM HOSPITAL MILITAR

por

Rosiara de Souza Oliveira Guimarães

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Hermano Albuquerque de Castro

Rio de Janeiro, abril de 2005

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

G963a Guimaraes, Rosiara de Souza Oliveira
O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital
militar. / Rosiara de Souza Oliveira Guimaraes. Rio de Janeiro :
s.n., 2005.
83p., tab

Orientadores: Castro, Hermano Albuquerque de
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública

1. Hospitais Militares-recursos humanos 2.Saúde
Ocupacional 3. Setor Público-recursos humanos 4. Licença
Médica-estatística 5. Transtornos Traumáticos Cumulativos
I. Título

CDD - 20.ed. – 363.11

DEDICO ESTE TRABALHO:

Ao meu marido, que me estimulou confiando em mim, e lhe serei sempre grata pelo sentimento que em lugar de prender e controlar, me libertou e ajudou a crescer.

Aos meus filhos, Antonio Sergio e Isabelle, por terem tentado compreender, apesar da pouca idade, as minhas ausências em momentos tão importantes de suas vidas.

À minha mãe e avó, por serem as responsáveis por eu ter chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS:

Ao Professor Dr Hermano Castro, pela dedicação e competência na orientação deste trabalho.

Ao Sr Cel. Médico Roberto Henrique Guedes Farias, Diretor do Hospital Geral de Brasília por haver gentilmente colocado à disposição os dados utilizados neste trabalho.

A Sr^a Elizabete Aparecida Monteiro, chefe do Setor de Pessoal Civil / HGeB, e as servidoras civis: Margarete Silvano Sousa e Luzia de Fátima Silva Be pela receptividade e colaboração durante a coleta dos dados analisados

A Sr^a Lúcia Maria Cândido Lima, servidora civil do HCE, pelo incentivo e por ser a idealizadora da realização deste trabalho.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ e amigos, com os quais pude compartilhar alegrias, conhecimentos e angústias, que contribuíram para o meu crescimento. Em especial, agradeço a Elisabeth, Érika, Daniela e Felipe.

Ao meu irmão Marcio Mauro, pelo carinho, e a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

RESUMO

Este é um estudo descritivo realizado no Hospital Geral de Brasília, com o objetivo de analisar o absenteísmo-doença entre os servidores civis daquele hospital durante o ano de 2003, através do levantamento das licenças médicas registradas nos prontuários dos servidores civis do Serviço de Pessoal Civil do HGeB.

Os resultados, dentre os quais os índices de absenteísmo-doença encontrado (4,23%), poderão servir de parâmetro para outros estudos, uma vez que não houve levantamento desses dados na instituição em anos anteriores. Observou-se também que os percentuais elevados de licenças médicas concentraram-se nas categorias abaixo do nível médio de formação educacional, confirmando que os grupos mais qualificados, que possui em geral o 3º grau, tem menores índices de absenteísmo. Tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, o motivo mais freqüente das licenças médicas foram às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Em relação à duração das licenças foi detectado que há uma concentração de 61,8% de afastamentos pelo período de até três dias, provocadas por doenças do aparelho respiratório; o período de licenças mais longo foram decorrentes em sua maior parte de doenças do sistema osteomusculares

Considera-se que o absenteísmo-doença poderia ser reduzido com a adoção de políticas preventivas que visassem melhorar as condições de saúde e trabalho dos trabalhadores que atuam nesta instituição. Reconhecer a situação que o trabalhador vive no seu cotidiano torna possível pensar enfoques que privilegiam a promoção da saúde. Deve-se pensar sempre em gerar condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. Pensar na saúde do trabalhador nos remete à *Carta de Ottawa*, quando diz que a "saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam"

ABSTRACT

This is a descriptive study accomplished at the Hospital Geral de Brasília (HGeB), with the objective of analyzing the disease-absenteeism among the civil servants of that hospital during the year of 2003, through a survey of the medical licenses registered in the handbooks of the civil servants' appointments of the Service of Civil Personnel of HGeB.

The results, among which the disease-absenteeism index found (4,23%), may serve as parameters for further studies, once there was no survey of those data in the institution in previous years. It was also observed that the higher percentile of medical licenses was concentrated on the categories below the medium level of education formation, confirming that the most qualified groups, who has the superior degree, in general, has minor index of absenteeism. So much for the male gender as for the female, the most frequent reason of medical licenses was diseases of osteomuscular and conjunctive tissue. About the duration of the licenses, it was detected that there is a concentration of 61,8% by absences up to three days long, mostly as result of respiratory system diseases; diseases of osteomuscular and conjunctive tissue mostly caused the longer period of licenses.

It is considered that the absenteeism-disease could be reduced by the adoption of preventive politics that sought the health and working conditions of the workers that act in that institution to get better. Recognizing the situation that the worker lives daily turns possible to think about focus that can privilege health promotion. It should always be thought about generating life conditions, stimulus, satisfaction and pleasant and safe work. Thinking in the worker's health sends us to the Letter of Ottawa, when it says that "health is built and lived by people side of that they do in their day by day: when they learn, they work, they have fun and they love".

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

SUMÁRIO

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS

INTRODUÇÃO.....	1
Histórico da Medicina do Trabalho.....	2
A situação atual.....	4
Causas do absenteísmo.....	8
Conseqüências do absenteísmo.....	13
Histórico da organização hospitalar.....	14
O trabalho hospitalar.....	18
Ambiente de trabalho hospitalar e absenteísmo-doença	21
OBJETIVOS DO TRABALHO.....	34
Objetivo geral.....	34
Objetivos específicos	34
MATERIAL E MÉTODO.....	35
Tipo de estudo.....	35
Local do estudo.....	35
População.....	35
Variáveis de estudo.....	36
Coleta de dados.....	36
Estatística e análise dos dados.....	37

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	39
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
Análise das licenças médicas por cargo.....	48
Análise das licenças médicas concedidas durante o ano.....	50
Análise do índice de absentismo-doença.....	52
Análise das licenças homologadas por gênero	54
Análise da idade dos servidores civis na ativa no ano de 2003	55
Análise da frequência de licenças médicas por trabalhador.....	56
Análise das licenças médicas por grau de escolaridade.....	56
Análise das licenças médicas por motivos e por gênero.....	57
Análise da duração das licenças médicas.....	63
Análise das licenças médicas por motivos e por duração.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Ocorrência de licenças médicas homologadas entre os servidores civis do HGeB, por mês, no período de janeiro a dezembro de 2003.	41
Gráfico 2	Idade categorizada por gênero dos servidores civis do HGeB que tiveram licenças médicas homologadas no período de janeiro a dezembro de 2003.	43
Gráfico 3	Distribuição quanto ao número de vezes que os servidores civis procuraram o SPC/HGeB no período de janeiro a dezembro de 2003 para homologação de AM.	44
Gráfico 4	Distribuição da licença médica dos servidores civis quanto ao número de dias de afastamento no período de janeiro a dezembro de 2003.	46

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Cargos existentes entre os servidores civis do HGeB em 2003	39
Tabela 2	Distribuição dos servidores civis que obtiveram licença médica por categoria funcional no período de janeiro a dezembro de 2003.	40
Tabela 3	Índice de absenteísmo-doença dos servidores civis atendidos no SPC/HGeB para homologação de atestados médicos no período de janeiro a dezembro de 2003.	41
Tabela 4	Distribuição dos servidores civis afastados e não afastados do HGeB, por gênero no ano de 2003	42
Tabela 5	Distribuição por idade dos Servidores Civis do HGeB, afastados por licenças médicas e não afastados, no período de janeiro a dezembro de 2003.	42
Tabela 6	Distribuição por média de idades dos Servidores Civis do HGeB no período de janeiro a dezembro de 2003.	43
Tabela 7	Comparação da quantidade de servidores, com graus de escolaridade e de licenças homologadas.	44
Tabela 8	Distribuição dos motivos de licença médica dos trabalhadores do HGeB, por gênero e os totais de janeiro a dezembro de 2003.	45
Tabela 9	Distribuição dos motivos de licença médica dos servidores civis atendidos no SPC/HGeB por tempo de afastamento de janeiro a dezembro de 2003.	47

LISTA DE SIGLAS

AM	Atestados Médicos
C	Coefficiente de Contingência de Pearson
CAT	Comunicação de Acidentes do Trabalho
CDC	<i>Center for Disease Control</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COEP	Comitê de Ética
CRST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
DP	Desvio Padrão
DORT	Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho
HGeB	Hospital Geral de Brasília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
Me	Média
Md	Mediana
MTbE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Reguladora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SPC	Serviço de Pessoal Civil
SUS	Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

Na sociedade moderna, as pessoas vivem pressionadas, dentre outros fatores, por incertezas, frustrações e medos, provocados por descréditos nos governos, instabilidade do mercado de trabalho e dificuldades no exercício profissional, perante as constantes crises econômicas. Essas pressões sociais acarretam para o trabalhador situações de estresse psíquico que comprometem sua qualidade de vida. Uma instituição realmente responsável pelo trabalhador deve oferecer condições que conduzam ao aumento da produtividade e que, ao mesmo tempo, possibilitem o crescimento do grau de satisfação e de realização profissional do trabalhador.

O trabalho sempre ocupou lugar de destaque na vida das pessoas por necessidade de realização pessoal e como forma de subsistência. Pode-se considerar o trabalho como um organizador da vida social, que abre espaço para a dominação e a submissão do trabalhador ao capital, cabendo a alguns o “direito” de pensar e projetar o que deve ser executado por outros, geralmente menos qualificados e inseridos na base da pirâmide social.

No que diz respeito à relação trabalho e saúde, os trabalhadores de áreas operacionais, em sua maioria, estão mais sujeitos a ambientes e condições insalubres. Os integrantes da cúpula gerencial convivem, geralmente, com níveis elevados de estresse, que acabam por afetar corpos e mentes dos trabalhadores, porque os gerentes transferem suas frustrações para os subordinados muitas vezes na forma de cobranças e intolerâncias. Assim, o trabalho, visto historicamente como forma de realização, tornou-se fonte de risco para a saúde. As diversas formas de trabalho, realizadas no interior das organizações, vêm elevando os agravos à saúde, pois o trabalhador ainda é visto como uma “máquina” no processo produtivo e pouca atenção tem sido dada aos aspectos de proteção ambiental no trabalho, como também em relação a sua participação no planejamento e organização do processo de trabalho.

Histórico da Medicina do Trabalho

Com a Revolução Industrial, a partir do século XVIII, as características artesanais foram deixadas de lado e, novas tecnologias foram absorvidas gradualmente, dentro de um movimento mais amplo, para aumentar a produção e, conseqüentemente, produzir rápido acúmulo de capital. As condições de trabalho eram, na maior parte das vezes, inadequadas e desumanas para o operário e, de acordo com VALLE & VIEIRA¹, a remuneração era baixa, ocorria a exploração do trabalho feminino e infantil e as jornadas de trabalho diário ultrapassavam 14 horas, sendo o trabalhador submetido a ambientes insalubres, morando em cortiços sem condições mínimas de higiene. Isto aumentava a disseminação de doenças, que não eram tratadas, pela falta de recursos. Havia, também, o risco maior – de se acidentar com os novos equipamentos de trabalho, que freqüentemente causavam mutilações e mortes. As péssimas condições do local de trabalho e o acúmulo de pessoas nos recintos das fábricas contribuíam para a proliferação de doenças infecto-contagiosas, como tifo, denominada naquela época como “febre das fábricas”².

Relata-se que um empresário inglês, preocupado com os problemas de saúde dos seus operários, pediu ao Dr. Robert Backer, um médico estudioso das relações entre trabalho e saúde, para avaliar a situação. Este, sugere a contratação de um médico para visitar os locais de trabalho e estudar as possíveis influências destes ambientes sobre a saúde dos trabalhadores. Surge, assim, o primeiro serviço médico industrial, em 1830.

MENDES & DIAS³ explicam que o capital apresentava expectativas quanto à finalidade do serviço médico na indústria, de forma que atendesse aos interesses do patronato, criando assim algumas condições favoráveis para o funcionamento do serviço, como o gerenciamento e a tarefa de prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos da atividade laboral. O Serviço Médico Industrial deveria ser assumido por pessoas de inteira confiança do empresário, centrado na figura do médico. Dentro do desenvolvimento da administração, fica evidente que os princípios, tanto taylorista como fordista, encontram na Medicina do Trabalho uma aliada para garantir a produtividade. A meta do mercado era ter um funcionário sadio, com baixo índice de absenteísmo, e para isto o médico iria contribuir ao fazer a seleção da força de trabalho, além de atender aos interesses da empresa, a fim de proporcionar o retorno mais rápido do trabalhador à atividade laboral⁴. O médico assim

assumia um papel de destaque, ao atender o trabalhador doente, sem, no entanto, interferir nos fatores causais da enfermidade. Deste modo, a relação trabalho e saúde ficava prejudicada, pois o trabalhador era colocado em um segundo plano.

De acordo com OLIVEIRA⁴, o trabalhador recebia somente um atendimento especializado para poder administrar os efeitos dos agentes agressivos, sendo que o serviço médico não tinha autonomia para interferir no processo de produção e assim eliminar as fontes dos problemas, diferente da idealização do Serviço Médico Industrial sugerido pelo Dr. Robert Backer.

A preocupação em oferecer serviços médicos aos trabalhadores foi ampliada para o cenário internacional, notadamente no âmbito da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Especialistas foram chamados para fazer um estudo das diretrizes gerais da organização desses serviços, substituindo, em 1958, a denominação anterior de Serviço Médico do Trabalho para Serviços de Medicina do Trabalho. Com isto, transferiu-se a responsabilidade dos problemas de saúde do médico para o serviço como um todo, através de procedimentos que englobavam as funções, o pessoal, as instalações e os meios de ação. Assim, garantir-se-ia a proteção ao trabalhador contra qualquer agravo decorrente da tarefa laboral e contribuir-se-ia para a adaptação, estabelecimento e manutenção do bem-estar físico e mental do trabalhador³. Observou-se a necessidade de promover ações sobre as causas das doenças e dos acidentes, modificando o local de trabalho e melhorando as suas condições. No Brasil, tornou-se obrigatório o serviço médico dentro das empresas, a partir da década de 70, e a publicação da portaria 3.214/78, atual Norma Regulamentadora 4, acrescentou a obrigatoriedade de equipes multidisciplinares nos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), envolvendo médicos, enfermeiros, engenheiros, técnicos de segurança no trabalho e auxiliares de enfermagem do trabalho⁵. Este aspecto de multi e interdisciplinaridade, segundo MENDES & DIAS³, serviria como estratégia para intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar riscos.

Porém, o modelo de saúde ocupacional no Brasil, não atingiu todos seus objetivos, por falta de unidade nas proposições e pelas deficiências na formação dos profissionais. Diante dos altos índices de acidentes de trabalho no país, a preocupação com

saúde do trabalhador foi crescendo. Surgem a lei orgânica da saúde (8.080/90) e a lei previdenciária (8.213/91), que instituíram normas de amparo à saúde do trabalhador. Em 1990, o Brasil ratifica a Convenção 161 da OIT, sobre Serviços de Saúde do Trabalho e, em 1992, a Convenção 155/OIT, sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores⁴.

A situação atual

Não se pode deixar de mencionar que o avanço tecnológico alcançado em diversos setores, segundo LADEIRA⁶, intensificou as discussões entre planejadores, engenheiros, profissionais de saúde e outros nos últimos vinte anos, buscando recuperar o sentido do trabalho humano e o reconhecimento do saber do trabalhador. “Valoriza-se, nesse movimento, o direito do trabalhador à informação, à recusa de tarefas excessivamente perigosas ou arriscadas à sua saúde e, acima de tudo, a uma maior humanização do ambiente de trabalho”.

Apesar do avanço jurídico-institucional, a saúde do trabalhador, no momento, apresenta as previsões legais mais sob um sentido de promessa do que de efeito direto⁴. As mudanças nos processos de trabalho, em que o setor terciário vem crescendo abruptamente e as novas tecnologias acentuam a utilização da informatização e da automação, trouxeram profundas modificações na organização do trabalho. Nas condições de trabalho oferecidas, encontram-se problemas relacionados a variação de renda, qualificação, oportunidade de construir uma carreira e autonomia de decisão nas questões cotidianas, como também a manipulação e o controle da classe assalariada, diminuindo a dependência do empresário em relação aos trabalhadores. Entende-se com isso que se construiu um ambiente de pouca realização, no qual é perceptível o medo de perder o emprego, a deficiência nas relações interpessoais e, ainda, os conflitos na realização da tarefa, pois o trabalhador perdeu a consciência da importância do seu trabalho no produto final.

Essa situação tem levado os trabalhadores, ao longo dos anos, a assumir posturas defensivas frente às condições de trabalho inadequadas e insatisfatórias, tais como faltas ao serviço, que afetam a eles próprios, às organizações e os resultados finais da produção. Para um trabalhador executar bem suas atribuições, é necessário que este deseje

trabalhar e que possua condições satisfatórias para exercer suas funções. No entanto, o que percebemos é que tanto o desejo quanto as condições estão seriamente prejudicados, em decorrência de políticas empresariais que não valorizam o trabalhador como centro do processo produtivo. O que vemos é o trabalho favorecendo a doença e a doença prejudicando o trabalho. De acordo com ARAÚJO ², os fatos relatados ao longo da história da humanidade confirmam ser o ambiente de trabalho um causador de incapacidades, doenças e mortes dos seus trabalhadores.

A remuneração não condizente com o trabalho executado e a exposição a riscos, são fatores predisponentes à perda de saúde por parte do trabalhador. Portanto, a forma de inserção do homem no processo produtivo é fator determinante da sua condição de saúde ⁷.

MENDES ⁸ diz que o sonho é trabalhar sem necessariamente adoecer ou morrer em decorrência do trabalho. Isto é mais que um sonho, mais que uma crença; é uma possibilidade concreta, no mundo em rápida transformação. Adoecer e morrer em decorrência do trabalho pode ocorrer em função de uma doença profissional ou de uma doença relacionada ao trabalho.

De acordo com a Lei 8213/91, doença profissional é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e Emprego e da Previdência Social e a doença relacionada ao trabalho é entendida como doença adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente ⁹.

No Brasil, o trabalhador de acordo com o vínculo empregatício, poderá gozar da licença para tratamento de saúde por um período determinado pelo médico, após passar por uma avaliação no Serviço Especializado em Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT).

Para o servidor público da União, a concessão destas licenças passa por determinações legais que envolvem o trabalhador que está submetido ao regime estatutário, instituído pela Lei 8112/90 - Regime Jurídico Único dos Servidores Civis da União, que dispõe incluindo suas modificações posteriores até 1999: "os benefícios do Plano de

Seguridade Social do servidor compreendem, quanto ao servidor: aposentadoria, auxílio-natalidade, salário-família, licença para tratamento de saúde", dentre outros. A União tem, entre seus diversos compromissos com o trabalhador, o oferecimento de uma cobertura aos riscos a que tanto o servidor como a sua família está sujeita, garantindo benefícios e ações que ofereçam meios de subsistência nos eventos de doença, invalidez, velhice, acidente em serviço, inatividade, falecimento, reclusão, proteção à maternidade, à adoção e à paternidade, e assistência à saúde. Os benefícios do plano de seguridade do servidor abrangem tanto o servidor como os seus dependentes, destacando-se a licença para tratamento de saúde, que será percebida sem prejuízo a sua remuneração, podendo o trabalhador ausentar-se até 30 dias, após passar pelo médico do setor de assistência do órgão pessoal. Se necessitar de prazo de afastamento superior, o servidor passará por uma perícia médica oficial da instituição ¹⁰.

Em relação aos trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a qual institui normas individuais e coletivas de trabalho mediante direitos e obrigações recíprocas, concede-se ao segurado, durante os primeiros 15 dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, salário integral, pago pela empresa, que deve ainda fornecer o exame médico e o abono de faltas, através de um serviço médico ou convênio de saúde. Se o afastamento ultrapassar 15 dias consecutivos, o segurado deverá ser encaminhado à perícia médica do INSS, fazendo jus aos direitos previdenciários que o trabalhador segurado tem ¹¹.

No afastamento por doença ocupacional o trabalhador tem garantido por um período de 12 meses, contados a partir da cessação do auxílio-doença acidentário, a manutenção do seu emprego quando retomar ao trabalho, após 15 dias de afastamento¹¹. No que diz respeito ao afastamento por motivos de doença que não foi classificado como acidente de trabalho nem como doença profissional ou do trabalho, o trabalhador não tem garantia do seu emprego ao retomar ao trabalho. Existem algumas convenções coletivas estipulando estabilidade provisória de alguns meses, após o retomo do trabalhador à atividade laboral, a fim de que este possa readquirir o ritmo de produção, mantendo assim o seu emprego ⁴. Contudo, torna-se importante o estabelecimento do nexo causal entre a doença e a ocupação exercida, uma vez que o trabalhador poderá permanecer muito tempo recebendo tratamento de uma doença ocupacional como se fosse comum. Para isso,o

empenho dos profissionais de saúde é um fator determinante na diminuição das incapacidades geradas pelo trabalho. Segundo MENDES¹², os profissionais de saúde, que têm oportunidade e a obrigação de acompanhar os trabalhadores anos a fio, detêm maiores condições de detectar os agravos precocemente nas populações expostas às condições de risco.

Controlar a ocorrência dos riscos ambientais, como os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho, faz parte do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), instituído pela Norma Reguladora (NR) 9, considerando a natureza, a concentração ou intensidade e o tempo de exposição que são capazes de causar danos à saúde dos trabalhadores.^{4; 11}

Os riscos ambientais considerados como agentes físicos contemplam diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, destacando-se ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, infra e ultra-som. Os agentes químicos constituem substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo, pela via respiratória, na forma de poeira, fumo, névoa, neblina, gás ou vapor, ou, pela natureza da atividade de exposição, que possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão. Os agentes biológicos incluem bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários e vírus, dentre outros⁵.

O ministro da saúde, Barjas Negri, fez a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo regras para a organização e implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), tanto de âmbito estadual, como regional¹³.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador atua da seguinte forma: atendendo trabalhadores acidentados ou portadores de doenças profissionais; realizando exames médicos, com avaliação denexo causal para doenças e acidentes, orientando a abertura de Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); atendendo e orientando os portadores de lesões por esforço repetitivo (LER) / doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT), através de grupos de apoio e de qualidade de vida; outros serviços (fonoaudiologia, fisioterapia e atendimento específico como saúde mental relacionado ao

trabalho) são encaminhados aos profissionais da rede municipal; na promoção da saúde são realizadas atividades de palestras e cursos de capacitação em ações conjuntas com entidades e Universidades ¹⁴.

Para a estruturação dessa rede nacional, os CRST estaduais e regionais deverão estar integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação Integrado, a implementação conjunta de projetos, a elaboração de material institucional e de comunicação permanente. Além disto está previsto a elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador como requisito indispensável para o cadastramento, devendo esses CRSTs integrar a rede municipal e/ou estadual do SUS ¹³.

O absenteísmo-doença pode ser definido como falta não prevista ao trabalho por motivo de doença ¹⁵. Este tipo de ausência caracteriza-se pela frequência (número de faltas ao trabalho) e duração (número de dias de ausência). Com base nesses dados e em outros, como início da doença, duração, diagnóstico médico, ocupação, gênero e idade, pode-se observar as tendências do fenômeno ao longo do tempo e as áreas problema para futura investigação ¹⁶.

Com base no exposto, pode-se entender que o absenteísmo-doença entre trabalhadores constitui um fenômeno permanente no hospital, representando um problema sério e expressivo, pois acarreta ônus para o trabalhador, o paciente, a empresa, a família e a sociedade.

A capacidade de trabalho está relacionada com a saúde do trabalhador, podendo sofrer alterações diante das condições do ambiente a ele oferecido. O trabalhador, portanto, deve ser protegido dos danos à sua saúde no momento em que executa suas tarefas. O adoecer e morrer por causa do trabalho geram situações evitáveis, e não se pode aceitar passivamente que o trabalho seja causador de doenças ao trabalhador, produzindo interferências na quantidade e qualidade de vida ¹⁷.

Causas do absenteísmo

No entanto, dependendo de como o trabalho seja organizado pelo homem, pode-se tornar nocivo e perigoso, repercutindo na saúde do trabalhador. O advento do

capitalismo transformou a relação do homem com a natureza, considerando o processo de desgaste e o perfil de morbi-mortalidade de vários segmentos de trabalhadores em diferentes grupos sociais.

Para compreender este desgaste físico e mental provocado pelo trabalho, é relevante expressar os momentos que caracterizam os processos produtivos, iniciando com o momento da cooperação simples que não apresenta monotonia e nem desqualifica o trabalhador, pois oferece autonomia e liberdade de movimento no processo da produção, embora provoque desgastes físicos, decorrentes da jornada de trabalho extensa e contato com ambientes nocivos à saúde. No momento da manufatura, a divisão técnica de trabalho é introduzida com a intenção de limitar os movimentos, através da repetição e monotonia. O agravo psíquico à saúde do trabalhador está relacionado com a própria ruptura entre concepção e execução, que exige maior concentração em uma mesma atividade repetitiva, com uma longa jornada de trabalho. O momento da maquinaria substitui as ferramentas artesanais pelas máquinas de impulsão mecânica, predominando movimentos estereotipados e repetitivos, além da inversão de turnos rotativos de trabalho, com implicações na vida social e familiar do trabalhador e no ciclo circadiano, em que se destacam transtornos gastro-intestinais, sexuais, alterações do sono, etc.

O aumento do ritmo de trabalho imposto pelas técnicas taylorista, fayolista e fordista de gestão causa a fadiga física e mental nos trabalhadores. A não exposição direta do trabalhador aos riscos ocupacionais tradicionais não deixa de provocar algum dano, uma vez que predominam nesta forma de organização do trabalho a imobilidade, a monotonia e a exigência de um nível alto de concentração para a realização das tarefas. Foi reduzido o esforço físico, mas o desgaste psíquico manifestou-se em alta escala diante da pressão organizacional ¹⁸.

O trabalho é imprescindível na nossa sociedade, mas a relação do trabalhador com o trabalho apresenta muitas vezes conflitos, tornando-se, em vários momentos, um fardo pesado em sua vida, diante da fragmentação da tarefa e da burocratização, acrescida do excesso de normas, rotinas e exigências da instituição empregadora. A divisão do trabalho reforça, de um lado a diferença entre dois grupos: a

minoria pensante, detentora do conhecimento, e, de outro, a maioria alienada, executora das atividades desqualificadas e repetitivas.

O trabalho, assim concebido, traz conseqüências psicopatológicas para o trabalhador, pois conduz a uma individualização que apaga as iniciativas espontâneas, quebrando as responsabilidades e o saber, e anulando as defesas coletivas, uma vez que o grupo de trabalhadores encontra-se fracionado, e com isso as respostas ao sofrimento provocado pelo trabalho tornam-se fortemente personalizadas ¹⁹.

Como os homens não ficam passivos diante das pressões organizacionais, entendemos a necessidade de compreender as estratégias defensivas adotadas por parte dos trabalhadores com a finalidade de evitar a doença e preservar, ainda que precariamente, seu equilíbrio psíquico. Para isto, tornou-se necessário o estudo da psicodinâmica do trabalho, que permitirá analisar a vivência do trabalhador em relação à organização do trabalho e perceber o que pode estar causando sofrimento ou sofrimento dentro da organização, avançando cada vez mais na interpretação da normalidade, que surge como um equilíbrio instável entre o sofrimento e as defesas contra este no ambiente organizacional.

Na organização do trabalho, a distância entre o trabalho prescrito e o real ocasionam dificuldades, inquietações e sofrimento nos trabalhadores, uma vez que esta prescrição é elaborada e transmitida por atores específicos como a direção da empresa, ou seus representantes, que repassa os padrões de condutas e as rotinas que devem ser seguidas, tal qual foram elaborados, não havendo qualquer preocupação com as questões ergonômicas, a adaptação das pessoas ao trabalho, a recomposição de pessoal e a redistribuição de tarefas.

Uma organização do trabalho autoritária, rígida e imutável conduz ao aumento da carga psíquica no trabalhador, desencadeando um sentimento de desprazer, fadiga e tensão. Mesmo que o trabalhador utilize as suas aptidões intelectuais, psicossensoriais, de aprendizagem e de adaptação, se há um bloqueio na relação homem-organização, iniciar-se-á o sofrimento no trabalho. O prazer do trabalhador corresponde à descarga da energia psíquica através da tarefa, diminuindo assim a carga psíquica do trabalho. Essa carga resulta da comparação do desejo do trabalhador com a imposição do empregador dentro da organização do trabalho ²⁰.

Por ser a organização do trabalho fonte da carga psíquica, a forma encontrada para diminuir esta carga deverá ocorrer quando a empresa der maior liberdade ao trabalhador para rearranjar o seu próprio modo operatório encontrando, assim, alternativas mais prazerosas no desempenho das atividades no local do trabalho. A organização do trabalho de forma mais flexível transformará o trabalho de fatigante em equilibrante²¹.

A carga psíquica é uma vivência subjetiva que não é possível quantificar, pois o prazer, a satisfação, a frustração e a agressividade dificilmente se deixam dominar por números. Os efeitos concretos e reais da subjetividade na relação homem-trabalho poderiam ser exemplificados quando o trabalhador, diante das pressões no ambiente de trabalho, não consegue manter o seu ritmo ou o equilíbrio mental. A reação neste caso será individual, como largar o trabalho, trocar de posto ou até adotar o absenteísmo²¹.

Temos o trabalho na sociedade industrializada do mundo moderno como uma rotina cansativa, sem motivação, tendo como recompensa o salário no fim do mês. As pessoas estão trabalhando cada vez mais, dispondo de um tempo menor para o lazer, família, artes e natureza. O Brasil, com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentou uma jornada de 41 horas semanais em média por trabalhador no final dos anos 90, em relação às 39 do começo da década. Houve o acréscimo de duas horas por semana, o que significa oito ou dez horas a mais por mês, totalizando cerca de 100 horas por ano. Outro levantamento do IBGE mostra que 71 % da população brasileira economicamente ativa trabalha mais de 40 horas semanais, sendo que 39% desenvolvem uma jornada de 45 horas semanais. A justificativa oferecida para esclarecer esta situação está relacionada à utilização abusiva da hora extra, levando à redução de pessoal²².

O ritmo acelerado de trabalho atual traz conseqüências para o trabalhador, pois este se submete às leis do mercado para manter o emprego, diante da falta de oportunidade em outros setores, pois não vê chance de encontrar outro trabalho.

Acredita-se que a população brasileira tenha uma situação de muito mais doença que de saúde, pois, entre outros fatores desencadeantes de doença, realizam atividades laborais que poderão provocar desgastes físicos, psíquicos ou ambos, uma vez

que trabalham em mais de um local ou realizam horas extras para poder incrementar os salários, que geralmente são insuficientes para o seu sustento e o da família²³.

A utilização de atitudes transgressivas, as quais são vistas como mecanismos de defesa utilizados pelos trabalhadores para conseguir enfrentar as imposições da organização do trabalho, auxilia o trabalhador no exercício de suas funções, uma vez que é difícil trabalhar seguindo todos os regulamentos prescritos pela organização do trabalho²⁴. Assim, as ausências dos trabalhadores ao trabalho podem ser consideradas como uma resposta transgressiva à intensificação do trabalho organizacional, principalmente na empresa hospitalar, que possui grande complexidade e especificidade de trabalho. Ao relacionar essas ausências às condições de trabalho, pode-se perceber o reflexo deste fenômeno na qualidade, na produtividade, na organização e também na própria vida do trabalhador²⁵.

Outros estudiosos têm atribuído ao absenteísmo diversos fatores causais, destacando-se: doenças efetivamente comprovadas; doenças não comprovadas; razões familiares; atrasos involuntários; faltas voluntárias por razões pessoais; dificuldades e problemas de transporte; baixa motivação e estímulo para trabalhar; supervisão ineficaz; dificuldades do trabalhador em relação à administração, a superiores imediatos e a colegas de trabalho; falta de integração do trabalhador à organização; e políticas organizacionais inadequadas^{15; 26; 27; 28}; problemas de relacionamento com chefias, supervisão, insatisfação no trabalho; e doenças familiares ou próprias^{28; 29}; e aspectos relacionados às condições precárias de trabalho^{22; 30; 31}. Sendo essas causas multifatoriais, podem ser relacionadas a fatores de trabalho, socioeconômicos e culturais; personalidade; e doença²⁶; fatores geográficos, organizacionais e pessoais¹⁵; e causas médicas, sociais, psicológicas e outras³².

Citados pela OIT¹⁵, temos os fatores geográficos, que estão relacionados com as situações políticas, sociais e econômicas da região onde se encontra a organização; os fatores organizacionais, que vão desde a natureza das atividades, as relações de trabalho, a política de recursos humanos, as condições de trabalho, os riscos e serviço de medicina do trabalho, dentre outros; os fatores pessoais, que incluem gênero, idade, qualificação profissional e satisfação no trabalho.

Outra maneira de classificar as causas do absenteísmo que pertencem ao grupo médico, citaria abrangendo doença, gravidez e falta de tratamento imediato e adequado; ao grupo social, relacionado com doença na família, sobrecarga de atividade e responsabilidade; ao grupo psicológico, enquadrando motivos direcionados para desmotivação e fadiga psíquica; ao grupo de outras causas, caracterizam-se pelas informações que não se enquadram nas causas já descritas, sendo puramente pessoal ³².

Conseqüências do absenteísmo

Nas empresas, o problema do absenteísmo é fonte de preocupação para todos os empresários nos diversos ramos de atividade, pois pode desencadear problemas, tais como: em locais onde o processo de trabalho é realizado em série, a ausência de um trabalhador prejudica, na medida em que reduz a produtividade na empresa, aumentando o custo de produção, que certamente irá refletir no custo final para o consumidor; aumenta o custo para a Previdência Social, com o repasse das despesas para todos seguimentos da sociedade; e diminui os rendimentos econômicos do trabalhador. Caso o trabalhador se ausente por um período superior a um mês, ao retomar a atividade laboral, perde em média 35% em sua rapidez na execução do serviço ^{26; 33}.

Alguns autores esclarecem que o custo elevado do absenteísmo deve-se ao pagamento dos profissionais contratados pelo sistema de terceirização ou horas extras, diante da necessidade de dar prosseguimento às atividades laborais, principalmente em setores que não podem parar, como unidades hospitalares

A ausência de um trabalhador traz perturbações à realização da atividade laboral, sobrecarregando os presentes, reduzindo a produção, aumentando o custo operacional, dificultando a substituição imediata do trabalhador e diminuindo sensivelmente a qualidade do trabalho a ser realizado ^{29; 30; 34}.

Dentre os tipos de ausências mencionados na literatura, encontramos as não compensáveis e compensáveis. A primeira geralmente está relacionada com faltas ao trabalho sem justificativa, que não podem ser compensadas; a segunda, por doença, em que o trabalhador recebe um período de licença, que poderá ser compensado ¹⁸. A justificativa

da ausência mais comumente utilizada pelo trabalhador é por motivo de doença, por meio das licenças médicas²⁷.

Histórico da organização hospitalar

O hospital como instrumento de produzir cura é uma invenção relativamente nova, datando do final do século XVIII. O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não era uma instituição médica, e a medicina era, nesta época, uma prática não hospitalar.

Baseando-se em uma análise de Foucault³⁵, antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência e de exclusão dos pobres; o pobre necessita de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio deve ser mantido afastado. A função do hospital nesta época é recolhê-lo e assim proteger os outros do perigo que ele representa.

O personagem principal do hospital até o século XVIII era o pobre que está morrendo e que deve ser assistido material e espiritualmente, devendo ser ministrados cuidados até o último sacramento; esta era a função principal do hospital. O hospital era um lugar onde morrer e o pessoal hospitalar não estavam destinados a curar o doente, mas a conseguir sua própria salvação; era um pessoal que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que garantisse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação da alma do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Existia uma função de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde da população em geral. O Hospital Geral, lugar de internação, onde se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, e outros. Era ainda em meados do século XVIII, uma espécie de instrumento para exclusão, assistência social e transformação espiritual, em que a função médica não aparece.

A prática médica dos séculos XVII e XVIII era individualista. Individualista por parte do médico, qualificado como tal após obter conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas. A experiência hospitalar não fazia parte do ritual da formação médica. Cabia ao médico observar o doente e a doença, prever a evolução, ver de que lado estaria a vitória e favorecer, a vitória da saúde e da natureza sobre a doença. A

idéia de observações no interior do hospital, para se registrar as generalidades ou os elementos particulares estava excluída da prática médica. O hospital e a medicina permanecem, independentes até meados do século XVIII.

O primeiro fator para a medicina tornar-se hospitalar foi a anulação dos efeitos negativos do hospital, os efeitos nocivos da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que podiam ser transmitidas para as pessoas internadas e se espalhar pela cidade, como também desordem econômico-social. As primeiras grandes organizações hospitalares da Europa, no século XVII, eram os hospitais marítimos e militares. O hospital marítimo era um lugar de desordem econômica. Na França através dele se fazia tráfico de diversas mercadorias trazidos das colônias. O traficante se fingia de doente, era levado ao hospital ao desembarcar, escondendo objetos que escapavam ao controle alfandegário. A partir do século XVII é feito um primeiro regulamento hospitalar, que permitia a inspeção e registro do que estava contido nos cofres que os marinheiros, médicos e boticários detinham nos hospitais³⁵.

Aparece nesses hospitais marítimos e militares, o problema da quarentena, devido às doenças epidêmicas que as pessoas que desembarcam poderiam trazer, mas tratava-se, de um tipo de hospitalização que não procurava fazer do hospital um instrumento de cura, mas impedir que houvesse um foco de desordem econômica ou médica.

Os hospitais militares e marítimos tornaram-se modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, assim como o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. Nesta época a formação do indivíduo, sua capacidade passa a ter um preço para a sociedade.

Examine-se o exemplo do exército. Até a segunda metade do século XVII para se recrutar soldados: bastava ter dinheiro. Encontrava-se por toda Europa, desempregados, vagabundos, miseráveis dispostos a entrar no exército de qualquer nacionalidade ou religião. Com o surgimento do fuzil, no final do século XVII, o exército torna-se técnico e mais custoso. Para se aprender a manejar um fuzil seria preciso treinamento e assim o preço de um soldado ultrapassaria o preço de uma simples mão-de-

obra e o custo do exército se tornaria uma parte importante do orçamento dos países. Ao se formar o soldado não se podia deixá-lo morrer de doença, se ele morresse deveria ser em plena forma, como soldado, na batalha. Surge, portanto, uma reorganização administrativa e política do hospital militar; era preciso vigiar os homens no hospital militar para que não desertassem, visto a formação ter sido custosa, era preciso curá-los, evitando que morressem de doença, era preciso evitar que quando curados continuassem a se fingir de doentes e permanecessem na cama. Aconteceu o mesmo com o hospital marítimo, quando a técnica da marinha tornou-se muito mais complicada e não se podia perder alguém cuja formação foi custosa.

A reorganização do hospital militar e marítimo não se deu a partir de uma técnica médica, mas, essencialmente, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina. A disciplina é uma técnica de exercício de poder que encontramos desde a Antiguidade. Na Legião Romana já se encontrava um exemplo de disciplina, nos séculos XVII e XVIII o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens. A disciplina é análise do espaço, controle dos gestos, é uma técnica de poder que implica na vigilância perpétua e constante dos indivíduos e no registro contínuo para que nenhum elemento escape ao saber.

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço do confuso hospital, até então, que vai possibilitar sua medicalização. O hospital se disciplinou por razões econômicas: o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propagassem explicam o esquadramento disciplinar a que estavam submetidos os hospitais. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, a disciplinarização do espaço médico e à transformação, nesta época, do saber e das práticas médicas.

Na medicina do século XVIII, o grande modelo para se entender as doenças é a botânica, devendo, portanto, a doença ser compreendida como um fenômeno natural. A doença é a natureza, devido à ação particular do meio sobre o indivíduo. Ocorrendo, pois o ajuste desses dois processos, o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar, que tivemos a origem do hospital médico. A disciplina hospitalar teria como função a vigilância do mundo confuso do doente e da doença e a disciplina iria transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Os doentes seriam

colocados em um espaço onde pudessem ser vigiados e onde seria registrado o que acontece; ao mesmo tempo seria modificado o ar que respiram, a água que bebem, o regime alimentar; o quadro hospitalar que os disciplina foi um instrumento de modificação com função terapêutica.

A partir da hipótese do duplo nascimento do hospital pelas técnicas de poder disciplinar e médica de intervenção sobre o meio, várias características do hospital mudariam: o hospital passou a ser localizado no espaço urbano, não mais em lugares afastados e sombrios e se observou a necessidade de constituir em torno de cada doente um pequeno meio espacial individualizado, estabelecendo-se o princípio de um doente por leito; e a transformação do sistema do poder dentro do hospital. Até meados do século XVIII quem detinha o poder era o pessoal religioso, a visita médica era um ritual irregular e o médico estava na dependência administrativa do pessoal religioso. A partir do momento que o hospital é concebido como instrumento de cura, o médico passa a ser o responsável pela organização hospitalar. Aparecem vários regulamentos para a visita médica, culminando em torno de 1770, que um médico deve residir no hospital e pode ser chamado a qualquer hora do dia ou da noite para observar o que se passa. O grande médico, até o século XVIII era o médico da consulta privada, o médico que as comunidades religiosas chamavam para fazer as visitas hospitalares era, geralmente, o pior.

Essa inversão das relações de poder dentro do hospital, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso, no qual o médico vai a frente, ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras. Organiza-se também um sistema de registro, iniciando-se com técnicas de identificação dos doentes: uma pequena etiqueta é colocada no punho do doente, em cima do leito uma ficha com o nome e a doença do paciente; registros das entradas e saídas em que se anotam o nome, o diagnóstico que recebeu, a sala onde se encontrava e, depois se saiu curado ou se morreu; registro de cada sala feito pela enfermeira chefe; registro da farmácia em que diz que receitas e para quais doentes foram despachadas; registro do médico que durante as visitas manda anotar o diagnóstico, as receitas e o tratamento prescrito.

Com a disciplinarização do espaço hospitalar que permitiu curar, como registrar, formar e acumular saber chegou-se a uma medicina individualizante: é o indivíduo que seria observado, seguido, conhecido e curado ³⁵.

O trabalho hospitalar

A inadequação das condições de trabalho em muitos locais traz transtornos aos trabalhadores. GASPAR ³¹ afirma que os serviços de saúde – em particular, nas instituições hospitalares – proporcionam aos seus trabalhadores condições precárias de trabalho.

O hospital é mencionado por PITTA ³⁶ como um local nevrálgico pela aglutinação de diversos trabalhadores, incluindo desde médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, telefonistas, nutricionistas, operadores de máquinas, entre outros.

Nas organizações hospitalares, a prestação de assistência ao paciente faz parte de sua missão, uma vez que o seu universo de trabalhadores atenderá a finalidade de promover a saúde, combater as doenças, prolongar a vida ou até acompanhar os que morrem, através de inúmeras tarefas que expõem esse grupo a situações que causam danos à sua saúde, por lidarem diariamente com o sofrimento, a dor e a morte do outro.

Essas organizações são consideradas de alta complexidade, dotadas de vários subsistemas, que se inter-relacionam de forma dinâmica. O trabalhador, muitas vezes, é considerado apenas mais um fator de produção, e as potencialidades e necessidades intrínsecas do ser humano são negligenciadas em função de resultados imediatistas. A cada instante o trabalhador se depara com a dor e o sofrimento humano, atuando muitas vezes em condições desfavoráveis de trabalho e com a obrigação de atender às expectativas de produção com qualidade por parte de seus dirigentes ³⁰.

O trabalho nos finais de semana, a carga horária semanal superior a 40 horas, o trabalho noturno, a assistência aos pacientes, a manipulação de produtos químicos, a exposição a radiações ionizantes, a movimentação de cargas, atuam dentre outros fatores, como condições de risco a que o trabalhador está exposto no ambiente hospitalar ⁵⁷.

Os impactos do trabalho levam a uma sobrecarga mental e física, que aliada à precariedade das condições de trabalho e aos baixos salários, desencadeiam ansiedade, estresse, tensão, aumentando o grau de insatisfação do trabalhador e, conseqüentemente, as ausências por falta não justificadas ou justificadas por licenças médicas, denominadas de absenteísmo por estudiosos do assunto.

O absenteísmo, segundo CHIAVENATO ²⁸, é uma expressão utilizada para designar as faltas ou ausências dos trabalhadores ao trabalho. Em sentido mais amplo, é a soma dos períodos em que os trabalhadores se encontram ausentes do trabalho, não devendo considerar as férias e folgas, pois são ausências planejadas ³⁸.

Em estudo realizado para analisar os índices mensais de absenteísmo de trabalhadores de um hospital público, ALVES & SILVEIRA ³⁹ constataram um índice de absenteísmo de 10,15% no decorrer do ano de 1993. Dentre os motivos dessas ausências destacaram a licença-saúde, a licença prêmio por assiduidade e as faltas sem justificativa. Para as autoras, os motivos de absenteísmo registrados podem ser indicadores de outros fatores causais que estão encobertos, principalmente, por licenças médicas. Consideram ainda que a elevada taxa de ausência, provoca ônus financeiro para a empresa, sobrecarga dos profissionais presentes e queda na qualidade de assistência, em decorrência dos ajustes de última hora, além de afetar o moral do grupo.

Neste sentido, LEE & ERIKSEN ²⁹, ao estudarem as ausências do pessoal de enfermagem, constataram que as justificativas apresentadas por motivo de doença alcançaram um aumento estatístico significativo de 14 horas por trabalho/ano, representando uma grande perda financeira para o hospital. Relatam ainda que essa perda é aumentada, tendo em vista que a substituição do trabalhador nem sempre é possível e que os prejuízos decorrentes das ausências recaem sobre os trabalhadores presentes, os pacientes e a instituição. O absenteísmo constitui um problema permanente, pois não há controle dos motivos de ausências e licenças médicas, que muitas vezes são informadas posteriormente. Isto obriga os gestores das unidades a reorganizarem o trabalho do dia no início da jornada, tendo em vista as ausências não previstas. Considerando que a assistência não pode ser adiada e visando amenizar a situação, os gerentes continuam decidindo pelo

remanejamento de trabalhadores e adotando o sistema de horas extras para profissionais externos à unidade de trabalho.

Por outro lado, a organização do trabalho em turnos com regimes de plantões para assegurar a continuidade do trabalho, abre a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, procedimento comum entre os trabalhadores de saúde, especialmente num país em que os baixos salários pressionam para tal ³⁶. Isto também pode ser um motivo de ausências ao trabalho.

A ausência dos trabalhadores torna-se uma questão complexa e onerosa para a instituição, pois a peculiaridade do trabalho na saúde não permite que a assistência seja protelada. Mesmo considerando as condições de trabalho adversas e variáveis, o trabalho tem que ser realizado, o que coloca em risco a saúde das pessoas que trabalham nestes ambientes, favorecendo o absentéismo.

As causas do absentéismo são várias. Dentre elas, podem-se citar as doenças efetivamente comprovadas e as não comprovadas, motivos familiares, atrasos involuntários, faltas voluntárias, dificuldades em relação a meio de transporte, redução da motivação para o trabalho, supervisão precária e política organizacional imprópria ²⁸.

A literatura aponta que o principal tipo de absentéismo é atribuído à incapacidade por doença e acidentes de trabalho. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho ¹⁵, acima de 75% das ausências na empresa são justificadas por atestado médico. Considera-se que essas ausências nas organizações constituem um fenômeno mundial, que vem sendo aceito sem uma análise criteriosa pelas empresas, pois as justificativas dessas faltas ao trabalho são resolvidas através da apresentação de um atestado médico.

De acordo com MONIZ ¹⁶, o termo absentéismo-doença significa ausência ao trabalho decorrente de doença ou lesão acidental, e como tal é aceita pela entidade empregadora ou pelo Sistema da Previdência Social. Segundo NOGUEIRA ⁴⁰, este tipo de absentéismo tem provocado reflexos importantes na economia das empresas e dos países altamente industrializados.

As faltas ao trabalho são de interesse da instituição, que deverá dedicar boa parte de seu tempo e esforço para compreender e controlar o fenômeno. O conhecimento

das causas do absenteísmo e, especificamente, do absenteísmo-doença possibilita implementar medidas preventivas que, certamente, irão refletir na melhoria do quadro de saúde dos trabalhadores, reduzir o custo para a empresa e aumentar a produtividade e satisfação. De acordo com ESPÍRITO SANTO ⁴¹, as licenças médicas concedidas aos trabalhadores de uma universidade pública corresponderam, em grande parte, aos primeiros 15 dias de afastamento, variando de 92,4% em 1987 a 84% em 1989, enquanto que as superiores a 15 dias de afastamento, apresentaram a proporção de 7,6% em 1987 e de 16% em 1989.

Segundo a literatura o grande número de licenças que se concentram no período até 15 dias pode ser decorrente do tipo de trabalho e da insalubridade do ambiente ocupacional ^{25; 40;42}. Com isso, o estudo das doenças que causam as ausências ao serviço tem uma importância prática, uma vez que facilitará a adoção de medidas visando a redução da prevalência das patologias que acometem os trabalhadores, através da prevenção. Entendemos que essas faltas trazem transtornos à instituição, acarretando problemas na organização do trabalho, na assistência prestada ao paciente, além de provocar um sobrecarga de trabalho, sendo indicativo de “problemas de saúde” dos trabalhadores, merecendo uma avaliação mais criteriosa por parte da empresa.

Por outro lado, a falta de informações sistematizadas sobre o absenteísmo por motivo de doença dificulta o planejamento das ações dos Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, para que possa realizar de maneira efetiva uma intervenção nos motivos de ausência, através de prevenção e de encaminhamentos necessários, trazendo, assim, benefícios para os trabalhadores e organizações.

Ambiente de trabalho hospitalar e absenteísmo-doença

Dentre os inúmeros locais onde o homem desenvolve suas atividades laborais encontra-se o hospital, que pode ser considerado uma organização de alta complexidade, com várias especificidades, que vem integrando o setor de serviços na sociedade contemporânea. Caracterizado como uma empresa prestadora de serviços, apresenta no seu processo de trabalho ações direcionadas para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a recuperação de doentes. É uma empresa constituída

por vários subsistemas, que são representados pelos diversos setores que a compõem, como laboratório, almoxarifado, lavanderia, radiologia, setor de enfermagem e setor médico, dentre outros ⁴³.

Considerando que o hospital, caracterizado pela prestação da atenção terciária à saúde, possui como sua maior função a prestação da assistência a pessoas doentes, o trabalho nesta instituição pode ser visto, de acordo com PITTA ³⁶, envolto por sentimentos como amor, compaixão, ansiedade, ódio e ressentimento, uma vez que os profissionais dedicam grande parte do seu tempo cuidando de pessoas doentes, dia após dia, podendo ocorrer a cura ou a morte. O risco do trabalhador ser invadido por quadros de ansiedade intensa e incontrolada está relacionado com a própria natureza do trabalho. Este quadro poderá ser atenuado ou até estimulado, diante do próprio processo tecnológico a que o trabalhador está exposto na sua atividade laboral no hospital ³⁶.

Dessa forma, o sofrimento psíquico passa a ser inerente e parte integrante do processo produtivo no hospital, em que os trabalhadores podem desenvolver mecanismos de defesa, que são descritos considerando os seguintes aspectos: fragmentação da relação técnico-paciente, que consiste na redução do tempo de contato do profissional com o paciente para evitar a angústia; despersonalização e negação, no qual todos os pacientes são iguais e não há registro afetivo diferenciado; distanciamento e negação de sentimentos, em que os sentimentos são controlados e o envolvimento é refreado ⁴⁴; e tentativa de eliminar decisões, através das rotinas e padronizações de condutas e da redução do peso da responsabilidade, por meio do parcelamento e fragmentação das tarefas. Essas atitudes servem para ajudar o trabalhador a fugir da ansiedade, da culpa, da dúvida e da incerteza, que podem surgir durante a sua interação com o paciente em uma instituição hospitalar ³⁶.

Outra característica do trabalho hospitalar é a necessidade de este ser realizado em regime de turnos, devido à demanda necessária de cuidados intensivos de saúde aos pacientes internados nas 24 horas, podendo trazer desordens na esfera biológica, psicológica e social dos trabalhadores e seus familiares.

O trabalho em turnos consiste em uma alternativa para poder organizar a jornada diária de trabalho. O sistema de turnos afeta a saúde do trabalhador, pois as mudanças freqüentes de horários provocam alterações em seus hábitos de alimentação, na

participação na vida familiar e social, no repouso e no lazer, traduzindo para o trabalhador em sofrimento tanto de ordem biológico como psicológica e social^{20; 36; 45}.

Os plantões de doze horas constituem uma prática rotineira não só nos finais de semana como também nos feriados, causando, muitas vezes, restrições à vida familiar e social, uma vez que os encontros sociais se realizam nestes períodos da semana. Acrescentam-se também outras situações, às vezes episódicas ou emergenciais, que fazem parte do ambiente hospitalar, as quais obrigam o trabalhador a subtilizar as horas de almoço ou lanche. Percebe-se, também, em algumas instituições hospitalares, a inexistência de um local adequado para descansar, lancha ou almoçar⁴⁶.

Diante das características próprias do trabalho hospitalar, que incluem a necessidade da assistência contínua e ininterrupta, além do trabalho em turnos e em horários extras, dentre outros, que corroboram para ocasionar a fadiga, entende-se que esta instituição, que se propõe a promover a saúde de sua clientela, também pode ser considerada como desencadeadora de riscos à saúde de seus trabalhadores. O Manual de Segurança no Ambiente Hospitalar classifica os riscos ocupacionais em físicos, mecânicos, biológicos e químicos, conforme determinadas pela Norma Regulamentadora 9 do Ministério do Trabalho e Emprego^{47; 48}.

O risco físico ocorre devido a calor, ruído, radiação ionizante e não ionizante, pressões anormais e má iluminação. Segundo ORTIZ & PATINÕ⁴⁹, o excesso de ruído favorece a cefaléia e o estresse; a má iluminação, a fadiga visual.

No risco mecânico, observam-se os acidentes de natureza mecânica que acontecem ao transportar os pacientes, como escorregões e quedas, e ao movimentar ou posicionar pacientes em macas, provocando problemas à coluna vertebral dos trabalhadores⁴⁷.

O risco biológico é encontrado intensivamente no ambiente hospitalar, através dos agentes como bactérias, fungos, rickettsias, helmintos, protozoários e vírus. As maiores fontes de contaminação são o contato mão-boca, o contato mão-olho, os cortes e feridas superficiais na pele exposta e a perfuração cutânea. Segundo BITTENCOURT⁷, o contato com pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas e materiais contaminados pode provocar infecção respiratória, hepatite, meningite, tuberculose, AIDS, entre outras.

Deve-se observar, dentro deste risco, também a qualidade da água utilizada nos hospitais e o sistema de ar condicionado, considerados como agentes de contaminação⁴⁶.

O risco químico é relacionado às substâncias utilizadas em hospitais com diversas finalidades, como agentes de limpeza, desinfecção e esterilização (quaternários de amônio, glutaraldeído, óxido de etileno), soluções medicamentosas (drogas quimioterápicos, psicotrópicos, gases medicinais) e produtos de manutenção de equipamentos e instalação, como óleo diesel, graxas, lubrificantes, colas, solventes e mercúrios⁴⁷. SILVA⁵⁰ aponta, também, poeiras, fumaças (retirada de gesso, ar condicionado, talco em luvas cirúrgicas e fumo passivo dos trabalhadores) e materiais de borracha.

Em relação a outros riscos a que estão expostos os trabalhadores, encontra-se a sobrecarga fisiológica decorrente da postura do trabalho prolongado em pé, da posição inadequada e incômoda e do levantamento de cargas pesadas, que podem provocar fadiga muscular, artroses, lombalgias, luxação e fraturas. A carga psíquica, decorrente da monotonia, da repetição das tarefas e da desqualificação do grupo operacional, traz efeitos fisiológicos, como cansaço, transtornos na dieta e no sono e úlcera digestiva, e sociológicos, como neuroses, diminuição da atenção e de contatos sociais, além da desorganização da vida familiar⁴⁹. Outros autores acrescentam alguns pontos que merecem ser lembrados em relação à carga psíquica, como: atenção constante no trabalho, ritmo acelerado, comunicação dificultada, desarticulação de defesas coletivas, insatisfação e situações que levam ao consumo de álcool e drogas⁵⁰.

FERREIRA⁵¹ define a ergonomia como um conjunto de conhecimentos que visa melhorar a adaptação das situações de trabalho aos trabalhadores através da compreensão do que realmente fazem, como fazem e por que fazem, levantando pontos críticos de inadequação no processo de produção e propondo alterações na situação de trabalho.

Chamam atenção os agentes ergonômicos e psicossociais, que estão contemplados na legislação brasileira, através da Norma Regulamentadora de Ergonomia (NR 17), que "visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de

trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente" ⁴⁸.

A ergonomia hospitalar estuda a quantidade e interação de fatores pessoais (idade, fadiga, boa forma e treinamento) e circunstanciais (organização do trabalho, escalas, formato do piso, mobiliário, equipamentos, comunicação, apoio psicológico dentro da equipe de trabalho) que possam afetar o desempenho do trabalho³⁷.

A ergonomia hospitalar se propõe estudar os postos de trabalho em relação às atividades ali realizadas, preocupando-se com a carga física, mental e afetiva, os horários, os turnos de trabalho e o ambiente laboral. Mas o trabalhador da área hospitalar, segundo SILVA²⁵, continua constantemente exposto aos riscos ergonômicos, pela própria natureza da atividade que realiza, seja no cuidado direto ao paciente, no preparo e acondicionamento do material, no carregamento de peso excessivo, com adoção de posturas inadequadas e a utilização de bancadas de trabalho mal projetadas e outros.

Essa situação talvez possa ser mais bem compreendida com a afirmação de ROBAZZI ²³ de que no hospital onde trabalha um grande número de pessoas considera-se previsível que problemas como a não equidade na distribuição de recursos humanos e/ou materiais e a frequência do absenteísmo ao serviço poderiam proporcionar desde um atendimento indesejável aos pacientes até acidentes e/ou problemas na execução de tarefas por parte de seus trabalhadores.

As condições de trabalho existentes nos hospitais são muito variadas. ARAÚJO ², em um estudo abordando as condições de trabalho de um determinado grupo de uma instituição hospitalar, identificou que esses eram submetidos a longas jornadas de trabalho, sem uma alimentação adequada, quando fornecida pelo empregador; inexistência de locais para descanso nas jornadas noturnas; baixa remuneração; e equipamentos em precárias condições de uso, exigindo maior tempo no desenvolvimento dos procedimentos, dentre outros fatores.

ALVES ⁵² afirma que a falta de material básico para executar o trabalho diário e a defasagem no quadro de recursos humanos vêm sendo compensadas com a adoção do sistema de horas extras, provocando insatisfação e sobrecarga para os trabalhadores, desequilíbrio na relação entre as necessidades originais do processo de

cuidar e a sua operacionalização, conduzindo ao estresse, ao aumento do absenteísmo e à queda na qualidade da assistência.

Condições inadequadas do trabalho hospitalar são fontes geradoras de doenças e agravos à saúde dos trabalhadores, pois as pessoas lançarão mão de mecanismos de fuga, como o absenteísmo-doença, já que o sofrimento provocado pela situação de trabalho e pela insatisfação com a administração corrobora para tal atitude^{8; 53}.

As observações de SILVA & BAECHLER⁵⁴ em um estudo sobre as licenças médicas em trabalhadores de um hospital público constataram que dos 1.118 trabalhadores desta instituição 676 obtiveram licenças médicas, representando uma proporção de 60,5% do total de trabalhadores.

Em relação ao absenteísmo-doença, COUTO²⁶ aponta que, pessoas com mais de 40 anos apresentam um absenteísmo por doença menor do que o grupo pertencente a faixa etária de 18 a 30 anos; que o manuseio de cargas pesadas e doenças do sistema osteomuscular têm relação direta com o trabalho; que o alto absenteísmo não apresenta relação com os salários baixos, porém indivíduos com salários e níveis mais altos dentro da empresa têm um menor absenteísmo-doença; que a maior incidência de ausência por doença ocorre entre os trabalhadores com um a dois anos de trabalho na empresa; e que a maior parte do tempo perdido com doenças deve-se ao absenteísmo que dura até três dias, considerado de curta duração.

O absenteísmo-doença é uma fonte de preocupação atual, pois gera um custo alto para a empresa. O custo direto é apenas uma parcela das despesas, que inclui todos os gastos com salários pagos por tempo perdido, substituição do trabalhador, horas extras e assistência de primeiro socorro no local. Estudos realizados mostram que o custo direto é facilmente calculável, mas o indireto é muito difícil de mensurar, sendo na maioria dos casos quatro vezes maior que o direto⁴⁸.

A enfermagem apresenta-se como um grupo majoritário no hospital e geralmente é composto por elementos do gênero feminino, que desenvolvem um trabalho repetitivo e pesado junto aos pacientes; portanto, sujeitos a adoecer e se ausentarem do trabalho por motivo médico. LEE & ERICKSEN²⁹, ao discutirem os efeitos da mudança organizacional nas ausências de trabalhadores da área de enfermagem hospitalar,

verificaram que as ausências por motivo de doença apresentavam um aumento estatístico significativo em torno de mais de 14 horas por trabalhador/ano, o que representava uma perda substancial para o hospital, com o aumento de custo decorrente da substituição dos trabalhadores.

O absenteísmo-doença no hospital é um fenômeno de importância crescente, diante do enxugamento dos quadros de pessoal, e implica, não só em custos diretos, como o auxílio-doença pago aos trabalhadores faltosos segundo NOGUEIRA & AZEVEDO ⁵⁵, como também em custos indiretos, difíceis de ser mensurados, apontados por ROBAZZI ²³ e ALVES ³⁴, como desorganização do trabalho da equipe, alterações na qualidade e quantidade da assistência prestada ao paciente, sobrecarga de trabalho e problemas administrativos.

Por ser um fenômeno repetitivo e com duração variável, não pode existir um índice único que defina adequadamente o absenteísmo-doença, devendo-se utilizar a frequência e a gravidade para se avaliar determinados problemas, acrescentando a prevalência e a distribuição de frequências. O índice de prevalência é um indicativo de frequência das ausências e se define como o número de indivíduos ausentes, em um dia qualquer, expressado em porcentagem em relação à população total que foi ao trabalho neste dia ¹⁵.

BAPTISTA ⁵⁶, em seu estudo sobre frequência de absentismo no pessoal de enfermagem em um hospital de ensino constatou que as ausências não esperadas vinculavam-se a licenças entre 80 a 90% e as faltas entre 10 a 20%. SILVA ⁵⁷, mostrou que a maior incidência de ausências decorre das licenças por doença em um grupo de trabalhadores de um hospital universitário na proporção de 83,9% e das faltas na proporção de 16,1 %.

As faltas cobertas por atestados médicos, classificadas como ausência por motivo de saúde, são importantes para o trabalhador, porque evitam qualquer perda salarial. No entanto, segundo McEWAN ²⁷, nem sempre essas faltas são motivadas simplesmente por doenças, necessitando de uma avaliação mais criteriosa, pois o método utilizado para emissão de atestados desconhece a natureza dos problemas encontrados no ambiente de trabalho e o grau de incapacidade do trabalhador para a atividade laboral.

Outra questão que pode gerar um clima de desconfiança por parte das chefias das instituições em relação aos atestados emitidos pelos médicos seria quanto à veracidade dos problemas de saúde e à duração da licença. Percebe-se a falta de enfoques mais amplos que permitam visualizar aspectos além da doença, como os fatores relacionados à realidade concreta do trabalho nas empresas e à própria situação socioeconômica e cultural dos trabalhadores, a partir da qual o fenômeno absenteísmo poderá ser analisado na sua totalidade, uma vez que não é possível separar o trabalho da vida privada³⁴.

Diante da prevalência de causas médicas que os trabalhadores apresentam, a administração de recursos humanos e o serviço de saúde do trabalhador da empresa podem buscar formas de cooperação e entendimento entre a força de trabalho e a administração²⁷. Mas, segundo ALVES³⁴, a carência e os limites de informações em relação ao absenteísmo dentro das organizações hospitalares dificultam seu gerenciamento.

Entender que os trabalhadores poderão adoecer ou morrer por causas específicas do trabalho nos remete à posição de MENDES & DIAS⁵⁸ quanto à importância de se analisar a profissão que exercem, o emprego que têm ou as condições em que o trabalho é realizado. Devemos considerar que as doenças relacionadas com o trabalho diferenciam-se das doenças profissionais por não serem consideradas específicas do trabalho, sendo definidas como doenças comuns, cuja incidência/prevalência é mais elevada em determinadas categorias de trabalhadores⁵⁹. Neste grupo de doenças comuns, onexo causal é de natureza epidemiológica, que irá considerar a frequência de uma doença em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

O grupo dos agravos específicos inclui as doenças profissionais, que podem ser definidas como "... produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social"⁶⁰. Onexo causal constitui a causa direta desses agravos, sendo possível eliminar o agente causal através de medidas de controle ou substituição, conseguindo garantir uma prevenção dos agravos à saúde do trabalhador⁵⁸.

Neste sentido, as afecções do sistema osteomuscular (10,3%), as doenças mentais (9,1 %) e as doenças do aparelho circulatório (6,6%) foram as doenças

relacionadas ao trabalho no Brasil, em 1986, que mais levaram o trabalhador a um estado de incapacidade temporária, por um período superior a 15 dias, gerando a concessão de benefício previdenciário ⁵⁹.

Dentre as doenças mais freqüentes que causam afastamentos do trabalhador ao serviço, segundo ANDERSON ⁶¹ encontra-se a lombalgia. Acrescenta-se, ainda, que, apesar de ser uma patologia ocupacional antiga e comum, 80% dos trabalhadores já apresentaram a dor lombar pelo menos uma vez durante a vida laborativa.

De acordo com ROCHA ⁴², 89% dos trabalhadores de um hospital universitário apresentavam algum tipo de algia, sendo que 71,4% manifestavam problemas na região lombar. A autora encontrou correlação significativa entre a ocorrência da dor nas costas e a manutenção de dupla jornada de trabalho na enfermagem, com a adoção usual de uma postura inadequada durante a execução das tarefas no trabalho.

REIS ⁶², em seu estudo sobre doenças ocupacionais em uma instituição hospitalar, também encontrou os transtornos do dorso e os não especificados com uma prevalência de 23,6% e relata ainda que as dores na coluna ocupam um lugar importante no absenteísmo-doença, correspondendo a 10 a 15% dos dias de trabalhos perdidos na Suécia.

A dor crônica está relacionada a problemas degenerativos, como a artrose, que acomete quase 65% da população, sendo a segunda causa de afastamento do trabalhador ao serviço no período de maior atividade laboral. As dores na coluna, lombalgias e cérvico-dorso-lombalgias, são consideradas como as enfermidades sociais presentes no cotidiano de diversos profissionais da área da saúde ⁶³.

Entre diversas profissões, como carpinteiro, mecânico de automóveis, zelador e empregada doméstica, os profissionais da área de construção civil apresentaram 22,6% de lombalgias e os enfermeiros, 18,8% ⁶⁴.

De acordo com ANDERSSON ⁶¹, nos Estados Unidos, mais de 16 bilhões de dólares são gastos anualmente com tratamento e afastamento por lombalgia. O custo indireto foi estimado em torno de 50 a 80 bilhões de dólares/ano com dor lombar.

O custo direto das doenças osteomusculares que provocaram um absenteísmo de até 15 dias em um grupo de 767 trabalhadores, no decorrer de oito anos em

uma empresa de alumínio, foi na ordem de US\$203.905,00, sendo que a lombalgia apresentou US\$99.311,47⁶⁵. Fica evidente o alto custo direto gerado pela lombalgia, diante da frequência e do custo, sendo necessário pensar em programas preventivos. Embora os dados sejam relativos a um grupo profissional, podem ser utilizados como base para se analisar a situação da enfermagem, duramente atingida por problemas osteomusculares, conforme afirma ROCHA⁴².

A lombalgia é nitidamente elevada no grupo profissional menos qualificado, sendo um problema expressivo na área hospitalar. Deve-se também relacionar esta patologia com aspectos organizacionais, condições de trabalho, falta de exercício físico, obesidade, manutenção de postura estática prolongada, fraqueza muscular, fatores psicológicos e até questões envolvendo relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho.

Nas doenças ocupacionais que se relacionam aos riscos biológicos, destacam-se os trabalhadores da área hospitalar, pois estes estão frequentemente em contato com pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas e/ou com secreções que caracterizam a interação com o objeto de trabalho, ou seja, o corpo doente.

Quanto às doenças do aparelho respiratório, para CHIAVENATO²⁸, as enfermidades respiratórias, na maioria resfriados, causam 50% das ausências e são responsáveis por 30% do tempo total perdido. O absenteísmo-doença em relação ao sistema respiratório apresenta um custo e uma prevalência alta, trazendo conseqüências para o trabalhador e a empresa. Essa prevalência foi confirmada por GAZMURI⁶⁶ que constatou o diagnóstico de estado gripal como o mais freqüente, alcançando uma proporção em torno de 31,7% das licenças médicas nos trabalhadores de um hospital.

SILVA & BAECHLER⁵⁴ mostram que o maior número de licenças médicas é devido às patologias do aparelho respiratório, em torno de 26%, e estas correspondem ao grupo de doenças com menor tempo em dias de incapacidade. Para SILVA²⁵, a frequência de problemas de saúde relacionados com o sistema respiratório foi de 16,6%, destacando-se infecção das vias aéreas superiores, asma brônquica e orofaringites em 199 trabalhadores de um hospital, no período de um ano, correspondendo a 8,4% de dias perdidos de trabalho.

O custo direto do absenteísmo de até 15 dias por doenças do aparelho respiratório foi estimado em US\$150.865,00, sendo que o resfriado comum responsável por US\$40.130,09 e a gripe por US\$37.867,11 em 767 trabalhadores de uma empresa no período de 1991 a 1998 ⁶⁵.

Outras patologias relacionadas ao trabalho podem ser exemplificadas, como os transtornos mentais, que apresentam uma frequência muito elevada, causando o absenteísmo-doença. De acordo com MENDES ⁶⁷, os distúrbios mentais estão apresentando um crescente aumento. Estima-se que 5 a 10% da força de trabalho sofrem de problemas de saúde mental sérios e que 30% apresentam algum tipo de transtorno mental de menor proporção. No quadro dos segurados da Previdência Social, as psiconeuroses colocam-se em primeiro lugar entre as causas de incapacidade temporária e em segundo e terceiro lugar entre as causas de incapacidade permanente e de invalidez, respectivamente.

Em relação às manifestações somáticas de distúrbios e sofrimento psíquico, PITTA ³⁶ afirma que as pessoas, diante de situações conflituosas, vivem as angústias na esfera psíquica, utilizando as doenças de um modo indireto para evidenciar o sofrimento psíquico vivido na empresa pelo trabalhador. Acrescenta, também, em estudo realizado em que procura estabelecer associações entre características do processo de trabalho e o sofrimento psíquico em um hospital, que dentro do quadro geral de problemas de saúde, ao agrupar transtornos mentais, poliqueixas e enfermidades mal definidas, encontrou-se cerca de 19%.

Os distúrbios psíquicos do trabalhador podem ser determinados pelas condições de trabalho e pela organização do mesmo ⁶⁸. Situações como sobrecarga de trabalho, monotonia das tarefas, exposição a fatores de riscos e dificuldade em relação ao meio de transporte tanto para o trabalho como para a casa geram um quadro de insatisfação no trabalhador, aumentando o seu desgaste psíquico e físico.

Podem ser contemplados outros agentes agressivos no ambiente de trabalho, como chefia insegura, bloqueio de carreira, conflito entre chefias, chefia não representativa, organização deficiente da área de trabalho, protecionismo, correlação inadequada entre nível de responsabilidade e salário, relacionamento humano deficiente, falta de motivação e

trabalho monótono, que podem desencadear fadiga psíquica se houver ou não uma vulnerabilidade dos trabalhadores^{26; 69}.

Esses agentes agressivos causam um sofrimento resultante do confronto entre o homem e a organização de trabalho, denominado psicopatologia do trabalho. ROCHA & GLINA⁷⁰ consideram como definição mais correta, a psicodinâmica do trabalho, a qual "aborda a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores e os aspectos deste que podem favorecer a saúde ou a doença".

Os transtornos causados pelo trabalho podem ser compreendidos como fadiga física ou mental. COUTO²⁶ define a fadiga psíquica como "um estado reversível de diminuição da capacidade de trabalho do indivíduo, decorrente, basicamente, de uma incapacidade de tolerar, superar ou se adaptar às exigências de natureza psíquica existentes em seu ambiente de vida".

Fadiga psíquica ou mental, neurose do trabalho, psicopatologia do trabalho, fadiga nervosa, síndrome neurótica do trabalho, psiconeurose profissional, estresse, dentre outras denominações, apresentam significados semelhantes⁴. Com base nessas afirmações, a legislação brasileira, expõe que o trabalhador tem direito a um ambiente psicologicamente saudável e condições de trabalho adaptadas às suas características psicofisiológicas, considerando, no mínimo, as normas de produção, o modo operatório, a exigência do tempo e o ritmo de trabalho. Quanto ao empregador, este deve adotar medidas preventivas para garantir esse direito⁷¹.

Os profissionais inseridos no hospital são afetados por doenças relacionadas ao trabalho, mas também por outras patologias de etiologias diversas, que trazem limitações no trabalho ou resultam em absenteísmo-doença. À medicina do trabalho cabe trabalhar os aspectos preventivos, como orientações aos patrões e trabalhadores quanto às atividades que podem exercer com menos risco à saúde do trabalhador e menor interferência no ambiente de trabalho. Portanto, a adaptação funcional deve fazer parte da política organizacional, condição em que a assessoria da medicina do trabalho toma-se de fundamental importância.

O registro das ausências ao trabalho por motivo de doença toma-se indispensável para o estudo do fenômeno, e este conhecimento permite uma visão mais

detalhada, tanto individual como epidemiológica, favorecendo estudos científicos que subsidiem a gerência de recursos humanos e o serviço de medicina do trabalho, a fim de reavaliar a política institucional. Através do conhecimento das doenças mais prevalentes nas licenças-médicas dos trabalhadores, poder-se-á colaborar para tornar o ambiente de trabalho menos agressivo e mais humano, aumentando o grau de satisfação do trabalhador nas suas atividades profissionais e diminuindo o índice de absenteísmo.

OBJETIVOS DO TRABALHO

Esta pesquisa, propõe a identificação das doenças prevalentes que acometem os trabalhadores da área hospitalar, favorecendo a falta ao trabalho em um hospital, uma vez que este congrega uma grande concentração de servidores em diversas atividades. Existem poucos trabalhos e estudos sobre absenteísmo-doença em hospitais e ignora-se qual seja o número de dias de trabalho perdidos, a duração das licenças por motivo de doença e qual a doença prevalente. Além disso, o desenvolvimento deste estudo no Hospital Geral de Brasília (HGeB) poderá oferecer subsídios para o aprimoramento nas questões que diz respeito à saúde do trabalhador criando possibilidades de prevenção de doenças e redução do absenteísmo.

Objetivo geral

- Analisar o absenteísmo-doença entre os servidores civis do Hospital Geral de Brasília.

Objetivos específicos

- Identificar os motivos de licença médica entre os servidores civis do Hospital Geral de Brasília;
- Identificar o absenteísmo-doença por categoria funcional;
- Identificar a duração das licenças médicas por doenças especificadas no diagnóstico médico

MATERIAL E MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo sobre absenteísmo-doença entre os servidores civis do Hospital Geral de Brasília (HGeB).

Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Serviço de Pessoal Civil (SPC) do Hospital Geral de Brasília.

O Hospital Geral de Brasília é uma Organização de Saúde do Exército que apóia a 11ª Região Militar. Com sede na cidade de Brasília – DF, está localizado no Setor Militar Urbano, foi criado no dia 27 de Junho de 1960, durante o governo do Presidente Juscelino Kubitschek; no dia 29 de junho de 1965, teve seus quadros reforçados sendo então ampliado sua estrutura e sua denominação passou a Hospital da Guarnição de Brasília; no ano de 1987 nova reestruturação e sua denominação passou a Hospital Geral de Brasília. Presta assistência médico-hospitalar a toda a família militar na Guarnição de Brasília, atendendo ainda pacientes de outras regiões do Brasil, principalmente de Goiás e Minas Gerais. Também presta assistência aos militares das Forças Amigas e Forças Auxiliares da Guarnição, além dos servidores civis do Ministério da Defesa ⁷². O Hospital Geral de Brasília possuía 211 servidores civis pertencentes ao quadro de Regime Jurídico Único em 2003.

População

Para atender aos fins desta pesquisa, definiu-se como população a ser estudada os 211 servidores civis ativos do HGeB pertencentes ao quadro permanente regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU) e que foram atendidos no SPC/ HGeB no período de janeiro a dezembro de 2003.

Variáveis de estudo

Ao investigar as variáveis neste estudo, elegemos a variável dependente absenteísmo-doença, quanto à sua frequência e ao tempo de afastamento.

As seguintes variáveis independentes foram selecionadas, com base na bibliografia estudada:

- Gênero.
- Motivo de licença – motivo que conduziu ao afastamento ou ao diagnóstico, sendo caracterizado de acordo com a classificação Internacional de Doenças..
- Número de dias de licença médica—número de dias de licença.
- Setor de trabalho—local de atuação do trabalhador na instituição neste estudo.
- Categoria funcional—categoria profissional e função do servidor dentro da instituição
- Escolaridade-nível fundamental (1º grau), nível médio (2º grau) e nível superior (3º grau).

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no arquivo do Serviço de Pessoal Civil do Hospital Geral de Brasília.

Inicialmente foi procurado o Diretor do Hospital e foi feita uma exposição dos objetivos da pesquisa e da metodologia a ser adotada, explicitando todas as etapas do estudo, reafirmando que seria mantido o sigilo dos nomes dos trabalhadores da instituição e de todos os outros dados coletados cuja divulgação pudesse infringir o código de ética médica. O projeto foi enviado para análise aprovação ao Comitê de Ética (COEP), atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e a direção do HGeB, solicitando autorização para o desenvolvimento da pesquisa na instituição.

Considerando a questão de sazonalidade, utilizamos as informações nos arquivos do período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2003 para detectar no decorrer do ano possíveis manifestações do fenômeno absenteísmo-doença.

Ressaltamos que o capítulo XXI da Classificação Internacional de Doenças (CID) 10, que se refere aos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, apresenta-se muito amplo, aparecendo muitas vezes durante a categorização, uma vez que agrega itens como pessoas em contato com serviços de saúde relacionados com doenças transmissíveis; pessoas em contato com serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução; pessoas em contatos com serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos; pessoas com riscos à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais; pessoas em contato com serviços de saúde em outras circunstâncias; e pessoas com riscos potenciais à saúde relacionadas com história familiar e pessoal e algumas afecções que influenciam o estado de saúde.

Estatística e análise dos dados

Considerando que o absenteísmo-doença é uma expressão utilizada para descrever a falta do trabalhador à atividade laboral em razão de problemas de saúde diagnosticados através de licenças médicas ²⁵, utilizamos para o cálculo do índice do absenteísmo-doença a seguinte fórmula proposta por CHIAVENATO ²⁸, por ser uma das mais utilizadas na literatura consultada ^{3,16,23,27,30}:

$$Ia = \frac{\text{Nº de homens/dias perdidos por ausências ao trabalho decorrentes de licenças médicas}}{\text{Efetivo médio no período x nº de dias de trabalho no período}} \times 100$$

CHIAVENATO considera a porcentagem de tempo perdido acumulado maior que 1,2 % alto ²⁸.

Visando obter uma padronização de condutas em relação ao cálculo do índice do absenteísmo-doença, consideramos algumas recomendações propostas por

MONIZ ¹⁶ e COUTO ²⁶, segundo as quais o absenteísmo por doença é definido como a ausência do trabalhador atribuída a doença ou lesão acidental, e como tal aceita. O afastamento devido a parto e a licença gestação não será incluído nos índices de absenteísmo-doença, pois, apesar de gerar longas ausências não previstas, não constituem doença, e portanto não devem ser consideradas nos índices gerais de absenteísmo. Incluem-se neste estudo complicações relativas a gravidez, parto e puerpério.

COUTO ²⁶ relata que, para a realidade brasileira, os índices excessivos de absenteísmo-doença foram encontrados entre o pessoal operacional. Considera, ainda, índice elevado aquele que apresenta uma frequência maior que 0,10 por mês, significando que para cada 100 trabalhadores ocorrem mais de 10 afastamentos por doença/mês.

Ao final da coleta de dados, foram realizados os cálculos dos índices de absenteísmo-doença dos servidores atendidos pelo SPC e as informações foram processadas e representadas em tabelas, com distribuição de frequências ou em gráficos, e analisadas com sua expressão numérica, pelo uso do programa Epi Info 3.3 for Windows, sistema desenvolvido pelo Center for Disease Control (CDC), Atlanta, EUA, para análises estatísticas ligadas à pesquisa na área de epidemiologia. Na análise foi utilizado como teste não paramétrico o Qui-quadrado (χ^2)

As licenças médicas foram categorizadas através do diagnóstico médico e agrupadas conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-CID10 ⁷³.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos dos dados coletados. Foram avaliados os 211 servidores civis do HGeB no ano de 2003, sendo 41 (19,4 %) homens e 170 (80,6%) mulheres. A média das idades dos servidores foi de $46,5 \pm 8,4$ anos; 25 (11,8 %) com curso de nível superior e 186 (88,2 %) com nível médio e fundamental de escolaridade. A Tabela 1 mostra a distribuição por cargos da população a ser estudada.

Tabela 1 – Distribuição dos cargos existentes entre os servidores civis do HGeB em 2003

Cargo	Nº Servidores
Técnico em Radiologia	1
Nutricionista	2
Psicólogo	2
Técnico em Laboratório	2
Artífice	3
Telefonista	3
Motorista	3
Odontólogo	6
Agente de Serviços Complementares	6
Médico	7
Enfermeiro	8
Datilógrafo	15
Agente de Portaria	16
Agente Administrativo	34
Auxiliar de Enfermagem	38
Agente Operacional de Serviços Diversos	65
Total	211

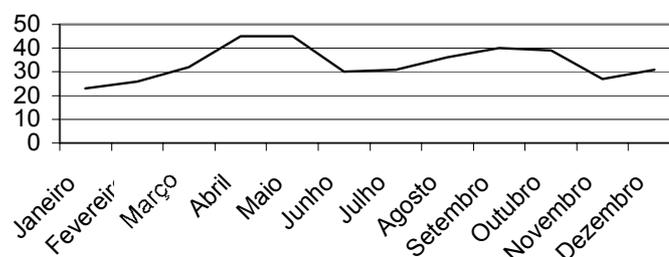
A Tabela 2 apresenta a distribuição por função dos servidores civis do HGeB que tiveram licença médica homologadas no período de janeiro a dezembro de 2003. Os cargos que mais apresentaram afastamento foram: os Auxiliares Operacionais de Serviços Diversos (auxiliares de escritório) e os Auxiliares de Enfermagem, por outro lado os Nutricionistas e Motoristas não apresentaram afastamentos naquele ano.

Tabela 2 - Distribuição dos servidores civis que obtiveram licença médica por categoria funcional no período de janeiro a dezembro de 2003.

Cargo	licenciados	%
Agentes Operacionais Serviços Diversos	48	32,2
Auxiliar de Enfermagem	29	19,4
Agente Administrativo	24	16,1
Agente de Portaria	16	10,7
Datilógrafo	12	8
Enfermeiro	5	3,4
Agente de Serviços Complementares	5	3,4
Telefonista	3	2
Téc. Laboratório	2	1,4
Artífice	1	0,7
Médico	1	0,7
Psicólogo	1	0,7
Odontólogo	1	0,7
Téc. Radiologia	1	0,6
Nutricionista	0	0
Motorista	0	0
Total	149	100

O Gráfico 1 apresenta o total de licenças médicas homologadas por mês dos servidores civis do Hospital Geral de Brasília em 2003. Neste levantamento realizado no SPC/HGeB, constatou-se que dos 211 servidores pesquisados, 149 (70,6%) procuraram o SPC/HGeB para homologação de licenças e 62 (29,4%) não o fizeram em um total de 405 licenças médicas foram homologadas. A tendência de crescimento de homologações se manteve nos cinco primeiros meses ocorrendo uma queda em junho, após ter alcançado o pico máximo do ano em abril e maio. Nos meses de agosto e setembro, retomou o crescimento, voltando a cair nos meses de outubro a novembro, voltando a crescer levemente em dezembro.

Gráfico 1- Ocorrência de licenças médicas homologadas entre os servidores civis do HGeB, por mês, no período de janeiro a dezembro de 2003.



A Tabela 3 apresenta o índice de absenteísmo-doença dos servidores civis do HGeB que foram atendidos no SPC para homologação de atestados médicos no período de janeiro a dezembro de 2003, que reflete a porcentagem do tempo não trabalhado em decorrência das licenças médicas.

Tabela 3 - Índice de absenteísmo-doença dos servidores civis atendidos no SPC/HGeB para homologação de atestados médicos no período de janeiro a dezembro de 2003.

Motivo	Total de dias de licença médica	Ia (%)
Doença	2268	4,2318

Legenda: A=>Total de dias de licença médica

B=>Nº de Serv. Civis (211)

C=>Dias de trabalho no ano (254)

Nota: $Ia = A / (B \times C) \times 100$.

Foi observado que dos 149 servidores civis que procuraram o serviço de atendimento médico 14,8% são do gênero masculino e 85,2% do gênero feminino. Essa distribuição pode ser vista na Tabela 4 e que mostra um resultado estatístico significativo com afastamento maior entre as mulheres ($P=0,07$).

Tabela 4 - Distribuição dos servidores civis afastados e não afastados do HGeB, por gênero no ano de 2003

	Afastados	Não Afastados	Total
Homens	22	19	41
Mulheres	127	43	170
Total	149	62	211
	$X^2 = 7,05$	$P = 0,07$	

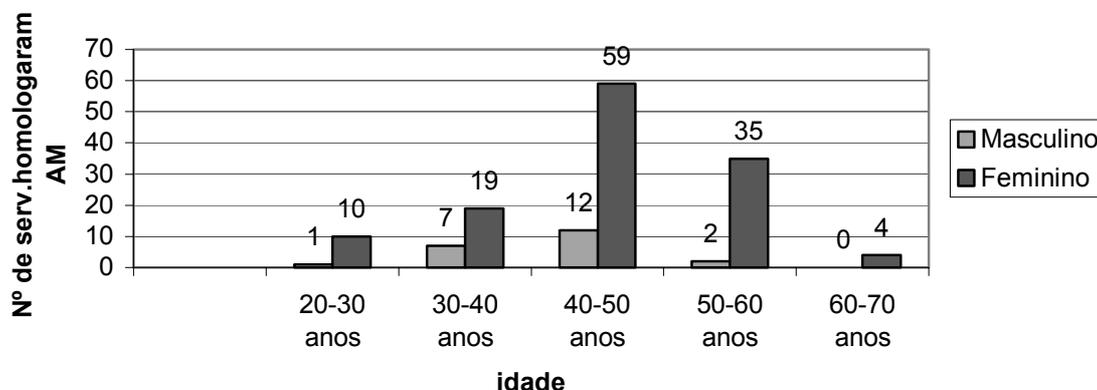
A Tabela 5 apresenta o número de trabalhadores afastados por licença médica acima e abaixo de 30 anos.

Tabela 5 – Distribuição por idade dos Servidores Civis do HGeB, afastados por licenças médicas e não afastados, no período de janeiro a dezembro de 2003.

	Afastados	Não afastados	Total
< 30 anos	4	6	10
>=30 anos	145	56	201
	149	62	211
	$X^2 = 4,74$	$P = 0,029$	

O Gráfico 2 apresenta a idade categorizada por gênero dos servidores civis do HGeB que tiveram licenças médicas homologadas no período de janeiro a dezembro de 2003. Foi observada a maior concentração de licenças médicas obtidas entre os servidores civis com idade entre 40-50 anos, independente do gênero.

Gráfico 2- Idade categorizada por gênero dos servidores civis do HGeB que tiveram licenças médicas homologadas no período de janeiro a dezembro de 2003.



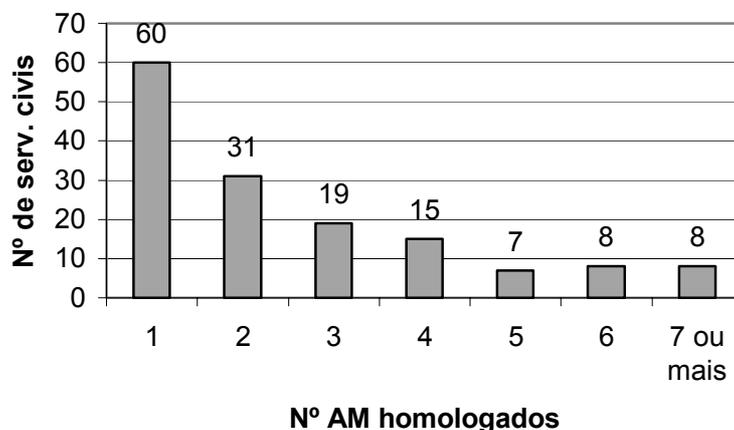
A Tabela 6 apresenta as médias de idade dos servidores civis do HGeB comparando os que obtiveram licença e não, no período de janeiro a dezembro de 2003. A diferença entre as médias de idade dos dois grupos foi estatisticamente significativa. ($P=0,004$).

Tabela 6 - Distribuição por média de idades dos Servidores Civis do HGeB no período de janeiro a dezembro de 2003.

	Idade						
	Mínima	25%	Média	DP	75%	Máxima	Mediana
Licenciados	28	43	47,2	8,1	54	64	48
Não Licenciados	28	40	44,6	8,8	51	62	45,5
	T = 2,03			P = 0,04			

O Gráfico 3 apresenta o número de vezes que os 149 servidores civis procuraram o SPC para homologar os atestados médicos. Dos 149 servidores atendidos pelo SPC, a procura pelo serviço foi distribuída de acordo com o número de vezes que procuraram o serviço para homologação dos atestados médicos. Detectou-se que o maior número de servidores, 60 (40,5%) procuraram o serviço apenas uma vez, seguido pelos servidores que procuram o serviço duas vezes, 31 (20,9%). Os demais procuraram o serviço acima de três vezes.

Gráfico 3- Distribuição quanto ao número de vezes que os servidores civis procuraram o SPC/HGeB no período de janeiro a dezembro de 2003 para homologação de AM.



Na Tabela 7 observa-se o número de servidores, distribuídos pelo grau de escolaridade de acordo com as licenças emitidas no período de janeiro a dezembro de 2003. Observa-se um menor número de afastamento entre as funções com grau de escolaridade maior. No nível fundamental e médio foi observado um afastamento de 141 (94,6%) servidores e um afastamento de 8 (5,4%) servidores com nível superior de escolaridade, uma distribuição estatisticamente significativa ($P=0,0001$).

Tabela 7 - Comparação da quantidade de servidores, com graus de escolaridade e de licenças homologadas.

	Afastados	Não Afastados	Total
1º e 2º	141	46	187
3º	8	16	24
Total	149	62	211
	$X^2=18,32$	$P= 0,0001$	

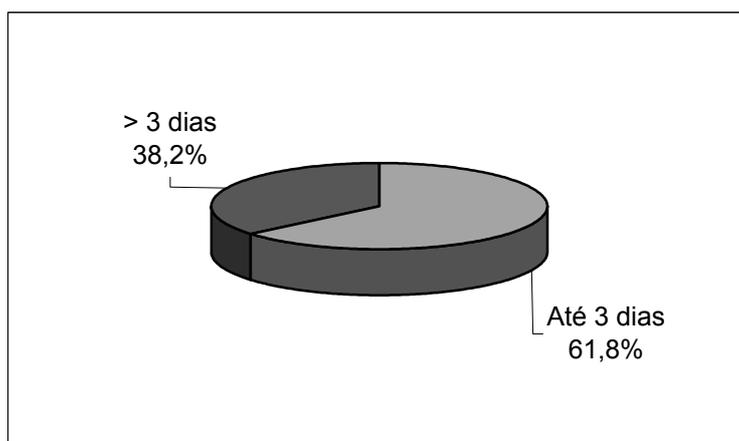
A Tabela 8 mostra por ordem os agravos à saúde, de acordo com o agrupamento constante da CID10⁸³, expressos nos diagnósticos registrados no SPC/HGeB e distribuídos por gênero.

TABELA 8 - Distribuição dos motivos de licença médica dos trabalhadores do HGeB, por gênero e os totais de janeiro a dezembro de 2003.

Motivo	Gênero				
	Feminino Quantidade	%	Masculino Quantidade	%	Total %
Doenças do aparelho respiratório	42	11,5	6	17	48 12
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	77	21	7	20	84 21
Doenças do aparelho digestivo	23	6,2	7	20	30 7,3
Transtornos mentais e comportamentais	16	4,2	0	0	16 4,2
Doenças do aparelho circulatório	35	9,5	0	0	35 9,5
Doenças do aparelho geniturinário	13	3,6	1	2,8	14 3
Lesões, envenenamentos, outras conseqüências causas externas	23	5,8	3	7,9	26 6,4
Gravidez, parto e puerpério	4	1,1	0	0	4 1,1
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	1,3	0	0	5 1,3
Doenças do olho e anexos	12	3,4	0	0	12 3,4
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14	3,9	1	2,8	15 3,5
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos/lab	24	6,7	4	11	28 7
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	0,7	1	2,8	4 1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	0,7	0	0	3 0,7
Fatores que influenciam o estado de saúde	60	16,4	6	17	66 15
Doenças do sistema nervoso	14	3,8	0	0	14 3,8
Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	0,2	0	0	1 0,2
Total	369	100	36	100	405 100

O Gráfico 4 apresenta a duração das licenças médicas, classificadas como de um a três dias e mais de três dias. Foi observada a concentração maior das licenças médicas com duração de até três dias e menor concentração por períodos superiores a 3 dias.

Gráfico 4- Distribuição da licença médica dos servidores civis quanto ao número de dias de afastamento no período de janeiro a dezembro de 2003.



Na Tabela 9, é apresentado o percentual de licenças médicas de até três dias e maior que três dias, por motivo, de acordo com a classificação baseada no CID-10. Os motivos que apresentaram uma quantidade maior de afastamentos de até 3 dias foram: os fatores que influenciam o estado de saúde e as doenças do aparelho respiratório e as que apresentaram uma maior quantidade de afastamento por mais de 3 dias foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

TABELA 9– Distribuição dos motivos de licença médica dos servidores civis atendidos no SPC/HGeB por tempo de afastamento de janeiro a dezembro de 2003.

Motivo	Até 3 dias		> 3 dias	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Doenças do aparelho respiratório	38	15,2	10	6,5
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	33	13,2	51	33,1
Doenças do aparelho digestivo	23	9,2	7	4,5
Transtornos mentais e comportamentais	8	3,2	8	5,2
Doenças do aparelho circulatório	24	9,6	11	7,1
Doenças do aparelho geniturinário	11	4,4	3	2,0
Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	8	2,4	18	11,6
Gravidez, parto e puerpério	1	0,4	3	2,0
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	1,2	2	1,3
Doenças do olho e anexos	5	2	7	4,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9	3,6	6	3,8
classificados em outra parte	26	10,4	2	1,5
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,4	3	2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	1	1	0,6
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde	47	18,8	19	12,3
Doenças do sistema nervoso	11	4,5	3	2,0
Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	0,5	0	
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0	15,2	0	
Total	251	100	154	100

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Análise das licenças médicas por cargo

Foram avaliados os 211 servidores civis do HGeB dos quais 149 foram licenciados, durante o ano de 2003, entre os diversos cargos existentes no hospital. Chamou a atenção o cargo de Agente Operacional de Serviços Diversos e os Auxiliares de Enfermagem. No primeiro encontra-se a categoria de trabalhadores que executam funções de auxiliares de escritório e no segundo os auxiliares de enfermagem que em alguns estudos são apontados como um cargo de elevado risco para acidentes e doenças².

A Tabela 2 apresenta a distribuição por função dos servidores civis do HGeB que tiveram licenças médicas homologadas no período de janeiro a dezembro de 2003. CUNHA & SORDI⁸⁰ em seu estudo sobre doenças ocupacionais no hospital, identificaram que 58,65% dos trabalhadores que se ausentavam ao trabalho por meio de atestados do Serviço de Medicina Ocupacional pertenciam ao quadro da Enfermagem. Estudo realizado por AQUINO⁸⁷ aponta que o trabalho de enfermagem, além de ser desenvolvido essencialmente por mulheres, abrange muitos fatores de risco para a saúde dos trabalhadores, tais como obesidade decorrente de problemas digestivos, hipertensão arterial relacionada ao estresse ocupacional, distúrbios psíquicos associados à intensidade do ritmo de trabalho e dores na coluna como reflexo das extensas jornadas de trabalho.

É importante ressaltar que o trabalho de enfermagem apresenta um grau elevado de tensão diante das inúmeras responsabilidades perante o paciente e decorrentes da pressão por parte da autoridade administrativa, gerando conflitos internos e externos. De acordo com GASPAR³¹, o ambiente hospitalar constitui uma agressão à saúde física e mental do trabalhador, diante do constante contato com a doença e o sofrimento. O enfermeiro está sujeito a agressão psíquica e física, uma vez que tem de tomar decisões, definir prioridades e estratégias, que muitas vezes não são compreendidas pelo paciente.

Na literatura⁸⁸ encontra-se uma estreita relação entre histeria e a atividade de cuidar, que é inerente a profissão de Enfermagem ; de acordo com a atual CID-10, a histeria é um transtorno conversivo. O termo conversão, implica em que o

afeto desprazeroso é de alguma forma transformado em sintomas, embora não haja nenhuma evidência de transtorno físico que possa explicá-los e que haja evidência de causa psicológica.

Associar as ausências da equipe de Enfermagem por motivo de doença com o trabalho nos remete às questões relacionadas ao trabalho insalubre, perigoso e penoso. O trabalho hospitalar apresenta essas características. Segundo OLIVEIRA ⁴, insalubre é aquele trabalho que pode afetar ou causar danos à saúde do trabalhador; perigoso, está relacionado a agentes que podem causar efeitos danosos imediatos; penoso, é aquele trabalho em que o agente agressivo é o próprio trabalho que se executa. "Não há limites precisos entre as agressões do trabalho penoso, insalubre ou estressante; em muitas ocasiões essas agressões confundem-se ou acumulam-se" ⁴.

Incluir a Enfermagem no rol das profissões desgastantes é justificável, tendo em vista que seus trabalhadores são submetidos a condições de trabalho adversas que podem provocar problemas de saúde. SATO ⁵³ enumera algumas condições de trabalho para definir quais seriam as condições penosas: "esforço físico intenso no levantamento, transporte, movimentação, carga e descarga de objetos, materiais, produtos e peças; posturas incômodas, viciosas e fatigantes; esforços repetitivos; alternância de horários de sono e vigília ou de alimentação; utilização de equipamentos de proteção individual que impeçam o pleno exercício de funções fisiológicas, como tato, audição, respiração, visão e atenção, que leva à sobrecarga física e mental; excessiva atenção ou concentração; contato com o público que acarrete desgaste psíquico; atendimento direto de pessoas em atividades de primeiros socorros, tratamento e reabilitação que acarretem desgaste psíquico e físico; trabalho direto com pessoas em atividades de atenção, desenvolvimento e educação que acarretem desgaste psíquico e físico; confinamento ou isolamento; contato direto com substâncias, objetos ou situações repugnantes e cadáveres humanos e animais; trabalho direto na captura e sacrifício de animais".

Algumas dessas condições de trabalho são frequentemente encontradas em organizações hospitalares, exigindo do trabalhador esforço físico e mental, gerando insatisfação, sofrimento ou problemas de saúde. SATO ⁵³ esclarece, ainda, que não existe uma definição muito clara a respeito de trabalho penoso, mas o que se tem em comum é que este tipo de trabalho prejudica a saúde do trabalhador mas não leva necessariamente à doença. Diante disso, toma-se necessária a adoção de medidas

preventivas para proteger as pessoas que trabalham nos hospitais e manter hígida a força de trabalho, para que possa responder às demandas que se colocam cotidianamente.

Análise das licenças médicas concedidas durante o ano

O Gráfico 1 apresenta o total de licenças médicas homologadas por mês dos servidores civis do Hospital Geral de Brasília em 2003. Observa-se que a tendência de crescimento de homologações se manteve nos cinco primeiros meses ocorrendo uma queda em junho, após ter alcançado o pico máximo do ano em abril e maio. Nos meses de agosto e setembro, retomou o crescimento, voltando a cair nos meses de outubro a novembro, voltando a crescer levemente em dezembro.

O absenteísmo, segundo ALVES³⁰, pode ser visto como um importante indicador da qualidade de vida dos trabalhadores, das relações que eles estabelecem com o trabalho e, conseqüentemente, da qualidade da assistência prestada aqueles que procuram a instituição hospitalar em busca de saúde, pois este fenômeno tem um significado essencial na dimensão do sofrimento dos profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho.

A falta ao trabalho pode ocorrer, segundo NOGUEIRA⁴⁰, por ausência voluntária ao trabalho motivada por falta de vontade de trabalhar em determinado dia ou período, diante da necessidade de resolver problemas particulares; faltas ao trabalho devido a acidentes do trabalho ou doença profissional; faltas ao trabalho por motivo de acidentes ou doença não profissional.

FONTES, citado por CHIAVENATO²⁸ e ALVES³⁰, afirma que as causas do absenteísmo não estão somente relacionadas ao trabalhador, mas também envolvem fatores afetos a condições e organização do trabalho deficientes, empobrecimento das tarefas, queda na motivação e estímulo, precária integração do trabalhador à organização, além de impactos psicológicos decorrentes de uma direção negativa.

A enfermagem, como grupo majoritário na instituição hospitalar, tem sido alvo de estudos devido aos elevados índices de absenteísmo da categoria^{74;75;76}. As licenças por motivo de doenças evidenciadas em estudos realizadas por BITTENCOURT⁷ mostram que, dos 126 trabalhadores da área de enfermagem de uma instituição hospitalar universitária, 52,4% apresentaram afastamento por doenças.

SILVA ²⁵, também verificou, durante um ano, que entre os 173 trabalhadores de enfermagem, 75% justificaram sua ausência por motivo de doença e os demais por outros motivos, que incluem o acidente de trabalho com 2,9%. Outros estudos apresentam resultados semelhantes, como o realizado por ALVES ³⁹, que procurava identificar os índices de absenteísmo do pessoal de enfermagem, tendo constatado que as licenças médicas corresponderam a 75,5% das ausências e as faltas por outros motivos a 24,5%.

ALVES ³⁴, ao estudar as causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem de um hospital público de grande porte, aponta problemas de saúde, questões sociais e problemas relacionados ao trabalho, com destaque para as questões presentes no cotidiano de trabalho. Essas questões foram identificadas e sinalizam uma situação de conflito e sofrimento deste grupo no ambiente de trabalho e em suas vidas privadas, diante das dificuldades decorrentes dos baixos salários, dos duplos empregos, da dupla jornada de trabalho organizacional e doméstica, da moradia distante do local de trabalho e do transporte precário, dentre outros, que refletem na saúde física e psíquica, em um ciclo vicioso que parece interminável.

De acordo com ALVES ³⁴, o absenteísmo na área hospitalar, especificamente no setor de enfermagem, é determinado por vários fatores, que vão desde as condições de saúde pessoal, as condições sociais e as condições do ambiente de trabalho. Esses se apresentam dialeticamente interligados e se alimentam reciprocamente.

Convém lembrar que as causas do absenteísmo-doença não se restringem, necessariamente à "doença". O impacto do trabalho nos trabalhadores da área da saúde, por lidar com a dor e o sofrimento do outro diariamente, conduz a uma sobrecarga mental e física, aliada, também, à precariedade das condições de trabalho e aos baixos salários, que aumentam o grau de insatisfação do trabalhador e colaboram para os elevados índices de ausências por falta não justificada ou justificada por licenças médicas ³⁴. Torna-se necessário pensar na relação do motivo da licença médica com o trabalho realizado e com as políticas de atenção ao trabalhador, pois há evidências de que parte das licenças está relacionada ao trabalho.

Em relação às licenças médicas por acidente de trabalho não encontramos tal situação, podendo ter ocorrido uma omissão, diante do receio do trabalhador em assumir o acidente, sentindo-se culpado e podendo até ser discriminado

pela equipe, além do medo de perder o emprego e da pouca importância dada aos pequenos acidentes do dia-a-dia. Outra justificativa que ajuda a esclarecer esta situação seria o fato de que, geralmente, somente os casos que exigem mais de quinze dias de tratamento, e portanto mais graves, são notificados, não refletindo o número real de acidentes de trabalho. ABREU ⁷⁷, comprovou a falta de notificação dos acidentes de trabalho da enfermagem de um hospital público.

NAPOLEÃO ⁷⁸ constatou, em seu estudo sobre acidentes de trabalho, que as principais causas da subnotificação foram atribuídas pelos sujeitos da pesquisa: a lesão pequena e sem importância (53,1 %), seguida de não saber que deveria informar (36,8%); falta de tempo (6,1%), medo de ser demitido (2,0%) e outras (2,0%). O autor aponta que muitas vezes os acidentes são resolvidos no próprio local de trabalho, uma vez que a empresa assume a responsabilidade dos primeiros 15 dias a partir do acidente e que notificar através do formulário de comunicação de acidente de trabalho pode ser visto como um procedimento burocrático desgastante.

LACAZ ⁷⁹ chama atenção para o fato de que a implantação de programas voltados para saúde do trabalhador trouxe uma mudança no perfil e na magnitude das estatísticas das doenças profissionais no país, porém persiste a recusa da notificação dos acidentes e doenças do trabalho pelas empresas e até a omissão do próprio trabalhador, pressionado pela ameaça de demissão.

Análise do índice de absenteísmo-doença

O índice de absenteísmo-doença de 4,23%, encontrado na Tabela 3 poderá servir de parâmetro para estudos posteriores, pois tal tipo de estudo nunca foi realizado naquela instituição.

As ausências, em geral, apresentam uma etiologia multifatorial. Portanto, além do fator doença, podem ser constatados, de acordo com COUTO ²⁶, os fatores de trabalho, os fatores sociais, os fatores culturais e os fatores de personalidade, além de outros problemas, como insatisfação no trabalho, alcoolismo, falta de supervisão, ambiente doméstico, quebra na coesão do grupo, idade, doença, gênero e problemas de transporte. Em determinadas situações, esses fatores podem ser justificados por atestados médicos aceitos pela organização e pela Seguridade Social.

Outro estudo que pode colaborar para a compreensão do absenteísmo é o

realizado por CUNHA & SORDI ⁸⁰, que identificou um absenteísmo geral em uma instituição hospitalar que contava com um total de 312 trabalhadores, no qual foi identificado um total de 69 dias não trabalhados durante o ano de 1998, chegando a um absenteísmo de 2,52%. O estudo de GAZMURI ⁶⁶, identificou uma taxa de 2,82% de absenteísmo geral em um hospital público que tinha em seu quadro 1.935 trabalhadores.

O índice do presente estudo (4,23 %) pode ser considerado elevado segundo CHIAVENATO²⁸.

A relação do total de dias de licença médica pode ser considerada relevante. ALVES ⁶⁹, em um hospital público, constatou uma perda de 38.944 dias durante três anos, dos quais 35.345 dias (90,8%) foram justificados por licenças médicas, não implicando perda salarial para o trabalhador.

ALVES ⁶⁹ constatou também, em um estudo realizado em cinco hospitais gerais, sendo dois públicos e três privados, que o número de dias que os trabalhadores não compareceram por motivo de doença foi maior nos hospitais públicos do que nos privados. A autora esclarece que as instituições públicas possuíam um contingente maior de trabalhadores, principalmente na área de enfermagem, que é o grupo majoritário na maioria das instituições de saúde, e como esta profissão apresenta-se predominantemente composta por mulheres, o absenteísmo ocorreria com maior frequência.

No entanto, é importante ressaltar as reflexões de ALVES ⁶⁹ de que, diante de um hospital com um contingente grande de profissões e várias situações de trabalho, as ausências ao serviço podem fornecer evidências de que este fenômeno esteja ligado a questões internas das organizações, como gestão de recursos humanos e de conflitos, dentre outros.

Outro ponto que pode favorecer ao aumento do índice de absenteísmo nas organizações e que merece ser contemplado seriam as dificuldades geradas devido à precariedade do transporte coletivo nos grandes centros urbanos. O transporte que conduz o trabalhador no seu trajeto do lar-trabalho, e vice-versa, pode causar um cansaço mental e físico. O estudo deste fator foge ao escopo deste trabalho, mas é compreendido o quanto este problema interfere no cotidiano do trabalho, sendo uma das condições sociais que pode provocar desgastes no trabalhador devido ao longo percurso que é obrigado a percorrer diariamente para garantir a sua sobrevivência em uma

sociedade em que as desigualdades sociais ainda prevalecem. Segundo ALVES⁵², à distância da moradia ao local de trabalho é muitas vezes justificada pelo poder aquisitivo do trabalhador, que, diante dos baixos salários, só poderá morar em bairros periféricos, utilizando 2 a 4 conduções por dia. Na visão de STEAGALL-GOMES⁸¹, são horas gastas em esforços diferentes que produzem um cansaço físico, ao qual se soma também o cansaço mental.

O hospital, apresenta também agressões não biológicas aos trabalhadores da saúde, que poderá gerar tensões e angústias, diante do constante contato com pessoas doentes, impondo um fluxo contínuo de atividades, que envolve a execução de tarefas agradáveis ou não, exigindo do trabalhador uma adequação prévia à escolha da ocupação ou um exercício cotidiano de ajustes ou adequações de estratégias defensivas para realizar as tarefas³⁶.

Essa situação tem como resultado mais imediato, conforme ALVES⁵², a insatisfação no trabalho, além de sobrecarregar o trabalhador, desequilibrando a relação entre as necessidades originais do processo cuidar e sua operacionalização, provocando estresse, aumento do absenteísmo e queda da qualidade da assistência. Segundo a Organização Mundial de Saúde⁸², este desgaste provocado no trabalho é um dos fatores mais significativos na determinação do estresse e, conseqüentemente, no aparecimento de doenças. LIMA¹⁷ aponta que este desgaste apresenta riscos para a saúde do trabalhador, colaborando tanto para o surgimento de doenças novas como para o agravamento de outras já existentes entre os trabalhadores, servindo de alerta no sentido de que os riscos ocupacionais, de acordo com a OMS⁸², podem agravar as enfermidades gerais que afetam os trabalhadores, como doenças transmissíveis, parasitoses e má nutrição em países em desenvolvimento. Observa-se com isso uma relação de causa e efeito entre o risco e as enfermidades, surgindo, assim, enfermidades de causas multifatoriais, que poderão ser causadas por condições de trabalho adversas, pelas características pessoais do trabalhador, e pelos fatores ambientais e socioculturais, que irão atuar como fatores de risco da enfermidade.

Análise das licenças homologadas por gênero

Ao analisarmos a distribuição dos servidores civis que procuraram o SPC/HGeB segundo o gênero no período de janeiro a dezembro de 2003 para

homologação de atestados médicos (AM), na Tabela 4, é observado que a maioria dos servidores civis que procurou o SPC é constituída por mulheres. Foi observado que deste total de servidores civis que procuraram o serviço de atendimento médico 14,8% são do gênero masculino e 85,2% do gênero feminino. De acordo com a literatura, os hospitais apresentam maior proporção de trabalhadores do gênero feminino, e com uma tendência crescente de feminilização da força de trabalho ⁴⁶.

LOPES ⁴⁶ mostra que o recrutamento feminino no ramo da saúde se mantém, mesmo com a mudança dos procedimentos técnicos e as várias qualificações profissionais exigidas no mercado de trabalho. Dos 211 servidores civis de diversos setores do Hospital Geral de Brasília, 149 procuraram o SPC em 2003 para homologação de atestados médicos.

PITTA ³⁶ considera que a predominância feminina na força de trabalho em saúde deve-se a fatos históricos, em que a divisão social sempre colocou a mulher nas atividades de cuidar de doentes, crianças e idosos. Como o hospital foi considerado um espaço privilegiado de profissionalização do trabalho doméstico, as mulheres foram assumindo este campo, principalmente como profissionais de enfermagem.

Tal fato mostra que o grande contingente de trabalhadores de saúde pode ser representado tanto pela mulher como pela profissão de enfermagem, com suas diversas categorias. O trabalho da enfermagem foi assimilado no campo da saúde, segundo LOPES ⁸³, mantendo as características de: subordinação, do prolongamento do trabalho doméstico, a dedicação e paciência, e a realidade de uma força de trabalho barata e servil. Isto trouxe reflexos no nível das tarefas, nos salários, nas possibilidades de ascensão e nas duplas jornadas.

A enfermagem constitui uma das mais antigas portas de entrada da mulher na força de trabalho remunerada, que, sendo predominantemente feminina, alcança cerca 95%, da força de trabalho na categoria, em todo o mundo ⁸⁴.

Análise da idade dos servidores civis na ativa no ano de 2003

O presente estudo mostrou que as faixas etárias mais elevadas apresentaram atestados médicos com mais frequência conforme o Gráfico 2 e as Tabelas 5 e 6 demonstra. Segundo Mendes e Dias ^{58,59} com o aumento da idade ocorre um aumento da frequência de doenças crônicas gerando um maior absenteísmo.

Análise da frequência de licenças médicas por trabalhador

Segundo os dados encontrados no Gráfico 3 as manifestações patológicas agudas podem estar causando um número menor de idas de cada servidor ao serviço médico e que o número de servidores que procuraram o SPC para homologação de AM três vezes ou mais vezes, pode ser decorrente de quadros patológicos crônicos que exijam um acompanhamento mais sistemático.

Compreende-se, com base nos benefícios da Seguridade Social, que o servidor público federal, além de ter a garantia de estabilidade no serviço, tem o direito de receber até 30 dias de licença passando por uma avaliação médica da própria instituição ⁸⁵. Essa situação não ocorre com trabalhadores que possuem vínculo com base na CLT, pois não possuem garantia no trabalho quando o afastamento não estiver relacionado à doença profissional, doença do trabalho ou acidente de trabalho. Este trabalhador tem de passar pelo Instituto Nacional da Seguridade Social para poder receber o afastamento, quando houver necessidade de ser maior que 15 dias ¹¹. Por outro lado, ALVES ⁵² mostrou, através de um estudo com os trabalhadores de enfermagem de um hospital público de grande porte, a dificuldade dos mesmos em conseguir licenças médicas, mesmo quando estão acometidos por uma patologia. De acordo com o autor havia uma certa desconfiança quanto à veracidade das licenças por parte das chefias e um sentimento de injustiça por parte dos trabalhadores que não conseguiram licença.

Deve-se lembrar que não há qualquer associação no presente estudo das doenças diagnosticadas com o trabalho, mesmo sabendo que aqueles da área da saúde estão expostos a uma diversidade de riscos geradores de desgastes. No entanto, um enfoque mais amplo se faz necessário. Para ALVES ³⁴, visualizar além da doença permite identificar em muitos momentos a associação da patologia ou do agravamento da mesma com o ambiente de trabalho, uma vez que as condições de trabalho exercem influência sobre a saúde do trabalhador e sobre o grau de absenteísmo.

Análise das licenças médicas por grau de escolaridade

Observamos neste estudo, que de acordo com os resultados obtidos na Tabela7, que os percentuais que se destacaram em relação às licenças médicas concentraram-se nas categorias funcionais abaixo do nível médio de formação educacional. BITTENCOURT ⁷ afirma que o maior percentual de afastamento do

trabalho por doença incide sobre os profissionais que completaram apenas o 1º grau de escolarização e que o menor percentual incidu sobre os que completaram o 3º grau. Neste sentido, em relação à Enfermagem, SILVA ²⁵ observou que dos 173 trabalhadores que adoeceram 131 (74,8%) eram auxiliares de enfermagem e 42 (62,5%) enfermeiros, confirmando maior absenteísmo entre os profissionais de menor escolaridade.

Nos estudos de PITTA ³⁶ e ALVES ³⁴, foi observado que os profissionais que possuem o nível superior adoecem menos quando comparados com os profissionais de nível médio. Isto ocorre por terem mais informações e por apresentarem melhores condições socioeconômica, que facilitam o acesso aos meios preventivos.

Análise das licenças médicas por motivos e por gênero

Pode ser observado na Tabela 8, que a maioria das licenças médicas está concentrada nas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, vindo a seguir os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde, as doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestivo. Os menores índices estão associados à gravidez, parto e puerpério, provavelmente devido a idade das servidoras civis as colocarem fora do período reprodutivo, pois, conforme Gráfico 2, a moda da idade das servidoras civis do HGeB fica em 50 anos; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e causas externas de morbidade e de mortalidade. No que diz respeito às doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, essas afecções são persistentes entre os trabalhadores da área da saúde. São muitas as patologias que se manifestam nos trabalhadores, apresentando a lombalgia uma prevalência alta em relação ao número de licenças médicas. Os dados do SPC mostram que elas ocupam o primeiro lugar entre os afastamentos por problemas de saúde.

Estudos como os de GUO ⁶⁴, ALEXANDRE ⁸⁹, BRINGUENTE ⁶³, ROCHA ⁴², ANDERSSON ⁶¹ e MENDES ⁶⁵, apontam a lombalgia como uma das principais causa de afastamento do trabalhador.

Nas doenças do sistema osteomuscular, a dor lombar vem merecendo melhor análise. ARRUDA ⁹⁰ e ROCHA & FERREIRA JÚNIOR ⁹¹ afirmam que 80% da população irá sofrer, em algum período da vida, problemas com dor lombar. BRINGUENTE ⁶³ apontam que a incidência da dor na coluna está relacionada com o

baixo nível de escolaridade, ocupação e atividade laboral com sobrecarga física, uma vez que, além do desgaste físico, o trabalhador vivencia, também, situações desagradáveis como relações conflituosas com chefias, colegas e família, contribuindo para a exacerbação do quadro de dor.

Outros fatores importantes são destacados pela OMS ⁸², como os fatores ergonômicos, que se referem às exigências das tarefas, ambiente de trabalho, adequação e condições de funcionamento e manutenção de equipamentos disponíveis e formas de organização e execução de trabalho; e os fatores traumáticos, que englobam risco individual (idade, gênero, relação peso e altura, desequilíbrio muscular, capacidade da força muscular, condições socioeconômicas e presença de outras patologias) e risco profissional, através da intensidade das forças compressivas na coluna vertebral decorrentes do manuseio de cargas e posturas adotadas pelo trabalhador durante a execução da atividade e o emprego de posturas inadequadas por longos períodos de tempo.

Esses fatores de risco permitem ampliar o campo de análise envolvendo o trabalhador, o ambiente de trabalho e a organização do trabalho, pois a lombalgia pode ser desencadeada em função das próprias condições em que o trabalho é realizado e, de acordo com ROCHA & FERREIRA JÚNIOR ⁹¹, pode ter origem extra-ocupacional ou mista.

Onexo causal da lombalgia com o trabalho, para ser estabelecido ou negado, para ROCHA & FERREIRA JÚNIOR ⁹¹, deverá considerar a sobrecarga osteomuscular estática e ou dinâmica. Em um segundo momento, os autores propõem que, a fim de explicar os mecanismos etiopatogênicos, deve-se correlacionar os fatores de risco presentes nas situações normais de trabalho, levando em conta os fatores individuais. Em segundo lugar, temos os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde (14,5%) isto é explicado pelo grande número de AM homologados devido a consultas médicas que na sua maioria abrangem o período de 1 dia.

É oportuno observar que estes fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde não significam um quadro de ausência de hígidez do trabalhador, mas no contexto hospitalar representam os atestados médicos que são fornecidos para ocasiões em que outras circunstâncias que não uma doença, um traumatismo ou uma causa externa classificável nas outras categorias do CID10 é

exigido. Isto pode acontecer: quando uma pessoa que não está doente consulta os serviços de saúde para algum propósito específico, tais como receber assistência, doar órgãos ou tecidos, receber imunização profilática ou discutir um problema que não é em si uma doença ou traumatismo, como por exemplo em uma consulta preventiva ginecológica e quando alguma circunstância ou problema está presente e influencia o estado de saúde da pessoa mas não é em si uma doença, como por exemplo, quando uma gestante necessita fazer exames pré-natais ⁷³.

Os trabalhadores apresentam prevalência alta de acometimentos no sistema respiratório, devido à própria exposição aos agentes característicos ao ambiente hospitalar. Parece-nos que o hospital constitui um ambiente propício ao desenvolvimento dessas patologias, por ser um ambiente de alto risco biológico.

As doenças ocupacionais do sistema respiratório são entendidas, de acordo com ALGRANTI ⁹², como doenças ambientais, constituindo um problema de saúde pública, uma vez que apresentam alta morbidade e oneram os gastos relativos ao orçamento pessoal e público, sendo que, em sua grande maioria poderia ser realizado um trabalho de prevenção.

Neste estudo, pôde-se observar entre os diagnósticos classificados no capítulo X da CID-10 ⁷³ alta prevalência das infecções de vias aéreas superiores, como sinusite e gripe. Com isso, deve-se investigar melhor a doença do trato respiratório quanto aonexo causal com o trabalho, em razão dos próprios riscos existentes no ambiente hospitalar.

As doenças do aparelho circulatório representam o quarto lugar de licenças homologadas. De acordo com BARRETO & CARMO ⁹³, em relação à hipertensão arterial, considerado um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, "não existem informações válidas para o país como um todo, ainda que Ministério da Saúde adote uma estimativa de 10% de prevalência para a população maior de 20 anos".

No que diz respeito às licenças médicas, BITTENCOURT ⁷ aponta que a hipertensão arterial gerou muitos afastamentos, apesar de algumas vezes ser secundária à outra patologia, a exemplo das cardiopatias, que apareceram com uma frequência baixa. BITTENCOURT ⁷, afirmou ainda que os fatores estressantes, como longas jornadas de trabalho, trabalho em turnos, plantões em finais de semana e feriados, dentre outros, parecem ser relevantes para o desenvolvimento da doença. OMS ⁸² e

COSTA & FACCI ⁹⁴ também confirmam a associação dos fatores psicossociais estressantes com a hipertensão arterial, por provocar um aumento de secreção de catecolaminas e cortisol, provocando efeitos sobre a pressão sanguínea.

As doenças do aparelho digestivo aparecem em quinto lugar. Para ESPÍRITO SANTO ⁴¹, as afecções do aparelho digestivo apareceram em grande proporção nas licenças médicas concedidas em uma universidade pública no período de 1986 a 1989. Nos anos 1986, 1987 e 1989, foi o motivo mais evidente, com, respectivamente, 107, 86 e 57 licenças, e em 1988 caiu para o segundo lugar, com 73 licenças. Em relação aos elevados índices de acometimento do aparelho digestivo, PITTA ³⁶ constatou que 42% dos trabalhadores hospitalares apresentaram problemas digestivos, tais como gastrite nervosa, decorrente dos fatores relacionados às condições de trabalho, diante de um ambiente estressante, que contém dor, sofrimento e morte. Para ORTIZ & PATINO ⁴⁹, o estresse também pode provocar reações, como irritabilidade, agressividade, anorexia, vômito, cefaléia, náusea e diarreia, como resposta às tensões vivenciadas. LIMA ¹⁷ vai um pouco além, afirmando que a tendência à sudorese, taquicardia, perturbações gástricas e tremores musculares fazem parte dos sintomas mencionados por 50% dos trabalhadores da enfermagem de um hospital em resposta ao estresse ⁸⁹. Diante dos estudos relacionando estresse e problemas gástricos, as licenças médicas dos servidores civis do HGeB por distúrbios gástricos podem estar sinalizando situações de sofrimento no trabalho devido a pressões. Neste sentido, o trabalhador estressado tem o seu sistema imunológico enfraquecido e, segundo OLIVEIRA ⁴, tornando-se mais vulnerável a doenças.

ALVES ³⁴, em estudo sobre causas do absenteísmo na Enfermagem, aponta que o trabalho da equipe de Enfermagem tem uma dimensão de sofrimento, desmotivação e ausência de realização, que freqüentemente leva ao surgimento ou agudização de doenças que geram o absenteísmo.

Outro fator que merece ser destacado na análise dos problemas gastro-intestinais é a realização do trabalho em turnos. Para COSTA & FACCI ⁹⁴, o trabalho em turnos, particularmente o noturno, traz repercussões significativas nas condições de saúde do trabalhador, provocando perturbações das funções tanto biológicas como psicofísicas. JARDIM ⁹⁵ aponta que os distúrbios de sono e problemas digestivos e psicossociais são os mais freqüentes em jornadas de trabalho por turnos. Para COSTA & FACCI ⁹⁴, os efeitos do trabalho noturno sobre a saúde do trabalhador podem ser

agravados por fatores socio-ambientais, como posto de trabalho insalubre, más condições de trabalho, más condições de moradia e dieta insuficiente ou desequilibrada.

Autores como FERREIRA ⁹⁶, JARDIM ⁹⁵ e COSTA & FACCI ⁹⁴ colocam a questão do fator de marginalização que o trabalhador sofre por trabalhar em turnos, pois a variação de horários o impede de acompanhar normalmente as atividades sociais (lazer e estudo) além de, sobretudo no âmbito familiar, prejudicar o relacionamento com filhos e o cônjuge.

Por esses motivos, o trabalhador em turnos pode ser visto como um indivíduo em constante privação de sono, e em longo prazo tal condição pode levar, segundo COSTA & FACCI ⁹⁴, a síndromes neuropsíquicas, como cansaço crônico, atitudes de comportamento negativo, ansia e depressão persistentes e riscos para outros distúrbios ou doenças psicossomáticas, dentre as quais se destacam as gastro-intestinais e as cardiovasculares

A fim de adaptar o trabalho ao homem, a legislação criou, de acordo com OLIVEIRA ⁴, dois mecanismos para recompensar o trabalho noturno: o primeiro, de caráter econômico, mediante o pagamento de um adicional noturno sobre o salário mínimo, atualmente de 20%; e o segundo, como proteção ergonômica, a redução da duração da hora noturna para 52' 30" para trabalhador urbano ⁹⁷. O autor acrescenta que o simples pagamento deste adicional não repõe a saúde do trabalhador, como também não restabelece o ritmo circadiano e a harmonia do relacionamento social e familiar.

De acordo com OLIVEIRA ⁴, a Convenção 155 da OIT aponta que na relação da saúde com o trabalho o termo *saúde* "abrange não só a ausência de afecções ou doenças, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene no trabalho".

Considerando os diversos fatores de risco que contribuem para o surgimento de doenças em trabalhadores da área hospitalar, e diante da existência dos riscos biológicos e mecânicos, conforme encontrado na Tabela 9, os acometimentos em nível osteomuscular apresentaram-se relevantes para ambos gêneros. SILVA & BAECHLER ⁵⁴ identificaram que o maior número de licenças médicas estavam relacionadas a afecções do sistema osteomuscular (10,9%) em 676 trabalhadores de um hospital.

Apesar da existência do risco ergonômico, deve ser considerada a

hipótese dessas manifestações físicas terem sido causadas pela Síndrome de Burnout. A Síndrome de Burnout é definida como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto com a atividade de ajudar, de cuidar (profissionais da área de saúde, professores, etc.)^{98,99}; sendo diferente do estresse, porque esta doença envolve atitudes e condutas negativas com relação aos pacientes, enquanto o estresse apareceria mais como um esgotamento pessoal com interferência na vida do sujeito e não necessariamente na sua relação com o trabalho¹⁰⁰.

A Síndrome de Burnout é uma resposta ao estresse ocupacional crônico e caracterizada pela desmotivação, ou desinteresse, mal estar interno ou insatisfação ocupacional que parece afetar, em maior ou menor grau, alguma categoria ou grupo profissional. Trata-se de um conjunto de condutas negativas, como por exemplo a deteriorização do rendimento, perda da motivação, etc. As conseqüências aparecem não só do ponto de vista institucional, como é o caso do absenteísmo, como do lado pessoal, com a diminuição do nível de satisfação pessoal, aumento das condutas de risco e repercussões na esfera familiar⁴⁴.

A Síndrome de Burnout como qualquer tipo de estresse, pode resultar em transtornos psicossomáticos, estes normalmente no caso da síndrome, segundo a literatura, refere-se como um dos sintomas principais as dores musculares e de coluna⁴⁴.

ARAÚJO & ALEXANDRE¹⁰¹, em seu estudo sobre a ocorrência de cervicodorsolombalgias em trabalhadores de Enfermagem, identificaram cervicolombalgia (34,1 %) e lombalgia (34,1%). Segundo BARBOSA¹⁰², a profissão de enfermagem no hospital foi considerada de alto risco em relação a dores lombares. Para GUO⁶³, ao avaliar diversas profissões, os trabalhadores da área de construção civil e as enfermeiras no âmbito hospitalar apresentaram uma prevalência elevada de lombalgias, 22,6% e 18,8%, respectivamente, devido às diversas atividades que executam no trabalho.

No gênero feminino, o que se destacou em segundo lugar, ou seja, fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde, pode estar está relacionado ao fato que as consultas médicas encontram-se neste grupo de doenças, o que pode ser relacionado a procura pela mulher pelas consultas preventivas serem maiores que pelos homens.

Em terceiro lugar para o gênero feminino, se destacaram as doenças respiratórias. O ambiente de trabalho hospitalar está associado a uma extensa gama de doenças do trato respiratório, que podem afetar desde o nariz até o espaço pleural. ALGRANTI¹⁰³ alega que estabelecer a correlação entre a exposição e os sintomas nem sempre é possível, uma vez que a caracterização do agente causal é complexa, subjetiva e até indetectável. Considerando cessada a exposição, podem ou não persistir os sintomas

A manifestação de problemas gastro-intestinais no estudo pode estar associada ao trabalho, seja em turnos fixos ou não, provocando modificações dos padrões de sono que causam mudanças na alimentação e mobilidade intestinal. Para FISCHER¹⁰⁴, o trabalho em turnos é capaz de induzir a um estado de estresse, devido ao processo contínuo de dessincronização interna. A mulher, ao submeter-se a este tipo de trabalho, está, sem dúvida, forçada a cumprir a dupla carga de trabalho, que acaba lhe trazendo uma desvantagem grande em relação aos homens, porque aquele descanso que necessitaria realizar após o trabalho noturno é muitas vezes impedido, pois tem que assumir os encargos domésticos, como cuidar dos filhos e da casa. As afecções do aparelho digestivo segundo a OMS⁸², são mais freqüentes em homens do que em mulheres, podendo estar relacionadas com tensão nervosa. Acrescenta, ainda, a associação do estresse laboral prolongado como fator importante na etiologia das doenças do aparelho digestivo, principalmente a úlcera péptica, devido ao aumento da secreção de ácido clorídrico e à susceptibilidade da mucosa gastroduodenal a lesão.

Análise da duração das licenças médicas

Foi observado no Gráfico 4 que a concentração maior das licenças médicas tem duração de até três dias e menor concentração por períodos superiores a 3 dias. SILVA²⁵ apresenta em seu estudo predomínio das licenças médicas de curta duração, uma vez que os atestados de 1 a 2 dias dispensavam o trabalhador da perícia médica, sendo que somente a partir do terceiro dia é que ele deveria apresentar-se ao serviço de perícia médica. NOGUEIRA⁴⁰ constatou também que a maioria das ausências ao trabalho por motivo de doença teve a duração de até dois dias, representando 73,03% do total de licenças da população estudada. MEIRA⁸⁶ afirma que mais de 80% de todas ausências ocorridas em uma indústria química tiveram uma duração igual ou inferior a três dias.

As ausências de curta duração, por acontecerem de maneira súbita, embora justificadas por avaliação médica, dificultam o planejamento e não oferecem prazo suficiente para que seja feita a substituição do trabalhador. Com isso, os trabalhadores presentes ficam sobrecarregados, aumentando o cansaço físico e mental, que pode acarretar um processo de somatização, gerando um ciclo vicioso de sobrecarga e ausências em forma de rodízio.

O absenteísmo, em geral, traz graves prejuízos para o setor de trabalho, trabalhadores e pacientes, e as ausências de curta duração, geralmente não planejadas, desorganizam o trabalho da equipe, afetando a qualidade da assistência prestada.

Entre as conseqüências do absenteísmo para o setor de trabalho e assistência, ALVES ³⁴ mostra que os trabalhadores de um hospital de grande porte apontam o aumento do estresse, decorrente do número elevado de pacientes no setor de trabalho que deverão ser cuidados pela equipe de saúde, o que leva à improvisação e à necessidade de priorizar a assistência aos doentes mais graves, deixando os outros sem o atendimento necessário.

As ausências geralmente trazem um desconforto muito grande para os trabalhadores presentes, pois este rearranjo por parte do trabalhador resulta em uma confrontação entre o desejo do trabalhador e a pressão da supervisão, que está contida na organização do trabalho. Essa relação pode gerar incômodos, dando início ao sofrimento. O trabalhador que não se ausenta pode não encontrar mecanismos de descarga no trabalho para a sua energia pulsional, favorecendo o desprazer, a tensão e finalmente, a licença médica.

As licenças acima de três dias, que se apresentaram em estudos como ESPÍRITO SANTO ⁴¹, BITTENCOURT ⁷, JORGE ³⁸ e MENDES ⁶⁵, referem-se a afastamentos por licenças médicas de até 15 dias de duração, causadas por lombalgias, gripe e hipertensão.

Como na instituição pesquisada a população em estudo são os servidores civis pertencentes ao quadro permanente do Regime Jurídico Único, deve-se considerar que nos termos da legislação vigente, para a licença de até 30 dias a avaliação será realizada por médico do serviço; e se o prazo for superior, por um médico oficial, sem prejuízo da remuneração.

Análise das licenças médicas por motivos e por duração

Como pode ser observado na Tabela 9, as licenças médicas por doenças do aparelho respiratório concentraram-se no período menor ou igual há três dias, vale ressaltar que as doenças do aparelho respiratório ocupam os primeiros lugares nas estatísticas de morbidade no país. Considerando a sua curta duração, pode-se concluir que a grande maioria dos afastamentos está relacionada a problemas de saúde de menor gravidade, tais como amigdalites e sinusites que foram solucionados em curtos períodos de tempo.

Neste sentido, é importante lembrar que a presença de contaminantes e alérgenos na atmosfera hospitalar e o manuseio inadequado de substâncias químicas podem causar irritações no trato respiratório, na medida em que exigem afastamentos de curta duração. Para BARBOSA ¹⁰², produtos químicos usados no hospital podem vir a constituir riscos à saúde dos trabalhadores, produzindo efeitos que vão desde alergias diversas até o câncer. Segundo ALGRANTI ¹⁰³, a asma ocupacional pode ser induzida por substâncias irritantes ou até sensibilizantes.

Os problemas relativos ao sistema osteomuscular também apresentaram um percentual elevado de licenças se comparados a outras afecções. Acreditamos que esse tipo de acometimento pode estar relacionado ao trabalho. BITTENCOURT ⁷ afirma que a própria natureza do trabalho desenvolvido por profissionais da área hospitalar, onde sempre se utiliza a força física para mobilizar os pacientes, principalmente os acamados e dependentes totais, pode desenvolver afecções no sistema osteomuscular.

ARAÚJO & ALEXANDRE ¹⁰¹ afirmam que as dores nas costas representam um sério e expressivo problema para o pessoal da enfermagem, pois eles identificaram que 75,6% dos trabalhadores da enfermagem de um hospital relataram ter apresentado seis ou mais episódios de dores nas costas, que interferiram na execução das suas atividades cotidianas.

A presença da dor geralmente não afeta só fisicamente o trabalhador. ALEXANDRE ⁸⁹ afirmam que a lombalgia pode trazer dificuldades na execução das tarefas diárias e torna desconfortável até nos momentos de lazer e repouso. Este tipo de acometimento, comum entre os profissionais da área da enfermagem, é apontado por ROCHA ⁴² como uma afecção decorrente do trabalho pesado assumido pelo profissional

no exercício de suas funções, que inclui flexão do tronco, posturas estáticas e manuseio de objetos pesados, que podem ser determinantes no aparecimento da lombalgia no decorrer da vida laboral.

Tanto as doenças do aparelho digestivo, que foram responsáveis por 37 licenças, como as doenças do aparelho circulatório, com 39 licenças médicas, tiveram um percentual mais elevado no período menor ou igual a três dias.

Merecem destaque os seguintes motivos de licenças superiores a três dias: doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde, lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, doenças do aparelho respiratório e transtornos mentais e comportamentais.

De acordo com GLINA ¹⁰⁵, o trabalhador não se limita a vender sua força de trabalho para a organização, mas procura também a satisfação e a auto-realização por meio do trabalho. Portanto, compreender as condições em que o trabalho é realizado e a forma como está organizado ajuda a identificar os determinantes laborais associados aos distúrbios apresentados pelo trabalhador. Reconhecer a situação que o trabalhador vive no seu cotidiano torna possível pensar enfoques que privilegiam a promoção da saúde. Deve-se pensar sempre em "gerar condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis" ¹⁰⁶. Pensar na saúde do trabalhador nos remete à *Carta de Ottawa*, quando diz que a "saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam" ¹⁰⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, que teve como objetivo analisar causas do absenteísmo-doença entre os servidores civis de um hospital militar, são considerados como ausências do trabalhador ao trabalho por motivo doença aquelas que resultaram em licenças médicas homologadas pelo Serviço de Pessoal Civil (SPC). Participaram da pesquisa todos os servidores civis atendidos no SPC/HGeB, num total 211 servidores civis. Desses, 149 (70,6%) obtiveram pelo menos uma licença médica durante o período de janeiro a dezembro de 2003.

O índice de absenteísmo-doença encontrado entre os servidores civis do Hospital Geral de Brasília (4,23%), servirá de parâmetro para estudos posteriores, uma vez que os estudos existentes apontam apenas índices gerais de absenteísmo e não especificam os percentuais de absenteísmo-doença.

As licenças médicas foram relacionadas com: gênero, cargo, motivo das licenças, escolaridade, período do ano e número de dias de afastamento por licença médica concedida.

O grupo estudado caracterizou-se pela predominância do gênero feminino. Ficou evidente também que as mulheres obtiveram maior número de licenças médicas homologadas que os homens.

Em relação ao número de licenças obtidas no decorrer do ano, das 405 licenças médicas homologadas, 40,5% dos servidores civis obtiveram apenas uma licença e o restante obteve de duas a sete ou mais licenças no decorrer do ano de 2003. O elevado número de licenças do mesmo servidor pode ser um indicador importante de recidivas de acometimentos, principalmente quando se trata de doenças crônico-degenerativas ou agudizações de quadros já existentes, enquanto uma licença no decorrer do ano pode significar desde pequenas indisposições até quadros repentinos de doenças graves, a que todos os trabalhadores estão sujeitos. No entanto, no presente estudo apenas identificamos o número de afastamentos por licenças médicas de cada servidor civil, sendo necessário realizar outros estudos relacionando o número de licenças aos motivos mais frequentes.

Quanto às categorias profissionais dos 149 servidores civis que obtiveram licença médica, 47 (31,5%) são Agentes Operacionais de Serviços Diversos.

Observou-se também que os percentuais elevados de licenças médicas concentraram-se nas categorias abaixo do nível médio de formação educacional, e os grupos mais qualificados, que possui geralmente o 3º grau, têm menores índices de absenteísmo.

Em relação aos motivos das licenças médicas, os dados indicaram que o maior percentual está relacionado a doenças do aparelho do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório, dentre outros.

Os dados mostram também que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo acometem tanto homens quanto mulheres. Os outros acometimentos para o gênero feminino apresentaram a seguinte ordem: fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo. Para o gênero masculino, os motivos que mais proporcionaram licenças médicas, além das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, foram às doenças do aparelho digestivo, seguido de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde e doenças do aparelho respiratório.

Ao relacionar os períodos do ano com as licenças médicas a tendência de crescimento se manteve nos cinco primeiros meses ocorrendo uma queda em junho, após ter alcançado o pico máximo do ano em abril e maio de 11,1%. Nos meses de agosto e setembro, retomou o crescimento, com 8,9 e 9,9%, respectivamente, voltando a cair nos meses de outubro a novembro para 9,6% e 6,7%, respectivamente, voltando a crescer levemente em dezembro, 7,9%.

Observamos o predomínio das licenças médicas de até três dias, consideradas de curta duração, com um percentual de 61,8%. As licenças acima de três dias corresponderam a 38,2%. Licenças de curta duração geralmente estão associadas a problemas de saúde de menor gravidade. Segundo LEE & ERIKSEN ²⁹, essa pode ser a forma encontrada pelo trabalhador para fugir de situações indesejáveis no trabalho. As licenças de longa duração apontam para problemas de saúde de maior gravidade.

As licenças acima de três dias foram decorrentes de doenças do sistema osteomuscular; fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde, lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas,

doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório. O absenteísmo-doença é um importante indicador de avaliação não só da saúde dos trabalhadores mas, também, das políticas de recursos humanos e do Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador e das condições em que o trabalho é realizado na instituição.

O conhecimento do absenteísmo-doença, em suas múltiplas determinações, torna-se fundamental para a organização e o planejamento das ações do Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador visando à eficiência e à eficácia do serviço. Serve, também, como forma de manter a força de trabalho do hospital apta a atender a clientela internada, que traz para o ambiente hospitalar as suas fragilidades e limitações, que não podem somar-se, a todo o momento, com a fragilidade de seus cuidadores.

O absenteísmo-doença poderá ser reduzido se forem criados canais que permitam a ventilação correta das tensões ou a satisfação das necessidades dos trabalhadores. No entanto, é preciso investir no trabalhador, humanizando o processo de trabalho, respeitando a capacidade, o esforço e a vontade de progredir e de desenvolver. Não é possível imaginar que os problemas de saúde dos trabalhadores só poderão ser resolvidos através de consultas e licenças médicas. Para DIAS ¹⁰⁸, diante da complexidade do tema, torna-se necessária uma abordagem inter e transdisciplinar, em que várias áreas de conhecimento (Medicina, Engenharia, Ergonomia, Sociologia, Psicologia, Antropologia, Higiene, entre outras) estarão contribuindo com teorias, instrumentos e metodologias para mudar o olhar e compreender e ampliar a intervenção nos problemas relacionados à saúde do trabalhador. Compreendemos, assim, que a responsabilidade pela saúde do trabalhador deve ser do próprio trabalhador, dos diversos profissionais responsáveis nos locais de trabalho e aqueles responsáveis pelo planejamento, administração, higiene e segurança do trabalho, pois o planejamento das ações de atenção à saúde do trabalhador passa pela prevenção, com forte componente educativo, visando evitar riscos desnecessários, com benefícios para o trabalhador e empresa.

Como conclusão é considerado oportuno fazer algumas sugestões para o serviço de Recursos Humanos e Saúde do Trabalhador, pois o hospital deve ser um local onde as pessoas desenvolvem atividades em condições adequadas de trabalho, para que possam atender às necessidades da clientela internada:

- facilitar a transferência de setor do trabalhador que esteja insatisfeito com o

seu ambiente de trabalho, procurando reduzir os níveis de insatisfação e de absenteísmo;

- criar oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional do trabalhador, como forma de aumentar seu compromisso com o trabalho e com a organização;
- desenvolver ações de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, junto com os trabalhadores, adotando uma postura pró-ativa diante dos riscos ocupacionais;
- estabelecer programas de orientação dos trabalhadores que focalizem as condições ambientais e ergonômicas de trabalho na instituição e a prevenção dos riscos inerentes a essas diversas categorias profissionais;
- melhorar o sistema de registro dos problemas de saúde e das licenças médicas, facilitando análises mais amplas do problema absenteísmo-doença em seus diversos aspectos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valle AS, Vieira IPR. Qualidade de vida no trabalho dos servidores técnico-administrativos da Universidade Federal de Minas Gerais. In: Sampaio JR, organizador. Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo;1999. p. 39-78.
2. Araújo MRN. Considerações sobre salubridade do trabalho dos enfermeiros no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: escola de veterinária da UFMG; 1987.
3. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev. Saúde Pública 1991; 25: 341-49.
4. Oliveira SG. Proteção jurídica à saúde do trabalhador. São Paulo: Editora Ltr; 1996.
5. Brasil. Programa de controle médico de saúde ocupacional. In: Ministério do Trabalho e Emprego, organizador. Normas regulamentadoras. São Paulo: Editora Atlas; 1999. p. 86-97.
6. Ladeira MB. A dinâmica do stress no trabalho – um estudo de caso com profissionais de enfermagem [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdades de Ciências Econômicas da UFMG; 1996.
7. Bittencourt CMM. Doenças do trabalho no exercício da enfermagem [Dissertação de Mestrado]. Bahia: escola de Enfermagem da UFB; 1993.
8. Mendes R. Aspectos históricos de patologia do trabalho. In: Mendes R, organizador. Patologia do trabalho. Rio de janeiro: Editora Atheneu; 1995. p. 3-31.

9. Lei nº 8213. Dispõe sobre os planos de Previdência Social e outras providências. Diário oficial da união 1999; 24 jul.

10. Lei nº 8112. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da união, das autarquias e das fundações públicas federais. Servidor Online. <http://www.saude.gov.br> (acessado em 22/12/2004).

11. Decreto nº3048. Faz regulamento da Previdência Social. Diário Oficial da União1999; 6 maio.

12. Mendes R. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: Mendes R, organizador. Patologia do trabalho – Atualizada e ampliada. Rio de janeiro:Editora Atheneu; 2003. p. 3-45.

13. Centro de referência em saúde do trabalhador – CRST. Regional Piracicaba. <http://www.pstpiracicaba.hpg.ig.com.br/histórico.htm> (acessado em 10/03/2005).

14. Departamento intersindical de estudos e pesquisas da saúde e dos ambientes de trabalho. RENAST: precedente positivo, mas ainda limitado. Informativo. http://www.diesat.org.br/informativos/informativo_out_2002.htm (acessado em 10/03/2005).

15. Organizacion Internacional Del Trabajo. Absentismo; causa y control. Madri: Organizacion Internacional Del Trabajo; 1989.

16. Moniz AE. Controle e estatística do absenteísmo-doença. SOS Saúde Ocupacional1978; 13: 26-33.

17. Lima EDRP. Estresse ocupacional e a enfermagem de centro cirúrgico [dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: escola de enfermagem da UFMG;1997.
18. Cohn A., Marsiglia RG. Processo e organização do trabalho. In: Rocha LE, organizador. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes; 1994. p. 56-75.
19. Dejours C. A loucura do trabalho; estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Editora Cortez-Oboré; 1992.
20. Lunardi Filho WD. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem Rev. Bras. Enfermagem 1997; 50:77-92.
21. Dejours C. A carga psíquica do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C, organizadores. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Editora Atlas; 1994. p. 21-32.
22. Veiga A. Tempos modernos. Veja 2000; 33:122-29.
23. Robazzi MLC. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. Rev. Bras. Saúde Ocup.1990; 18:65-70.
24. . Dejours C, Abdoucheli E. Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C, organizadores. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Editora Atlas; 1994. p. 33-43.

25. Silva DMPP. O adoecer dos trabalhadores de enfermagem: estudo dos problemas responsáveis pelo absenteísmo-doença em um hospital universitário[Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1999.
26. Couto HA. Absenteísmo; uma visão bem maior que a simples doença. *Cadernos Ergo* 1987; 2:47-72.
27. Mcewan IM. Absenteeism and sickness absence. *Postgrad. Med. Journal* 1991; 67: 1067-71.
28. Chiavenato I. Recursos humanos na empresa. São Paulo: Editora Atlas; 1991.
29. Lee JB, Eriksen LR. The effects of policy change on three types of absence. *J. Nurs. Adm.*1990; 20: 37-40.
30. . Alves M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. *Rev. Gauch. de Enfermagem* 1994; 15:71-75.
31. Gaspar PJS. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectivas do enfermeiro do serviço de urgência. *Nursing* 1997; 10:23-24.
32. Valtorta A., Sidi E, Bianchi SCL. Estudo do absenteísmo médico num hospital de grande porte. *Rev. Brás. Saúde ocupacional* 1985; 13:55-61.
33. . Marçal MA, Couto HA, Mazzoni CF. Atuação da fisioterapia na ergonomia como prevenção das lombalgias e problemas osteomusculares. *Seminário Brasileiro de Ergonomia*; 1989 4-8 Dezembro; Rio de Janeiro; Brasil.

34. Alves M. Causa de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP;1996.
35. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Foucault M, organizador. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Editora Graal;1979. p. 99-111.
36. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Editora Hucitec; 1990.
37. Estry-Behar M. ergonomia hospitalar. Rev. Enfermagem UERJ 1996; 4:247-56.
38. Jorge AL. Motivos que levam os trabalhadores de enfermagem ao absenteísmo. Acta Paul. Enfermagem 1995; 18; 39-46.
39. Alves M, Silveira CH. Absenteísmo: estratégia ou fuga? Belo Horizonte 1994; [s.n.].(Mimeografado).
40. Nogueira DP. Absenteísmo-doença: aspectos epidemiológicos [Tese em Saúde Pública]. São Paulo:Faculdade de Saúde Pública da USP; 1980.
- 41.Espírito Santo AME. Absenteísmo por licença médica na Universidade Federal de Goiás. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional. 1992; 20: 17-37.
42. Rocha AMM. Fatores ergonômicos envolvidos na ocorrência de dor nas costas em trabalhadores de enfermagem [Dissertação de Mestrado].Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG;1997.

43. Moura GMSS. O estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho de enfermagem. *Texto e contexto enfermagem* 1992; 30:167-79.
44. Ballone GJ. Síndrome de Burnout. *Psiquweb Psiquiatria Geral*, Internet, última revisão, 2002. <http://www.psiqweb.med.br/cursos/streess4.html> (acessado em 13/04/2005).
45. Anselmi MZ, Angerami ELS, Gomes ELR. Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto.. *Rev. Brás. Saúde ocupacional* 1997; 23: 31-41.
46. Lopes MJ. Pensando mulher, saúde e trabalho no hospital. *Rev. Gauch. Enfermagem* 1992; 13: 34-36.
47. Brasil. Segurança no ambiente hospitalar. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 1995.
48. Brasil. Ergonomia. In: Ministério do Trabalho e Emprego, organizador. Normas regulamentadoras. São Paulo: Editora Atlas; 1999. p.217-20.
49. Ortiz GC, Patinõ NAM. El estrés su relación com las condiciones de trabajo del personal de enfermería. *Rev. Invest. Educ. Enfermería* 1991; 2: 83-89.
50. Silva VEF, Kurcgany P, Queiroz VM. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. *Rev. Brasileira de Enfermagem* 1998; 51:603-14.

51. Ferreira LL, Maciel RH, Paraguay AI. A contribuição da ergonomia. In: Rocha LE, Rigoto RM, Buschinelli JTP, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes; 1994. p. 215-31.
52. Alves M. porque os funcionários estão deixando o Hospital das Clínicas? Belo Horizonte 1999; [s.n.].(Mimeografado).
53. Sato L. Conceito de trabalho penoso. Rev. CIPA 1994; 179:41-42.
54. Silva CG, Baecheler R. Licenças médicas em personal hospitalario. Rev.Méd. Chile 1989; 117: 829-33.
55. Nogueira DP, Azevedo CAB. Absenteísmo - doença em mulheres. Rev. Bras. Saúde ocupacional 1982; 10: 48-51.
56. Baptista WA. Freqüência de absenteísmo de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. Rev. Paul. Hosp. 1976; 2 (Pt 24): 504-17.
57. Silva MP. Absenteísmo – grande problema das chefias de enfermagem. Rev. Gauch. Enfermagem 1983; 4 (Pt 1): 75-84.
58. Mendes R, Dias EC. Saúde dos trabalhadores. In: Roquayrol MZ, organizador. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 1999. p. 431-56.
59. Mendes R, Dias EC. Saúde do trabalhador. In: Roquayrol MZ, organizador. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 1994. p. 383-402.

60. Brasil. Serviços especializados em engenharia de segurança e medicina do trabalho. In: Ministério do Trabalho e Emprego, organizador. Normas regulamentadoras. São Paulo: Editora Atlas; 1999. p.25-57.
- 61.. Anderson GBJ, Fine LJ, Silverstein BA. Musculoskeletal disorders. In: Levy BS, Wegman DH, organizadores. Occupational health; recognizing and preventing work related disease and injury. Philadelphia: Editora Lippincott William; 2000. p. 503-35.
62. Reis IN. Doenças ocupacionais: estudo retrospectivo em unidades hospitalares do Distrito Federal. HFA – Publ. Tec. Cient. 1986; 1 (Pt 2): 113-22.
63. Brigante MEO. Fatores de risco para a coluna: avaliação em consulta de enfermagem. Rev. Bras. Enfermagem 1997; 50 (Pt 3): 391-406.
64. Guo HR. Back pain among workers in the United States: national estimates and workers at high risk. Am. J. Ind. Med 1995; 28: 591-602.
65. Mendes R. Estudo epidemiológico do perfil de morbi mortalidade dos trabalhadores na ALCAN – alumínio do Brasil S.A. – Fábrica de Ouro Preto /MG. Belo horizonte; 2000.
66. Gazmuri AN, Lopes I, Sandoval H. Estudio de ausentismo en trabajos de un hospital. Rev. Med. Chile 1992; 120 (Pt 9): 1053-59.
67. Mendes R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores; morbidade. Rev. Saúde Pública 1988; 22 (Pt 1): 311-26.

68. Sellingmann-Silva E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: Mendes R, organizador. Patologia do trabalho – Atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2003. p. 1141-82.

69. Alves M. Organização do trabalho na enfermagem [dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG; 1991.

70. Rocha LE, Glina DMR. Distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho. In: Ferreira Júnior M, organizador. Saúde no trabalho; temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Editora Roca; 2000. p. 320-51.

71. Lei nº 6514. Dispõe sobre a incumbência das empresas quanto a segurança e a medicina do trabalho. Diário oficial da união 1977; 23 dez.

72. Exército Brasileiro. Hospital Geral de Brasília: Histórico. <http://www.hgeb.eb.mil.br> (acessado em 29/12/2004).

73. Organização Panamericana da Saúde – OPS. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde; CID – 10. São Paulo: Editora EDUSP; 1999.

74. Murofuse NT. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças do mundo do trabalho. [Tese de Doutorado] Minas Gerais: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.

75. Silva DMPP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de enfermagem de um Hospital Universitário. Acta scientiarum. Ciências da Saúde 2003; 25 (Pt2):191-97.

76. Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Ver Saúde Pública* 2003; 37 (Pt 5): 616-23.

77. Abreu AMM. Acidente de trabalho com a equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro. *Rev. Enfermagem UERJ* 1998; 6 (Pt 2); 420-31.

78. Napoleão AA. Causas de subnotificação de acidentes de trabalho: visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior paulista [Dissertação de Mestrado].

Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1999.

79. Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores : cenários e desafios. *Cad Saúde Pública* 1997; 13(Supl.2):7-19.

80. Cunha AK, Sordi DR. Inimigo oculto; doenças dos funcionários de hospital não são registradas nem tratadas como ocupacionais. *Rev. Proteção* 2000; 13: 64-71.

81. Stegall-Gomes DL. Estudos dos riscos à saúde das pessoas que trabalham na enfermagem hospitalar. *Rev. Paul. Enfermagem* 1986; 34: 85-93.

82. Organización Mundial de La Salud – OMS. Identificación de enfermedades relacionadas com el trabajo y medidas para combatelas. Ginebra: OMS; 1985.

83. Lopes MJ. Trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. *Rev. Bras Enfermagem* 1988; 41:211-17.

84. Oguisso T. A mulher na força de trabalho: o trabalho da mulher enfermeira. *Rev. Enfermagem UERJ* 1998; 6: 309-16.

85. Lei nº 8112. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da união, das autarquias e das fundações públicas federais. Servidor Online. . <http://www.saude.gov.br> (acessado em 22/12/2004).

86. Meira JBB. Absenteísmo por enfermidade: sugestões para o seu controle. Rev.Bras Saúde Ocupacional 1982; 10:68-76.

87. Aquino EML. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador. Rev.Bras Enfermagem 1993; 46:245-57.

88. Gazzotti A . Histeria: Doença profissional.[Tese de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2003.

89. Alexandre NMC, Angerami ELS, Moreira Filho DC. Dores nas costas e enfermagem. Rev. Esc. Enfermagem USP 1996; 30:267-85.

90. Arruda SOC. Sistema osteo-articular e acidentes do trabalho. In: Arruda SOC, organizador. Curso de medicina do trabalho. São Paulo: Editora Fundacentro; 1981. p. 1111-17.

91. Rocha LE, Ferreira Júnior M. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. In: Ferreira Júnior, organizador. Saúde no trabalho; temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Editora Roca; 2000. p. 286-319.

92. Algranti E. Agentes inaláveis e doenças respiratórias ocupacionais. In: Ferreira Júnior M, organizador. Saúde no trabalho; temas básicos para profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Editora Roca; 2000. p. 227-61.

93. Barreto ML, Carmo EH. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Inf. Epidemiológico SUS* 1994; 2:135-148.
94. Costa G, Facci R. Pressão das horas; trabalho em turnos, principalmente à noite constitui uma condição objetiva de stress. *Rev. Proteção* 2000; 13: 56-64.
95. Jardim S. Organização do trabalho, turnos e saúde mental. *Jornal Bras Psiquiatria* 1994; 43: 185-89.
96. Ferreira LL. Trabalho em turnos: temas para discussão. *Rev. Bras. Saúde Ocupacional* 1987; 15:27-32.
97. Decreto-Lei nº 9666. Dispõe sobre o trabalho noturno. *Diário oficial da união* 1946; 30 agosto.
98. Codo W. Educação: trabalho e carinho. Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
99. Robayo-Tamayo M. Relação entre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.
100. Borges LO, Argolo JCT, Pereira ALS. A Síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicol. Reflex. Crit.* 2002; 15 (Pt 1): 189-200.

101. Araújo IEM, Alexandre NMC. Ocorrência de cervicodorsolombalgias em funcionários de enfermagem em centro cirúrgico. Rev.Bras. Saúde Ocupacional 1998; 25: 119-27.
102. Barbosa A. Hospitais: fonte de saúde ou de risco? Rev. Saúde do DF 1995; 6: 32-6.
103. Algranti E, Capitani EM, Carneiro AP, Saldiva PH. Patologia respiratória relacionada ao trabalho. In: Mendes R, organizador. Patologia do trabalho – Atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2003. p.1330-86.
104. Fischer FM, Lieber RR. Trabalho em turnos. In: Mendes R, organizador. Patologia do trabalho – Atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2003. p. 839-50.
105. Glina DMR. Qualidade de vida no trabalho. Rev. CIPA 2000; 244: 76-9.
106. Brasil. Promoção da saúde: Carta de Otawa, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. In: Ministério da saúde, organizador. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 1996.
107. Brasil. Ministério da Saúde. Info Data SUS. SEDI. Serviço de Disseminação da Informação. <http://www.saude.gov.br> (acessado em 22/12/2004).
108. Dias EC. Organização de atenção à saúde no trabalho. In: Ferreira Júnior M, organizador. Saúde no trabalho; temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Editora Roca; 2000. p. 3-28.