

# Fatores de risco para absenteísmo de curta duração em um hospital de médio porte

## Risk factors for short-term absenteeism in medium-sized hospital

Ana Carolina Monteiro Duarte<sup>1</sup>, Angélica Carvalho Lemos<sup>1</sup>,  
Marcus Alessandro de Alcantara<sup>1,2</sup>

### Resumo

**Introdução:** Existem evidências sobre absenteísmo-doença no contexto hospitalar, mas são necessários estudos não só com profissionais do setor de assistência, mas também com outros de diferentes setores. **Objetivos:** Investigar a associação entre a prevalência de absenteísmo-doença e as características individuais, os hábitos e o estilo de vida, o estado de saúde e as condições de trabalho entre trabalhadores de um hospital filantrópico de médio porte. **Método:** Estudo transversal com amostra probabilística de 123 profissionais dos setores de assistência, de apoio e administrativo. Foram obtidas informações autodeclaradas sobre ausência do trabalho, características sociodemográficas, estilo de vida, estado de saúde e condições de trabalho. Razões de prevalência de absenteísmo e seus respectivos intervalos de confiança de 95% foram ajustados pela técnica de regressão multivariada de Poisson. **Resultados:** A prevalência de absenteísmo nos últimos 12 meses foi de 28,5%, independentemente do setor de trabalho. A presença de doença ocupacional, a alta demanda física e psicológica e o tempo de trabalho no hospital permaneceram associados ao absenteísmo após o ajuste multivariado dos dados. **Conclusão:** Condições precárias de trabalho estão associadas ao absenteísmo-doença entre os profissionais investigados. Esse achado deve ser levado em consideração na formulação de intervenções que envolvem a promoção da saúde desses trabalhadores.

**Palavras-chave:** qualidade da assistência à saúde; riscos ocupacionais; impacto psicossocial; absenteísmo; avaliação de serviços de saúde.

### Abstract

**Introduction:** Even though there are evidences of absenteeism in the hospital context, more studies are needed beyond the care sector. **Objectives:** to investigate the associations between the prevalence of absenteeism of three sectors employees of a philanthropic medium-sized hospital and individual characteristics, life habits, health status and working conditions. **Method:** Cross-sectional study with random sample of 123 professionals from care, administrative and support sectors. The data was collected through a self-administered questionnaire that included information on absence from work, socio-demographic, habits and lifestyle characteristics, health status and working conditions. Prevalence ratios of absenteeism and their respective 95% confidence intervals were adjusted by Poisson multivariate regression. **Results:** The prevalence of absenteeism due to sickness in last 12 months was 28.5% and it was associated with high physical and psychological demands, working time at the hospital and presence of occupational diseases. **Conclusion:** Precarious working conditions are associated sickness absenteeism among professionals investigated. This finding must be considered in the formulation of interventions involving the health promotion of these workers.

**Keywords:** quality of health care; occupational risks; psychosocial impact; absenteeism; health services evaluation.

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação em Reabilitação e Desempenho Funcional, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) - Diamantina, (MG), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) - Diamantina, (MG), Brasil.

Trabalho realizado no Hospital Nossa Senhora da Saúde, Diamantina, (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Marcus Alessandro de Alcantara – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Campus JK, Rodovia MGT 367, Km 583, 5000 – Alto da Jacuba – CEP: 39100-000 – Diamantina (MG), Brasil – Email: marcus.alcantara@ufvjm.edu.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



## INTRODUÇÃO

O absenteísmo é um fenômeno complexo e multifatorial<sup>1</sup>. Aspectos diferentes e superpostos, que incluem a saúde, as características individuais e socioculturais, o ambiente de trabalho, a organização da empresa e a ausência de medidas de controle das faltas, podem estar envolvidos em chances mais ou menos elevadas de o trabalhador se ausentar<sup>2</sup>.

Absenteísmo, ou absentismo, ou ausentismo, corresponde à falta de assiduidade ao trabalho<sup>3</sup>. Tais termos são equivalentes para designar a ausência ao trabalho pelo empregado nas ocasiões em que seria esperada sua presença, independentemente de sua duração<sup>4</sup>. O absenteísmo-doença decorre tanto de doença quanto de lesão acidental, sendo aceito internacionalmente como indicador das condições de saúde dos trabalhadores<sup>5</sup>. A sua análise prevê informações não só da situação epidemiológica, mas também das condições de trabalho, subsidiando ações efetivas em saúde ocupacional<sup>6</sup>.

A prevalência de absenteísmo-doença varia de 16,6 a 72,9%, de acordo com a população-alvo e o contexto investigado<sup>2,7</sup>. Apesar dos avanços no conhecimento da exposição dos trabalhadores do setor hospitalar às cargas e dos processos de desgaste que delas decorrem, mudanças nos processos de trabalho para garantir melhores condições laborais ainda estão longe de ser realidade, indicando a necessidade do monitoramento da saúde desses trabalhadores<sup>8</sup>. Assim, indicadores de absenteísmo-doença constituem importantes ferramentas para esse monitoramento.

A literatura específica sobre absenteísmo-doença no ambiente hospitalar, em sua maioria, limita-se a investigar grupos ocupacionais específicos<sup>9</sup>. Estudos na área de enfermagem são amplamente difundidos sob a justificativa de que a categoria representa a maior força de trabalho e está sujeita a diferentes fatores de risco<sup>10</sup>. Argumenta-se que a ausência desses trabalhadores afeta a organização do serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os presentes e compromete a qualidade da assistência prestada ao paciente<sup>2</sup>.

Existem poucos estudos que focalizam o perfil epidemiológico e a prevalência de afastamentos em trabalhadores de diferentes atividades ocupacionais no ambiente hospitalar, tais como trabalhadores de apoio e administrativo. Ainda assim, tais estudos são relevantes, pois confirmam a composição heterogênea dos diferentes setores e a natureza diversa dos desgastes de cada uma das variadas categorias<sup>4,7</sup>. Trabalhadores da assistência, por exemplo, estão expostos a sobrecargas físicas e desgaste emocional<sup>11</sup>, enquanto trabalhadores de apoio sofrem com a fragmentação das tarefas, com as rotinas monótonas de atividades e com os conflitos com chefias<sup>12</sup>.

Assim, apesar da gravidade dos casos de absenteísmo-doença no setor hospitalar e da lacuna de pesquisas que abarquem o conceito ampliado de profissionais da saúde, o presente estudo teve como objetivo investigar associações entre a prevalência de

absenteísmo-doença autorreferido, as características individuais, os hábitos e o estilo de vida, o estado de saúde e as condições de trabalho entre trabalhadores de um hospital de médio porte do interior de Minas Gerais.

## MÉTODO

Estudo observacional de corte transversal baseado em dados de um inquérito epidemiológico realizado em um hospital filantrópico de médio porte do município de Diamantina, Minas Gerais, em 2015. O hospital é uma entidade de referência macrorregional na região centro-norte de Minas Gerais, que presta atendimento ambulatorial e oferece cirurgias nas principais especialidades médicas para 79 municípios do Vale do Jequitinhonha.

Todos os profissionais (n=173) que estavam em efetivo exercício da sua função foram considerados elegíveis. Aqueles que não estavam em exercício por motivo de saúde ou férias foram substituídos, respeitando-se a distribuição por setor de trabalho.

Calculou-se uma amostra aleatória de acordo com o número e a proporção dos sujeitos elegíveis de um universo de 173 profissionais, respeitada a composição original por setor de trabalho: clínica médica (n=109; 63%), apoio (n=36; 20,8%) e administrativo (n=28; 16,2%). O setor de clínica médica era composto em sua maioria por profissionais técnicos em enfermagem (n=42; 34,2%) e enfermeiros (n=14; 11,4%); os profissionais do apoio trabalhavam na limpeza em sua quase totalidade (n=28; 22,8%); o setor administrativo, por sua vez, apresentou uma grande variabilidade de ocupações, sendo as recepcionistas (n=5; 4,1%) e os faturistas (n=4; 3,3%) as ocupações mais prevalentes.

Para o cálculo do tamanho da amostra final, como os desfechos de interesse apresentaram prevalências diferenciadas, foi tomado como base o evento de maior tamanho amostral (exposição a riscos biológicos=34,2%). Foi considerado ainda um intervalo de 95% de confiança, além de precisão de 5%. Com base nos parâmetros descritos, a amostra foi estimada em 123 profissionais.

Os profissionais foram abordados durante o horário de trabalho e questionados sobre o interesse em participar da pesquisa. Se afirmativo, foi negociado um horário de sua preferência. A coleta foi realizada por meio de entrevista por pesquisadores previamente treinados e em local reservado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (CAAE nº 55464116.5.0000.5108). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi requerido de todos os participantes do estudo.

O absenteísmo-doença foi mensurado pela pergunta: “No último ano, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho por motivo de doença?”. Essa variável foi categorizada

em duas opções de respostas: 0=não e 1=sim. Nas respostas afirmativas, houve o questionamento ainda sobre o motivo e a frequência dos afastamentos. As opções de respostas para a constância do absenteeísmo foram: 0=uma a duas vezes, 1=três a quatro vezes ou 2=mais de quatro vezes. Estudos já demonstraram que o absenteeísmo-doença autorreferido se mostrou fortemente correlacionado com medidas baseadas em registros, considerado, portanto, um indicador válido para obter dados sobre absenteeísmo-doença<sup>13</sup>.

As variáveis explicativas consideradas na análise dos dados foram as seguintes: (1) informações sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, cor/raça, situação conjugal e presença de filhos); (2) hábitos e estilo de vida (atividade física, atividade de lazer e trabalho doméstico); (3) estado de saúde (doença ocupacional diagnosticada por médico e problemas de saúde); (4) características do trabalho (demanda física, demanda psicológica, controle sobre o trabalho, apoio social no trabalho, ambiente físico, tempo de trabalho, realização de hora extra, outra atividade remunerada e setor de trabalho).

A variável atividade física foi construída diante das respostas (0=sim e 1=não) à pergunta: “Você pratica atividades físicas no tempo de lazer?”

Em relação à prática de atividade de lazer, a pergunta foi: “Você pratica atividade de lazer (hobbies, cultura, passeio etc.)?”. As respostas foram categorizadas em: 0=sim e 1=não.

Quanto ao trabalho doméstico, a variável baseou-se no grau de responsabilidade do respondente em relação a oito tarefas: cuidados com crianças (higiene, médico e escola), limpeza, cozinha, roupas (lavar e passar), compras e pequenos consertos. As opções de resposta foram: 0=não, 1=às vezes, 2=divide igualmente, 3=quase sempre e 4=inteiramente. Posteriormente, procedeu-se ao somatório dos itens e ao cálculo da mediana para definir as seguintes categorias em relação ao trabalho doméstico: 0=baixa responsabilidade e 1=alta responsabilidade.

Em relação aos problemas de saúde, questionou-se acerca da ocorrência de doenças crônico-degenerativas diagnosticadas por um médico nos últimos 12 meses, cujas respostas foram: 0=não e 1=sim.

A variável doença ocupacional foi questionada da seguinte forma: “Já teve alguma doença ocupacional diagnosticada por médico?”. As opções de resposta foram: 0=não e 1=sim. Nos casos afirmativos, questionou-se qual seria a doença ocupacional e há quanto tempo ela havia sido diagnosticada.

A demanda física do trabalho foi mensurada por meio de seis perguntas que avaliavam a opinião do trabalhador quanto às características físicas das tarefas. As questões abordavam a adoção de posturas inadequadas, a manutenção da postura ortostática ou sentada por longos períodos, a necessidade de andar longas distâncias, a mobilização de pacientes e a ausência de pausa. Todas as perguntas tinham como possíveis respostas:

0=nunca, 1=raramente, 2=às vezes e 3=sempre. Portanto, quanto maior o escore, maior a carga física no trabalho. A variável demanda física foi operacionalizada a partir do somatório dos itens citados que foram, em seguida, categorizados pela mediana em: baixa demanda física (valores iguais ou abaixo da mediana) e alta demanda física (valores acima da mediana).

Os aspectos psicossociais do trabalho foram aferidos por meio do instrumento *Job Stress Scale* (JSS), que avalia os domínios demanda psicológica (exigências psicológicas do trabalho, tais como pressão de tempo, nível de concentração requerida, interrupção das tarefas e necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores), controle sobre o trabalho (o uso e desenvolvimento de habilidades e a autoridade para tomada de decisão) e apoio social (relações com colegas e chefes)<sup>14</sup>. Para a construção dos indicadores, procedeu-se ao somatório das variáveis referentes a cada um desses domínios, os quais foram analisados separadamente a partir do cálculo das medianas para formar duas categorias para demanda psicológica (baixa/alta), controle (alto/baixo) e apoio social no trabalho (alto/baixo).

O ambiente físico do trabalho foi questionado quanto à ventilação, à temperatura, à iluminação e à qualidade dos móveis oferecidos, como cadeiras e mesas. As opções de resposta foram: 0=muito boa, 1=boa, 2=regular, 3=ruim e 4=muito ruim. Outro ponto questionado foi em relação ao ruído no local de trabalho e fora do local de trabalho, com as seguintes opções de resposta: 0=desprezível, 1=razoável, 2=elevado e 3=insuportável. Novamente, a variável foi construída a partir do somatório das respostas e do cálculo da mediana para definir o ambiente físico: 0=adequado ou 1=inadequado.

As análises basearam-se em modelo hierárquico, que descreve as premissas entre as variáveis na determinação do desfecho. As variáveis independentes foram hierarquizadas em quatro níveis de determinação: no primeiro nível, foram incluídas as informações sociodemográficas por serem mais estáveis ao indivíduo e exercerem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde<sup>15</sup>; no segundo nível, as informações sobre os hábitos e estilos de vida foram inseridas assumindo o pressuposto de que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas são influenciadas também pelo meio externo<sup>16</sup>; no terceiro nível, foram incluídas as informações sobre trabalho, indicando que a saúde das pessoas está mais ou menos vulnerável pelos diferenciais de exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho; no quarto nível, foram incluídas as informações sobre o estado de saúde. Associação entre diferentes indicadores de saúde e absenteeísmo-doença foi descrita em outros estudos<sup>2,17</sup>. O estado de saúde possui grande influência sobre os demais níveis e está relacionado às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade<sup>16</sup>.

As análises foram realizadas por meio do software Stata, versão 12.0. Análise descritiva foi usada para caracterizar a população investigada. Para verificar os fatores associados à ocorrência de absenteísmo-doença, realizaram-se a análise univariável com estimativas de razões de prevalência (RP) e o cálculo dos respectivos intervalos de confiança. Empregou-se a regressão de Poisson com variância robusta, sendo inseridas no modelo multivariável as variáveis que apresentaram significância estatística com  $p < 0,20$ .

Abordagem hierarquizada de entrada das variáveis foi adotada para ajuste das RP, conforme os quatro níveis de determinação definidos previamente pelo modelo teórico. Cada bloco de variáveis independentes entrou na equação de regressão em passos separados, conforme a ordem temporal da inclusão das variáveis. As variáveis dos blocos mais distais permaneceram como fatores de ajuste para os blocos hierarquicamente inferiores. Assim, a contribuição específica de um bloco de variáveis ou uma variável em particular pode ser determinada em relação aos efeitos das variáveis introduzidas anteriormente<sup>18</sup>. As variáveis que não estavam significativamente associadas ao absenteísmo-doença ( $p \leq 0,10$ ) eram excluídas antes da entrada do próximo bloco de variáveis, e o modelo final contém apenas os fatores que permaneceram associados em nível de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

A prevalência de absenteísmo-doença autodeclarado nos últimos 12 meses foi de 28,5% e se restringiu a afastamentos de um a dois episódios por trabalhador. As principais causas de afastamento foram por cirurgia (cinco casos), dor lombar (quatro casos), hérnia de disco (três casos), seguidas de infecção urinária, pneumonia, amigdalite, tendinite, estresse e diarreia, cada condição de saúde associada a dois casos.

A Tabela 1 mostra a descrição completa da amostra.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (77,2%), com média de idade de 34 anos (desvio-padrão [DP]=10,2 anos), faixa etária entre 18 e 32 anos (50,4%), união estável (53,7%), escolaridade no ensino fundamental ou médio (65,8%), com um a dois filhos (47,2%). A renda familiar mensal foi de R\$2.326,82 (DP=1.714,14) em média, equivalente a três salários mínimos na época. Em relação à cor/raça, 74% dos profissionais se declararam brancos ou pardos.

Em relação aos comportamentos saudáveis, 20,3% praticavam atividade física de três a cinco vezes por semana. Predominaram os profissionais com relato de atividades de lazer em seu horário de folga (71,5%), contrastando com o percentual igualmente elevado de responsabilidade com as atividades domésticas (45,5%).

Quanto ao tempo de trabalho no hospital, encontrou-se média geral de 5 anos e 8 meses, com uma média na função exercida de 5 anos e 9 meses. As atividades dos profissionais demandavam esforços físicos, com destaque para as posturas

**Tabela 1.** Número de observações e de frequências segundo as variáveis analisadas em profissionais de um hospital de Diamantina, Minas Gerais, 2015

Variáveis	n (%)
<b>Características individuais</b>	
Sexo	
Masculino	28 (22,8%)
Feminino	95 (77,2%)
Faixa etária	
18 a 27 anos	36 (29,3%)
28 a 32 anos	26 (21,1%)
33 a 40 anos	32 (26,0%)
Mais de 40 anos	29 (23,6%)
Situação conjugal	
Casado ou união estável	66 (53,7%)
Outros	57 (46,3%)
Escolaridade	
Ensino superior	42 (34,1%)
Ensino médio	65 (52,9%)
Ensino fundamental	16 (13,0%)
Cor/raça	
Branco/amarelo	26 (21,1%)
Outros	97 (78,9%)
<b>Hábitos e estilo de vida</b>	
Atividade física	
Sim	44 (35,8%)
Não	79 (64,2%)
Atividade de lazer	
Sim	88 (71,6%)
Não	32 (26,0%)
Trabalho doméstico	
Baixa responsabilidade	67 (54,5%)
Alta responsabilidade	56 (45,5%)
<b>Estado de saúde</b>	
Doença ocupacional	
Não	105 (85,4%)
Sim	18 (14,6%)
<b>Características do trabalho</b>	
Setor de trabalho	
Apoio	29 (23,6%)
Assistência	72 (58,5%)
Administração	22 (17,9%)
Tempo de trabalho	
0 a 12 meses	44 (35,8%)
1 a 3 anos	27 (22,0%)
3 a 6 anos	23 (18,7%)
Mais de 6 anos	29 (23,6%)
Realização de hora extra	
Não	64 (52,0%)
Sim	59 (48,0%)
Demanda física	
Baixa	77 (62,6%)
Alta	46 (37,4%)
Demanda psicológica	
Baixa	71 (57,7%)
Alta	52 (42,3%)

Tabela 1. Continuação...

Variáveis	n (%)
Controle sobre o trabalho	
Baixo	62 (50,4%)
Alto	61 (49,6%)
Apoio social no trabalho	
Inadequado	63 (51,2%)
Adequado	60 (48,8%)
Ambiente físico	
Ambiente de boa qualidade	73 (59,3%)
Ambiente de má qualidade	50 (40,7%)
Outra atividade remunerada	
Não	78 (63,4%)
Sim	45 (36,6%)

inadequadas (71,5%), deslocamentos frequentes (68,3%) e exigência de ficar em pé por muito tempo (65%). A proporção de profissionais com alta demanda psicológica foi elevada (42,3%), contrastando com o percentual igualmente alto de profissionais com baixo controle (50,4%) e baixo apoio social no trabalho (51,2%). O ambiente físico foi avaliado como inadequado por quase metade dos respondentes (40,7%), sobretudo a qualidade da temperatura e da iluminação, avaliadas como muito ruins por 25,2 e 20,3% dos profissionais, respectivamente. Um total de 48% dos profissionais relatou fazer horas extras, enquanto 37,4% informaram exercer outra atividade remunerada.

Um total de 84,4% de trabalhadores relatou ter problemas de saúde, dos quais os mais comuns foram: alergias (43,9%), rinite/sinusite (29,3%), infecção urinária (17,1%), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (13%) e gastrite (12,2%). Quase 15% dos respondentes afirmaram ter diagnóstico médico de doença ocupacional, com destaque para as tendinites (8,9%).

A Tabela 2 mostra a frequência e a análise univariável da prevalência de absenteísmo-doença de acordo com as variáveis explicativas. Observaram-se maiores prevalências de absenteísmo-doença entre os respondentes que referiram ter doença ocupacional diagnosticada por médico, alta demanda física e alta demanda psicológica.

Os fatores significativamente associados ao absenteísmo-doença ( $p < 0,20$ ) na análise univariável foram incluídos na análise multivariável (Tabela 2). A prevalência de absenteísmo-doença foi associada à situação conjugal e ao relato de atividades de lazer. Quanto às variáveis relacionadas às características do trabalho, o absenteísmo-doença se associou à demanda física, à demanda psicológica, ao ambiente físico e ao tempo de trabalho. Problemas de saúde e doença ocupacional diagnosticada por um médico também se associaram ao desfecho.

Na análise multivariável, utilizando regressão de Poisson com estimação de variância robusta (Tabela 3), nenhuma variável relacionada às características individuais e aos estilos de vida permaneceu no modelo. Quanto às condições de trabalho,

as demandas física e psicológica e o tempo de trabalho no hospital se mantiveram significativamente associados ao absenteísmo-doença. Doença ocupacional diagnosticada por um médico também permaneceu no modelo ( $p < 0,05$ ). Por fim, a suposição de multicolinearidade entre as variáveis independentes foi testada e não houve violação desse pressuposto.

## DISCUSSÃO

Este estudo analisou o perfil de 123 profissionais de um hospital de médio porte que responderam, por ocasião de um inquérito, a perguntas sobre fatores associados ao absenteísmo-doença nos últimos 12 meses. Chama atenção a força das variáveis relativas ao ambiente de trabalho em um contexto determinado por aspectos diferentes e superpostos, os quais incluem saúde, características individuais e aspectos socioeconômicos, além de trabalho. Ausência no trabalho por doença foi associada a maior tempo de trabalho, à alta demanda física e psicológica e a doenças ocupacionais.

O perfil da amostra investigada se assemelha às características encontradas em outros estudos no setor hospitalar, com maioria de trabalhadores jovens, do sexo feminino e com ensino médio ou superior<sup>1,19,20</sup>.

A prevalência de absenteísmo-doença autodeclarado foi semelhante aos resultados obtidos com equipes de saúde de hospitais públicos dos Estados da Bahia<sup>7</sup> e do Rio de Janeiro<sup>21</sup>, mas superior a uma amostra de profissionais de enfermagem de três hospitais públicos do Rio de Janeiro<sup>2</sup>. Uma explicação para essas discrepâncias está atrelada aos diferentes parâmetros usados para definir o número e o tipo de ausências do trabalho. Ainda, alguns fatores, como perfil da amostra, setor de trabalho e nível de complexidade, podem interferir nos resultados. Além disso, a decisão de comunicar a doença ocorre em determinado contexto cultural e social, que não é facilmente convertido em variáveis observáveis. Ressalta-se também o peso da percepção do suporte da gestão em relação à ausência de doença<sup>22</sup>.

Coerente aos resultados de um estudo desenvolvido em um hospital universitário de alta complexidade<sup>2</sup>, observou-se que os profissionais que se afastaram por doença são menos antigos no hospital. Contrariamente, Martins et al.<sup>7</sup> observaram que o evento foi predominante entre profissionais, com média de 12,7±8,9 anos de serviço. Afastamentos do trabalho podem fornecer informações a respeito do estado de saúde de determinado grupo de trabalhadores, apesar da dificuldade para se adaptar à natureza da tarefa<sup>23</sup>. Entretanto, a ausência também pode ser um indicador de condições precárias de trabalho<sup>24</sup>. Isso mostra que as relações entre trabalho e saúde são complexas e podem ser bidirecionais.

A despeito dos resultados descritos, constata-se que esses profissionais estão envelhecendo no hospital. Não seria implausível supor um quadro de envelhecimento funcional ou de perda da

**Tabela 2.** Prevalência de absenteísmo-doença e análise univariada segundo as variáveis analisadas em profissionais de um hospital de Diamantina, Minas Gerais, 2015

Variáveis	Prevalência de absenteísmo (%)	RP	IC 95%
<b>Características individuais</b>			
Sexo			
Masculino	7 (25,0%)	1	
Feminino	28 (29,5%)	1,18	0,57-2,41
Faixa etária			
18 a 27 anos	8 (22,2%)	1	
28 a 32 anos	7 (26,9%)	1,21	0,50-2,93
<b>33 a 40 anos</b>	13 (40,6%)	<b>1,82</b>	<b>0,86-3,84*</b>
Mais de 40 anos	7 (24,1%)	1,08	0,44-2,65
Situação conjugal			
Casado ou união estável	15 (22,7%)	1	
<b>Outros</b>	20 (35,1%)	<b>1,54</b>	<b>0,87-2,73*</b>
Escolaridade			
Ensino superior	10 (23,8%)	1	
Ensino médio	20 (30,8%)	1,29	0,67-2,48
Ensino fundamental	5 (31,3%)	1,31	0,52-3,25
Cor/raça			
Branco/amarelo	5 (19,2%)	1	
Outros	30 (30,9%)	1,60	0,69-3,74
<b>Hábitos e estilo de vida</b>			
Atividade física			
Sim	13 (29,6%)	1	
Não	22 (27,9%)	0,94	0,52-1,68
Atividade de lazer			
Sim	23 (26,1%)	1	
<b>Não</b>	10 (31,3%)	<b>1,00</b>	<b>1,00-1,01*</b>
Trabalho doméstico			
Baixa responsabilidade	19 (28,4%)	1	
Alta responsabilidade	16 (28,6%)	1,00	0,57-1,77
<b>Estado de saúde</b>			
Doença ocupacional			
Não	25 (23,8%)	1	
<b>Sim</b>	10 (55,6%)	<b>2,33</b>	<b>1,36-3,99*</b>
<b>Características do trabalho</b>			
Setor de trabalho			
Apoio	9 (31,0%)	1	
Assistência	21 (29,2%)	0,93	0,48-1,80
Administração	5 (22,7%)	0,73	0,28-1,88
Tempo de trabalho			
0 a 12 meses	4 (9,1%)	1	
<b>1 a 3 anos</b>	11 (40,7%)	<b>4,48</b>	<b>1,57-12,73*</b>
<b>3 a 6 anos</b>	10 (43,5%)	<b>4,78</b>	<b>1,67-13,64*</b>
<b>Mais de 6 anos</b>	10 (34,5%)	<b>3,79</b>	<b>1,30-11,00*</b>
Realização de hora extra			
Não	17 (26,6%)	1	
Sim	18 (30,5%)	1,14	0,65-2,01
Demanda física			
Baixa	16 (23,8%)	1	
<b>Alta</b>	19 (41,3%)	<b>1,98</b>	<b>1,13-3,47*</b>

\*Significativo a 20%. Legenda: RP=razão de prevalência; IC=intervalo de confiança

Tabela 2. Continuação...

Variáveis	Prevalência de absenteísmo (%)	RP	IC 95%
Demanda psicológica			
Baixa	14 (19,7%)	1	
<b>Alta</b>	<b>21 (40,4%)</b>	<b>2,04</b>	<b>1,15-3,64*</b>
Controle sobre o trabalho			
Baixo	20 (32,3%)	1	
Alto	15 (24,6%)	0,76	0,43-1,34
Apoio social no trabalho			
Inadequado	18 (28,6%)	1	
Adequado	17 (28,3%)	0,99	0,56-1,74
Ambiente físico			
Ambiente de boa qualidade	17 (23,3%)	1	
<b>Ambiente de má qualidade</b>	<b>18 (36,0%)</b>	<b>1,54</b>	<b>0,88-2,70*</b>
Outra atividade remunerada			
Não	20 (25,6%)	1	
Sim	15 (33,3%)	1,3	0,74-2,28

\*Significativo a 20%. Legenda: RP=razão de prevalência; IC=intervalo de confiança

Tabela 3. Análise multivariada dos fatores associados ao absenteísmo-doença em trabalhadores de um hospital de Diamantina, Minas Gerais, 2015

Variáveis	Absenteísmo doença Modelo ajustado	
	RP	IC 95%
Tempo de trabalho		
0 a 12 meses	1	
1 a 3 anos	3,59	1,35-3,69
3 a 6 anos	4,10	1,12-3,23
Mais de 6 anos	2,97	1,01-2,92
Demanda física		
Baixa	1	
Alta	1,91	1,12-3,23
Demanda psicológica		
Baixa	1	
Alta	1,72	1,01-2,92
Doença ocupacional diagnosticada por médico		
Não	1	
Sim	2,23	1,35-3,69

Legenda: RP=razão de prevalência; IC=intervalo de confiança

capacidade para trabalho. Tal condição resulta do equilíbrio entre os recursos humanos (idade, escolaridade e competências) em relação às características do trabalho (físicas e organizacionais)<sup>25</sup> que, sabidamente, acarretam doenças e sintomas, aposentadoria ou afastamento por incapacidade<sup>26</sup>. Sob qualquer ângulo, os resultados indicam a necessidade de elaboração de medidas de transformação da organização do trabalho.

A associação significativamente positiva entre absenteísmo-doença e demanda física não é surpreendente e evoca explicações já descritas na literatura. A exposição constante a longas jornadas

de trabalho, o ritmo acelerado de produção, por excesso de tarefas, o transporte e a movimentação de pacientes e de equipamentos e a longa permanência em pé durante a assistência são algumas condições associadas ao desgaste físico no ambiente hospitalar<sup>27,28</sup>. Concomitantemente, a má postura corporal e o espaço físico e mobiliário inadequados são apontados como fatores de risco ergonômico responsáveis por danos à saúde, tais como distúrbios musculoesqueléticos<sup>11</sup>, transtornos mentais<sup>2</sup> e absenteísmo-doença<sup>2</sup>.

A identificação de risco mais elevado de absenteísmo-doença entre profissionais com altas demandas psicológicas no trabalho é convergente com a literatura específica<sup>21</sup>. Por um lado, a organização hospitalar é complexa, considerando que as demandas e necessidades dos clientes não podem ser adiadas e não permitem padronizações excessivas; por outro, o trabalho no hospital pressupõe tratamento personalizado e efetiva integração entre os diversos serviços<sup>29</sup>. Tal realidade se manifesta nas questões relacionais e pressões temporais, sobretudo nas situações agudas de estresse, levando o trabalhador a um processo de desgaste físico e mental<sup>12</sup>. A ausência do trabalho, então, pode ser uma estratégia de enfrentamento das tensões organizacionais que recaem, direta ou indiretamente, sobre a saúde desses profissionais<sup>30</sup>.

Doença ocupacional diagnosticada por um médico influenciou a prevalência de absenteísmo doença. Esse resultado é convergente com alguns estudos<sup>2</sup>, mas não com outros<sup>31</sup>. Os afastamentos de longa duração têm sido mais associados a condições de saúde, enquanto a cultura organizacional ou a (in)satisfação dos trabalhadores com o trabalho, a ausências de curta duração<sup>32</sup>. Entretanto, se o absenteísmo-doença, por definição, é uma expressão de saúde deficiente, não é incorreto esperar que

sua prevalência seja mais alta na presença de morbidades<sup>33</sup>. Estudos que considerem períodos de afastamento com durações diferentes poderão subsidiar informações relevantes a respeito dessa temática.

Merece destaque a questão dos índices de absenteísmo-doença por setores de trabalho. Ainda que a variabilidade da ausência do trabalho por setor não tenha sido suficiente para gerar efeito significativo nessa amostra, a alta prevalência de absenteísmo-doença não passa despercebida, sobretudo nos setores de assistência e apoio operacional. Tal resultado não é surpreendente e denota que a vulnerabilidade a agravos à saúde não é exclusiva para profissionais da assistência<sup>15</sup>. Análise dos perfis de diagnósticos associados aos dias de licença médica entre profissionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo mostrou que os trabalhadores operacionais são mais vulneráveis a transtornos mentais e a doenças do aparelho circulatório, enquanto o desgaste físico é um fator de risco universal<sup>12</sup>.

A composição heterogênea de cada setor limita inferências sobre os determinantes de adoecimentos, mas a alta prevalência de absenteísmo-doença, independentemente do setor, indica a necessidade de ampliar o foco de pesquisas para além dos profissionais da assistência. Não se trata simplesmente de apontar ambientes ou tarefas de risco, prevenção e proteção ao trabalhador, mas compreender a marcante complexidade dos serviços prestados no espaço hospitalar. É preciso ir além e voltar os olhos para as suas especificidades ao estabelecer políticas que incidam sobre a organização do trabalho dos diferentes setores de um hospital.

Esclarece-se que o universo amostral desta pesquisa é restrito a uma população de trabalhadores de um hospital de médio porte da cidade de Diamantina, portanto comparações devem ser feitas com cautela. Contudo, a amostra representativa dos diferentes setores que compõem a força de trabalho no hospital sugere adequada validade interna.

A seleção da amostra não incluiu aposentados precocemente ou que não puderam manter-se em seus postos por conta de

problemas de saúde. Um possível efeito do trabalhador sadio deve ser considerado<sup>33</sup>.

A prevalência de absenteísmo-doença foi estimada por meio de autorrelato, sujeito ao viés de memória ou de informação, o que implicaria superestimação ou subestimação da informação<sup>2</sup>. Entretanto, a existência comprovada de correlação entre dados autorreferidos de absenteísmo-doença e medidas baseadas em registro<sup>34</sup> bem como a prevalência de absenteísmo-doença coerente com a literatura reforçam a validade dos dados apresentados nesta pesquisa.

Apesar dessas limitações, conclui-se que os resultados apresentados reforçam a influência do ambiente de trabalho hospitalar sobre a suscetibilidade dos trabalhadores aos riscos de adoecimento. Cresce em relevância o papel da gestão em aceitar fatores pouco explorados que incidem sobre o processo de trabalho em hospitais públicos, tais como as condições de trabalho. A maneira como o trabalho é realizado e a cultura organizacional, articuladas a outros fatores, são determinantes para a saúde dos sujeitos que operam o sistema. Em última instância, tais fatores influenciam os gastos econômicos e a qualidade da assistência, conclamando medidas capazes de transformar a realidade sanitária dos trabalhadores hospitalares sem desconsiderar as especificidades dos diferentes setores de trabalho.

É reconhecida a missão básica de prestar assistência ao paciente na organização hospitalar. Entretanto, desconsiderar questões específicas do processo de trabalho de determinadas categorias ou de certos setores não apenas os coloca em risco de adoecimento e de afastamento do trabalho, mas também limita ações efetivas de prevenção e promoção à saúde no ambiente hospitalar<sup>2</sup>. Especula-se ainda, em última instância, se a própria atividade-fim do hospital possa ser prejudicada considerando a relevância do suporte desses trabalhadores à máquina hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000;8(5):44-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000500007>. PMID:12040625.
2. Ferreira RC, Griep RH, Fonseca MJM, Rotenberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):259-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000018>. PMID:22358073.
3. Rodrigues CS, Freitas RM, Assunção AA, Bassi I, Medeiros AM. Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. *Rev Bras Estud Popul*. 2013;30:135-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982013000400009>.
4. Bargas EB, Monteiro MI. Factors related to absenteeism due to sickness in nursing workers. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(6):533-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400087>.
5. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2003;27:1-6. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7411.364>.
6. Leão ALM, Barbosa-Branco A, Rassi E No, Ribeiro CAN, Turchi MD. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):262-77. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010020>. PMID:25651026.

7. Martins PF, Sobrinho CLN, Silva MV, Pereira NB, Gonçalves CM, Rebouças BS, et al. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2009;34(120):172-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572009000200008>.
8. Felli VEA, Costa TF, Baptista PCP, Guimarães ALO, Anginoni BM. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(Spec No):98-105. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800014>. PMID:26959160.
9. Santana PBS, Araújo TS, Lemos LMD. Enfermagem do trabalho relacionado à prevenção de absenteísmo por doenças no contexto hospitalar: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE.* 2015;9(8):8874-81.
10. Davey MM, Cummings G, Newburn-cook CV, Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *J Nurs Manag.* 2009;17(3):312-30. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00958.x>. PMID:19426368.
11. Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DE. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):368-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200022>. PMID:21988000.
12. Sala A, Carro ARL, Correa AN, Seixas PH. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cad Saude Publica.* 2009;25(10):2168-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000008>. PMID:19851617.
13. Ferrie JE, Kivimäki M, Head J, Shipley M, Vahtera J, Marmot M. A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. *Occup Environ Med.* 2005;62(2):74-9. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2004.013896>. PMID:15657187.
14. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Occupational stress and health: contributions of the Demand-Control Model. *Cien Saude Colet.* 2003;8(4):991-1003. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000400021>.
15. Muntaner C, Borrell C, Vanroelen C, Chung H, Benach J, Kim IH, et al. Employment relations, social class and health: a review and analysis of conceptual and measurement alternatives. *Soc Sci Med.* 2010;71(12):2130-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.038>. PMID:21075495.
16. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future studies; 1991.
17. Oenning NSX, Carvalho FM, Lima VMC. Fatores de risco para absenteísmo com licença médica em trabalhadores da indústria de petróleo. *Rev Saude Publica.* 2014;48(1):103-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004609>. PMID:24789643.
18. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto M. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/26.1.224>. PMID:9126524.
19. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm.* 2007;62(1):38-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100006>. PMID:19219352.
20. Ferreira EV, Lemos RMC, Silva FO, Laureano Filho JR, Ferreira NS, Amorim MJDM. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital Universitário do Estado de Pernambuco. *Rev Rene.* 2011;12:742-9.
21. Carvalho LSF, Matos RCS, Souza NVDO, Ferreira REDSF. Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde.* 2010;9(1):60-6. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.10530>.
22. Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occup Environ Med.* 2003;60(4):271-8. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.60.4.271>. PMID:12660375.
23. van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med.* 2014;71(10):730-6. <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>. PMID:24556535.
24. Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Lopez Bonilla IM, Navarro i Giné A, Martín M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saude Publica.* 2003;37(5):616-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000500011>. PMID:14569338.
25. Ilmarinen J. Work ability-a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health.* 2009;35(1):1-5. <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1304>. PMID:19277432.
26. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Cien Saude Colet.* 2010;15(Supl 1):1553-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700067>. PMID:20640317.
27. Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003;11(2):177-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200006>. PMID:12852294.
28. Belita A, Mbindyo P, English M. Absenteeism amongst health workers—developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. *Hum Resour Health.* 2013;11(1):34. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-11-34>. PMID:23866770.
29. Alves M, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(2):195-200. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200014>. PMID:17051890.
30. Roelen CAM, Koopmans PC, Schreuder JAH, Anema JR, van der Beek AJ. The history of registered sickness absence predicts future sickness absence. *Occup Med.* 2011;61(2):96-101. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqj181>. PMID:21173042.
31. Kristensen TR, Jensen SM, Kreiner S, Mikkelsen S. Socioeconomic status and duration and pattern of sickness absence. A 1-year follow-up study of 2331 hospital employees. *BMC Public Health.* 2010;10(1):643. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-643>. PMID:20973979.
32. Lund T, Labriola M. Sickness absence in Denmark – research, results, and reflections. *Scand J Work Environ Health.* 2009;(7):5-14.
33. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health.* 1995;49(2):124-30. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.49.2.124>. PMID:7798038.
34. Shah D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian J Occup Environ Med.* 2009;13(2):77-9. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5278.55123>. PMID:20386623.

Recebido em: Jun. 04, 2017  
Aprovado em: Nov. 08, 2017