

PATRÍCIA FREITAS MARTINS

**ABSENTEÍSMO POR DOENÇA EM TRABALHADORES DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA, 2005-2006**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento
Sobrinho.

**FEIRA DE SANTANA
2008**

Ficha Catalografica

Martins, Patrícia Freitas

M345a Absenteísmo por doenças em trabalhadores de saúde em um hospital público do Estado da Bahia, 2005-2006 / Patrícia Freitas Martins. – Feira de Santana, 2008.
110 f. : il.

Orientador: Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2008.

1. Trabalho. 2. Saúde. 3. Afastamento por doença. I. Nascimento Sobrinho, Carlito Lopes. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 331.316:616

TERMO DE APROVAÇÃO**PATRÍCIA FREITAS MARTINS****ABSENTEÍSMO POR DOENÇA EM TRABALHADORES DE SAÚDE
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA, 2005-2006**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho (Orientador).

Prof. Dr. Eduardo F. Reis - Examinador.

Profa. Dra. Maslowa Islanowa C. Freitas – Examinador.

Feira de Santana, 10 de Janeiro de 2008.

Dedico mais esta vitória na minha vida à minha mãe modelo de profissional e pessoa, ao meu pai pelo apoio e carinho e, sobretudo, à minha filha Mayana, que se conformou com as longas ausências da mamãe.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, nosso Senhor, que tantas bênçãos e graças tem concedido à minha vida, nas alegrias me mostrando a beleza de viver e ser feliz e nas dificuldades, me confortando, “Isto é uma ordem: sê firme e corajoso. Não te atemorizes, não tenhas medo, porque o Senhor está contigo em qualquer parte para onde fores” (Livro de Josué, 1; 9).

Aos Diretores do Hospital, nas pessoas de Dra. Márcia Suely Amaral, Dra. Carmem Silvana, Dr. Wagner Bonfim e Dr. Eduardo Leite, pois todos autorizaram a realização da Pesquisa, bem como concederam liberação de parte de minha carga horária para que fosse possível conciliar trabalho e estudo.

Às Assistentes Sociais, colegas e companheiras de trabalho pela compreensão e apoio.

À Enf^ª. Eva Carvalho por ter me apresentado a lei que assegura participação dos servidores de saúde em pós-graduações, mestrados e doutorados sem prejuízo salarial.

Às estudantes do curso de medicina, Bárbara, Cicília, Karina, Luana, Marina e Nara, que participaram como membros da equipe de pesquisa, as “Patricinhas” como se automearam.

À FAN, onde iniciei minha carreira acadêmica, e fez aumentar a vontade e necessidade de realizar o mestrado acadêmico e, especialmente, à Coordenadora do Curso de Serviço Social, Prof^ª. Cristina Casali pelo apoio e incentivo.

Aos Professores do PPGSC que dividiram seu saber com dedicação e compromisso, sem nomeá-los para não cometer injustiças.

Aos funcionários do PPGSC pela presteza, dedicação e compromisso, especialmente, Gorete Pinho que me dedicou todo seu profissionalismo com carinho, respeito e zelo.

Aos colegas da Turma 2006 por dividirmos o aprendizado, as lutas, as conquistas e, principalmente, as dificuldades e desafios, sobretudo, Lavínia, Leonor, Márcia, Elaine, Marcos, Tatiane e Mônica.

Aos colegas das outras turmas, em especial Paloma Pinho, hoje minha prima, sempre prestativa e solícita.

À Prof^ª. Dra. Maria da Luz Silva pela orientação na construção do Projeto da Seleção do Mestrado e pela co-orientação na Análise e Discussão dos Resultados, que acompanha há mais de dez anos minha jornada profissional desde a Especialização em Saúde Pública na UEFS.

Aos Professores, Dr.Eduardo Reis e Dra. Maslowa Islanowa que participaram das Bancas de Qualificação e Defesa, que com muita competência e sensibilidade trouxeram importantes contribuições.

Ao Setor de Pessoal do Hospital, principalmente nas pessoas de suas funcionárias Ana Meire, Mércia e Carmem.

E, muito especialmente ao meu querido orientador, Prof. Dr. Carlito Sobrinho, que não apenas orientou, mas acalmou, aliviou, amenizou, alegrou e iluminou, meu muito obrigada!

Por fim, meu agradecimento, também muito especial, aos Trabalhadores da Equipe de Saúde deste Hospital Público, que concordaram em participar desta pesquisa, uma equipe aguerrida que, mesmo diante de tantos obstáculos no cotidiano profissional, continuam prestando uma assistência humanizada, sacrificando, muitas vezes, sua saúde, sua qualidade de vida, sua família, seu lazer, em função da belíssima missão de servir.

Talvez seja este o aprendizado mais difícil: manter o movimento permanente, a renovação constante, a vida vivida como caminho e mudança. (Maria Helena Kuhner)

RESUMO

Os trabalhadores de saúde que atuam na assistência à saúde estão expostos ao risco de adoecer, em função das jornadas de trabalho extensas, trabalho em regime de plantão, trabalho noturno, sobrecarga física e emocional e especificidades do trabalho em saúde como, assistir o sofrimento, a doença e a morte cotidianamente. Este trabalho teve como objetivo conhecer o absenteísmo por doença em trabalhadores de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia. Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo e exploratório, tendo como objeto de estudo todos os atestados médicos emitidos como justificativa para o afastamento do trabalho de profissionais de saúde que atuavam na assistência, em um Hospital Público do Estado da Bahia, no período 1º de julho de 2005 a 30 de junho de 2006. A coleta ocorreu nos meses de março a agosto de 2006, sendo realizada no Setor de Pessoal através das pastas cadastrais dos trabalhadores, dos atestados médicos e de documento da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Para a coleta de dados foi utilizada uma Ficha contendo as seguintes variáveis: (Tempo de Afastamento e Doença que motivou o Afastamento); Sócio-Demográficas (Idade, Sexo, Situação Conjugal e Número de Filhos do Profissional); Características de Trabalho (Categoria Profissional a que pertence o trabalhador, Setor de trabalho, Tipo do Contrato, Carga Horária de Trabalho Semanal e Tempo de Trabalho no Hospital). O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS. Observou-se uma média de 2,31 atestados médicos por trabalhador afastado por doença no período estudado e do total de trabalhadores do hospital estudados 31,9% (267) afastaram-se por doença no período, representando uma elevada frequência de adoecimento. Os resultados apontaram que os trabalhadores de saúde afastados por doença são predominantemente do sexo feminino, apresentavam idade igual e superior a 40 anos, como, também, apresentavam tempo de serviço no hospital igual e superior a 12,5 anos. Houve predomínio do Tipo de Contrato Estatutário, com jornada de trabalho de 40 horas semanais. Entre os setores de trabalho destacaram-se Emergência e UTI e com relação ao grupo profissional, os resultados apontaram à predominância dos profissionais de Enfermagem dentre aqueles que se afastaram por doença no período estudado. Os resultados apontaram ainda, que o grupo de Enfermagem apresentou a segunda maior incidência de afastamento por doença. O tempo médio de afastamento por doença foi de $4,5 \pm 4,4$ dias. As doenças osteomusculares e respiratórias foram as que mais motivaram o afastamento dos trabalhadores de saúde do hospital estudado, seguidas de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde. Este trabalho pode inaugurar novas discussões sobre as características do trabalho do setor saúde, especialmente, em hospitais, e como estas afetam a saúde do trabalhador. Espera-se, também, que os resultados desse estudo estimulem a criação e implantação de um Serviço de Atendimento à Saúde do Trabalhador.

Palavras - Chave: Trabalho, Saúde, Afastamentos por Doença.

ABSTRACT

The health workers who act in the assistance to the health are displayed to the risk of adducers, in function of the extensive work, hours of working in regimen of plantain, nocturnal work, physical and emotional overload and specificities of the work in health as, to attend the suffering, the illness and the death daily. This work had as objective to know the absenteeism for illness in workers of health of a Public Hospital of the State of the Bahia. So, a descriptive, exploring and epidemiological study was done, considering health workers on sick leave, as the object of study, as well as the medical certificates from the Personal Department at a public hospital of the State of Bahia from July 1st, 2005 to June 30th, 2006. The collection occurred in the March months the August of 2006, being carried through in the Sector of Staff through the folders registers in cadastre of the workers, the certified doctors and document of the Secretariat of Health of the State of the Bahia. For the collection, some forms, with distinct variables, were filled out: the principal form absence for sickness (time of absence and disease); the social demographic form (age, sex, married status, number of children's) and the characteristics of work form (profession, department, type of contract, weekly work hours, time of work at the hospital). At first, it was observed that health workers on sick leave completed a mean of 2,31% of medical certificates, and it was also observed that 31,9% (267) of professionals got sick during the studied period, which represented a high index of illness. The results pointed out that health workers on sick leave were predominantly women, with the age of 40 (forty) or superior to it. It also pointed out that those people have worked at the hospital for 12, 5 years or more. Most types of workers had a statutory contract with 40 (forty) hours per week. Among the work departments, UTI – “Unidade de Terapia Intensiva” (Intensive Therapy Unit), and First-aid station were stood out, and among the workers, most on sick leave were nurses. The average time on sick leave was 4.5 within 4.4 days. Respiratory and musculoskeletal diseases were most common, followed by factors that have influenced health and the contact with health services. This work can begin new dialogues on characteristics affect the workers health. We hope the results from study can stimulate the creation and implementation of a “Serviço de Atendimento à Saúde do Trabalhador” (an Organ which can take care of health workers).

Key-Words: Work, Health, Removals for Illness

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características Sociodemográficas dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.....	55
Tabela 2	Sexo e variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.....	56
Tabela 3	Categoria Profissional dos trabalhadores de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.....	59
Tabela 4	Setor de Trabalho dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.....	60
Tabela 5	Atividade profissional e setor onde atuava no Hospital, dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.....	63
Tabela 6	Sexo e Categoria Profissional dos trabalhadores de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.....	65
Tabela 7	Setor de Trabalho segundo sexo dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.....	65
Tabela 8	Sexo, a atividade profissional e o setor onde atuava dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.....	66
Tabela 9	Idade, atividade profissional e setor onde atua no hospital dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.....	68
Tabela 10	Frequência da variável característica do trabalho, Carga horária de trabalho e tempo de trabalho no hospital, dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.....	70
Tabela 11	Tipo de contrato, carga horária semanal e tempo de serviço dos profissionais afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.....	71
Tabela 12	Tipo de Contrato e variáveis sócio-demográficas dos trabalhadores de saúde afastados por doença de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.....	73
Tabela 13	Sexo, carga horária e tempo de trabalho dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.....	74

Tabela 14 Tipo de Contrato e Categoria Profissional dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006	75
Tabela 15 Categoria Profissional dos profissionais de saúde afastados por doença e Tipo de Contrato em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006	76
Tabela 16 Tipo de Contrato e Setor de Trabalho dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006	77
Tabela 17 Dias de afastamentos por doença dos profissionais de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.....	79
Tabela 18 Doenças que motivaram o afastamento nos profissionais de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.....	80
Tabela 19 Doenças e Dias de afastamentos dos profissionais de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006	82
Tabela 20 Categoria Profissional e Doenças que motivaram o absenteísmo dos Profissionais de Saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006	84
Tabela 21 Setor de Trabalho e as doenças que motivaram o absenteísmo dos Profissionais de Saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006	85
Tabela 22 Tipo de contrato e doenças que motivaram o absenteísmo na equipe de saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006	86
Tabela 23 Carga horária semanal trabalhada e as doenças que motivaram o absenteísmo dos profissionais de saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.....	87
Tabela 24 Tempo de trabalho no hospital e as doenças que motivaram o afastamento dos profissionais de saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.....	88
Tabela 25 Idade dos profissionais afastados por doença e as doenças que mais motivaram absenteísmos em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006	89
Tabela 26 Dias de afastamento por doença segundo sexo dos profissionais de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006	91
Tabela 27 Doenças que motivaram o absenteísmo segundo sexo dos profissionais de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006	92

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Principais Categorias Profissionais dos Trabalhadores de Saúde Afastados por Doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/200659**
- Gráfico 2 Principais Setores de Trabalho dos Profissionais de Saúde afastados por doença de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/200661**
- Gráfico 3 Tipos de Contrato de Trabalho predominantes entre os Profissionais de Saúde afastados por doença de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/200670**

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Respostas Válidas e Perdas apresentadas nas variáveis Sociodemográficas dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005-2006.....54**
- Quadro 2 Respostas Válidas e Perdas apresentadas para a variável Categoria Profissional e Setor de Trabalho onde atua dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005-2006.....63**
- Quadro 3 Respostas Válidas e Perdas apresentadas para a variável Características de Trabalho dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005-200678**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	222
2.1 GERAL.....	222
2.2 ESPECÍFICOS	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO.....	23
3.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO – HISTÓRIA E CONTEMPORANEIDADE.....	27
3.3 TRABALHO E SAÚDE.....	29
3.4 TRABALHO EM SAÚDE E NOS HOSPITAIS	32
3.5 ABSENTEÍSMO POR DOENÇA.....	38
4 METODOLOGIA.....	45
4.1 TIPO DE ESTUDO	46
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	47
4.3 FONTES DE DADOS	48
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA	48
4.5 VARIÁVEIS.....	48
4.6 COLETA	49
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	51
4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	51
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA	54
5.2 CATEGORIAS PROFISSIONAIS E OS SETORES DE TRABALHO SEGUNDO OS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA.....	57
5.2.1 PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA POR SEXO, CATEGORIA PROFISSIONAL E SETOR DE TRABALHO.....	64

5.2.2 CARACTERÍSTICA DE IDADE, CATEGORIA PROFISSIONAL E SETOR DE TRABALHO ENTRE OS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA.....	67
5.3 CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA NO HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA	69
5.3.1 CARACTERÍSTICA DE TIPO DE CONTRATO E A RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA	72
5.3.2 SEXO E CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA	73
5.3.3 CARACTERÍSTICA DE TIPO DE CONTRATO, CATEGORIA PROFISSIONAL E SETOR DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA.....	75
5.4 CARACTERÍSTICAS DOS ATESTADOS MÉDICOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA.....	78
5.4.1 CARACTERÍSTICA DOS ATESTADOS MÉDICOS, CATEGORIA PROFISSIONAL E SETOR DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA.....	82
5.4.2 CARACTERÍSTICA DOS ATESTADOS MÉDICOS E AS CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA	85
5.4.3 CARACTERÍSTICA DOS ATESTADOS MÉDICOS E A RELAÇÃO COM A IDADE DOS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA	88
5.4.4 CARACTERÍSTICA DE SEXO E OS ATESTADOS MÉDICOS DOS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA.....	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A	105
APÊNDICE B.....	106
ANEXO A.....	107

ANEXO B.....108

ANEXO C.....109

**Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo
nem ensino. (Paulo Freire)**

1 INTRODUÇÃO

Absenteísmo no sentido restrito é a falta do empregado ao trabalho, podendo ser classificado em: absenteísmo – doença (ausência justificada por licença saúde); absenteísmo por patologia profissional (acidente de trabalho e/ou doença profissional); absenteísmo legal (amparado por lei, como gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar), entre outros (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

A precarização do trabalho vivida na atualidade no Brasil, como no resto do mundo, tem trazido como conseqüências imediatas os acidentes de trabalho, assim como o agravamento das doenças profissionais, percebidas em qualquer tipo de organização, como os hospitais. Esta precarização, portanto, tem impacto sobre as características e condições de trabalho e, sobretudo, sobre a saúde do trabalhador, que tem como uma de suas conseqüências o absenteísmo por doença (ABRAMIDES; CABRAL, 2003; ANTUNES, 2000; GRAVE, 2002; MARZIALE; ROBAZZI, 2000; TAVARES, 2002; OUTROS).

Os impactos sobre a saúde dos trabalhadores são sentidos, principalmente, com a mudança do perfil de morbidade. Além dos quadros epidêmicos, conhecidos de longa data, de silicose, acidentes fatais, amputações de membros superiores, que ainda persistem nos setores produtivos mais atrasados, hoje convivem com o crescimento de casos de LER (Lesões por Esforços Repetitivos), síndrome dolorosa e incapacitante, nem sempre reversível, que acomete, principalmente, os membros superiores..., são hoje as maiores responsáveis pelos afastamentos do trabalho entre a população com menos de 40 anos e, em particular, as mulheres, embora não exclusivamente (GIANNASI, 1997, p. 82).

Esse agravamento da situação de saúde dos trabalhadores tem acontecido em função da intensificação dos ritmos e do conteúdo do trabalho, da racionalização da força produtiva, da busca exacerbada pela excelência, qualidade total e produtividade, em detrimento das condições de trabalho e de saúde do trabalhador, isto é, pouco importa se haverá perda para o trabalhador, desde que não haja perda de lucro. (ANTUNES, 2000; GRAVE, 2002).

No contexto hospitalar, além dessa situação ora descrita, os profissionais de equipes de saúde formam um grupo especial de trabalhadores, que juntos detêm características semelhantes como gênero: a maioria das categorias é composta do sexo feminino, e, até entre médicos, já se observa o fenômeno da feminização; hierarquia, por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos; e sobrecarga, tanto física como emocional, muitas vezes favorecida pelo número insuficiente de trabalhadores (REIS; COLABORADORES, 2003)

Todavia, os profissionais de equipes de saúde se constituem em grupo de trabalhadores que detêm uma autonomia relativa no processo de trabalho, embora necessariamente isto não se reverta em qualidade de vida e de saúde, apontado pelo alto índice de absenteísmo por doenças, observado em alguns estudos, como de Silva e Marziale (2006), Barboza e Soler (2003), Faria e Colaboradores (2005), entre outros.

No estudo de Reis e Colaboradores (2003), identificou-se que as características especiais supracitadas se acentuam na categoria de enfermagem por estes estudada, todavia o presente estudo se propõe a descrever o absenteísmo dos trabalhadores de saúde de um hospital público, e não apenas numa categoria específica.

Silva e Marziale (2006) ressaltam, também, que um aspecto importante sobre as causas do absenteísmo, é que nem sempre estas se encontram no trabalhador, mas na empresa, como organização e supervisão deficientes, através da repetitividade de tarefas, da desmotivação, das condições desfavoráveis de ambiente e de trabalho, da precária integração entre os empregados e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente.

Não é diferente nos hospitais, onde o modelo de organização do trabalho também pouco oferece aos trabalhadores possibilidade de diversificar suas tarefas; existindo normas e rotinas institucionais inflexíveis, que se refletem sobre as atribuições que cada profissional deve executar, configurando um quadro muito bem determinado e delimitado de tarefas.

Em relação aos hospitais públicos, o estudo de Cecílio (2002, p. 297), propondo a qualificação do atendimento prestado nestas instituições, questiona as formas gerenciais atuais e reforça a necessidade de “transformação do atual modelo de administração burocrático-cartorialista, na direção de modelos mias *gerenciais*, comprometidos com a qualidade do atendimento, com a melhor utilização possível dos recursos e centrado no paciente”.

Com relação às características de sexo, hierarquia e sobrecarga, física e emocional, Reis e outros (2003) sugerem que estas necessitam serem estudadas conjuntamente uma vez que constituem importante papel para o absenteísmo por doença do profissional de saúde,

principalmente num contexto hospitalar, dada às condições inadequadas de trabalho vigentes em quase todo país, conforme complementam Barboza e Soler (2003).

Ainda segundo Reis e Colaboradores (2003), são incipientes as investigações sobre o perfil de absenteísmo por doença dos trabalhadores de enfermagem no Brasil, como são poucos os estudos também sobre os demais profissionais de saúde, enquanto equipe multiprofissional e multidisciplinar, submetida a condições semelhantes de trabalho, uma vez que, na revisão de literatura realizada, os estudos identificados descrevem o absenteísmo apenas em profissionais de enfermagem.

Este trabalho teve como objeto de estudo conhecer o absenteísmo por doença em trabalhadores de saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, porque se acredita que os profissionais que atuam na assistência à saúde estão mais vulneráveis ao risco de adoecer, em função das jornadas extensas, trabalho em regime de plantão, trabalho em plantão noturno, sobrecarga física e emocional e especificidades do trabalho em saúde como assistir o sofrimento, a doença e a morte cotidianamente, dentre outros, como sugere a literatura consultada (SILVA; MARZIALE, 2000; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS E COLABORADORES, 2003).

Para estudar o absenteísmo em trabalhadores de saúde num hospital público foi realizado estudo das características sócio-demográficas dos profissionais de saúde afastados por doença, como também das características do trabalho que é feito por estes, o tipo de contrato, a categoria profissional, o setor de trabalho, a carga horária semanal de trabalho, entre outros.

Daí a relevância desse estudo, pois acreditamos ser um dos primeiros, a investigar o absenteísmo por doença de todos os trabalhadores da equipe de saúde, e não apenas da categoria de enfermagem, em um Hospital Público do Estado da Bahia.

Convém ressaltar que o absenteísmo foi delimitado como ausência ao trabalho por doença, registrada em atestado médico por período inferior e igual há quinze dias, visto que a partir daí, o trabalhador fica de licença-médica sob responsabilidade da Previdência Social, conforme preconiza a legislação trabalhista brasileira.

A escolha por estudar os afastamentos de curta duração se deu porque Reis e Colaboradores (2003) apontam que estes podem fornecer informações importantes sobre o estado de saúde de determinada categoria de trabalhadores, como podem possibilitar a investigação da relação destes com a organização do trabalho, a exemplo de duração de jornada, turnos, cargas, demandas e controles, isto é, autonomia dos trabalhadores na realização de suas tarefas.

No hospital público, cenário do estudo em tela, vêm ocorrendo profundas alterações no sistema de contratação e gestão do trabalho. Os trabalhadores que, no passado recente, eram contratados por concurso público, vêm sendo admitidos mediante contratos por tempo determinado, que dificultam a formação de quadros permanentes, fragilizando os trabalhadores, agravando a elevada sobrecarga física e psíquica.

Assim, aos funcionários permanentes, de vínculo efetivo, deste hospital, resta a convivência com uma equipe flutuante, o que implica em assumir a responsabilidade pelo trabalho, com aumento de sobrecarga, física e emocional, pelo número reduzido de trabalhadores, além de conviver com baixos salários e aceitar as condições de trabalho, já que se constituem na equipe fixa.

Não especificamente sobre vínculo, mas discutindo as condições de trabalho de enfermagem em hospitais e que, de modo geral, refletem as condições de todos os trabalhadores de saúde, Barboza e Soler (2003, p. 178) apontam que:

Como consequência das condições inseguras de trabalho em instituições hospitalares, no caso da equipe de enfermagem, têm sido frequentes os acidentes de trabalho, o absenteísmo e os afastamentos por doenças, o que tem dificultado a organização do trabalho em diversos setores e, conseqüentemente, a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Vale salientar que este estudo se voltará para o absenteísmo dos profissionais que compõem a equipe de saúde¹ tanto do quadro permanente como os de contratos temporários, excluindo-se, assim, os do grupo administrativo, pois os profissionais de saúde estão mais vulneráveis ao risco de adoecer neste tipo de instituição.

Portanto, foi investigado, neste estudo, o absenteísmo por doença dos trabalhadores da equipe de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia. No Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia (PDR/BA), o Hospital estudado encontra-se na Macrorregião Centro-Leste, formada por 89 municípios, com uma população total de 2.124.553 habitantes, correspondendo a 15,9% da população do Estado.

Na observação da Agenda de Saúde (BAHIA, 2004), da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), no Compromisso V - Implementação da Política de Gestão do Trabalho na SESAB e de Desenvolvimento do Trabalhador do Setor Saúde, em seus cinco objetivos, não foi encontrada política de assistência a esse trabalhador e não se percebe uma

¹ Equipe de Saúde – Trabalhadores que direta ou indiretamente ocupam-se da assistência à saúde dos pacientes que procuram o referido hospital.

sensibilidade no que diz respeito ao “cuidado com o cuidador”². Desses objetivos, somente dois estão voltados para a capacitação do trabalhador, os outros três envolvem gestão e infraestrutura.

No que se refere aos benefícios do investimento na saúde do trabalhador, esta Instituição não realiza exames periódicos de saúde, exigindo apenas os exames admissionais, ficando o cuidado com a saúde do cuidador ao encargo destes.

1.1 PROBLEMA

Quais as doenças que acometem os profissionais de saúde levando-os ao afastamento do trabalho em um Hospital Público do estado da Bahia?

² Grifo nosso.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

Investigar a ocorrência de doenças que motivaram o absenteísmo dos trabalhadores da equipe de saúde em um Hospital Público do estado da Bahia, 2005-2006.

2.2 ESPECÍFICOS:

- 1 Levantar a ocorrência de doenças classificadas pelo CID 10³. que motivaram o afastamento entre os trabalhadores da equipe de saúde.
- 2 Descrever as características sociodemográficas dos trabalhadores de saúde afastados por doença.
- 3 Descrever algumas características de trabalho dos trabalhadores de saúde afastados por doença.
- 4 Descrever a incidência de afastamento por doença por categoria profissional.

³ Classificação Internacional de Doenças Décima Revisão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO

O Trabalho, segundo Marx (1996), é um processo entre o homem e a natureza, processo esse em que o homem, em sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Nesse sentido, ele pressupõe o trabalho numa forma que pertence ao homem.

Somente o pensamento humano, por meio do trabalho, é capaz de reorganizar as propriedades imanentes ao ser da natureza, em condições totalmente novas, de modo a conferir-lhe uma objetividade distinta daquela até então existente, sem que este processo seja determinado de forma biológica.

Os atos do trabalho, contudo, apenas podem vir a ser e se desenvolver tendo por mediação dois complexos sociais fundamentais. De um lado, só ocorrem no interior das relações sociais e, por outro lado, até para acontecer no interior das relações sociais dependem da linguagem. Portanto, o ser social comparece como um complexo constituído, pelo menos de três categorias primordiais: a sociedade, a linguagem e o trabalho (LESSA, 1996).

O Processo de Trabalho é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1996).

Os elementos constitutivos do processo de trabalho são a atividade orientada a um fim ou o trabalho propriamente dito, o objeto e os meios de trabalho. Esses elementos constitutivos do processo de trabalho constituem as forças produtivas (SANTOS, 1986).

O objeto de trabalho (recursos naturais; como o couro) constitui-se em componente que, pela mediação com os demais componentes das forças produtivas (meios e força de trabalho) é gradativamente transformado em bens e serviços de utilidade, seja de uso direto ou indireto em um mercado em contínua expansão (MARX, 1996).

Para Marx (1996), existem duas dimensões no trabalho humano; o “trabalho abstrato” ou quantitativo, dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico, e nessa qualidade de trabalho humano abstrato produz mercadoria; e o “trabalho concreto” ou qualitativo, dispêndio de força de trabalho humano sob forma especificamente adequada a um fim e nessa qualidade de trabalho concreto produz valor de uso (GARCIA, 1984; MARX, 1996). O trabalhador apropria-se do trabalho abstrato através da remuneração paga pelo capitalista, que troca a mercadoria trabalho pela mercadoria dinheiro, necessário para a aquisição dos meios de manutenção material do trabalho (alimentação, repouso, lazer etc.). O segundo é apropriado pelo capitalista, o valor de uso específico do trabalho, orientado para um fim, gerador de mais valor para o capitalista, sendo este o serviço que o capitalista dele espera.

Nas sociedades modernas, principalmente nas ditas capitalistas, o trabalho está sendo cada vez mais estranhado pelo trabalhador, pois não mais se realiza um trabalho concreto, na relação homem e natureza, ao contrário, vem sendo crescente a sua forma abstrata, de exploração do homem pelo homem.

No sistema de produção capitalista o “trabalho concreto” é apropriado pelo capitalista que remunera o produtor do trabalho (trabalhador), para que o mesmo possa recuperar a energia física utilizada para a sua execução - “trabalho abstrato”. Dessa forma, o trabalho é desintegrado em seus componentes e assim é coisificado, transformando-se em mercadoria. Com isso, o capitalista retira o sentido do trabalho para o trabalhador, a identidade do produtor, que não mais se identifica no objeto do seu trabalho (produto), gerando alienação do trabalho (MARX, 1996; SANTOS, 1986).

Portanto, alienação é a dissociação entre atividade e sujeito imposta pelo modo de produção capitalista. O produtor não mais se identifica no produto do seu trabalho, agora o produtor transforma-se em objeto, é coisificado. O trabalhador passa a identificar a sua atividade como estranha que não pertence a ele.

Esse sistema mantém domínio e primazia sobre a totalidade dos seres sociais, sendo que suas mais profundas determinações estão orientadas para a expansão e impelidas pela acumulação. Sobrepõe-se às mediações de primeira ordem, em que os indivíduos relacionavam-se com a natureza e com os seres sociais dotados de algum grau de autodeterminação. Nesse processo de alienação, o capital degrada o sujeito real da produção, o trabalho, à condição de uma objetividade reificada - um mero fator material de produção (BARBOSA E COLABORADORES, 2001).

O capitalismo inaugurou e extremou a razão social do trabalho abstrato. Voltado à produção de valores-de-troca, esse processo ocupou o lugar que antes pertencia àquela relação metabólica homem-natureza que primava e findava na satisfação das necessidades dos seres conscientes (RIBEIRO; THOMAZ JÚNIOR, 2002) ⁴

Todavia, coloca Antunes (2000), que ainda assim não há perda total de sentido e de significado do trabalho, na sua forma contemporânea, pois enquanto expressão do trabalho social está mais complexificada, socialmente mais combinada e ainda mais intensificada em seus ritmos e processos. O trabalho não deixou de produzir valor, é que hoje a sociedade do capital necessita cada vez menos do trabalho estável e cada vez mais do trabalho parcial.

Ainda segundo Antunes, o capital não pode eliminar o trabalho vivo do processo de criação de valores. O que se vê é um aumento da utilização da produtividade do trabalho, de modo a intensificar as formas de extração das horas trabalhadas e não pagas ao trabalhador, em tempo cada vez mais reduzido. Não há possibilidade do fim do trabalho, já que sem este o capital não pode continuar se reproduzindo.

Houve uma diminuição do proletariado estável, porém ampliou-se o trabalho imaterial/intelectual, a exemplo de escritórios, bancos, serviços, como saúde e educação, e ampliou-se, significativamente, o trabalho informal, autônomo, entre outros (GRAVE, 2002).

Ao invés de estar acabando, o trabalho está se diversificando e ampliando. A capacidade dos trabalhadores de ampliarem seus saberes torna-se uma característica decisiva de capacidade de trabalho em geral. Todavia, tanto o trabalho material, como o imaterial, estão subordinados à lógica de produção de mercadorias e do capital. Assim, Antunes (2000) conclui que não está havendo nenhuma substituição do trabalho, quer seja pela ciência, informação, comunicação e sim uma maior interação e interpenetração.

Na atualidade, há um grande número de trabalhadores desempregados e subempregados, fragilizados, desregulamentados e precarizados, segundo diversos autores como, Castel (1998), Druck (1999), Antunes (2000), Grave (2002), Montañó (2005). Essas condições afetam a saúde do trabalhador, posto que, “A intensidade e ritmo acelerado no trabalho e o número excessivo de horas na jornada são decisivos na precarização da saúde do trabalhador”, Abramides e Cabral (2003, p. 7).

Os países capitalistas e, também, o Brasil, progressivamente, vem destituindo o trabalhador do seu trabalho, que não mais se reconhece no seu processo de produção, e está responsabilizado por sua empregabilidade, transformado em polivalente, heterogêneo,

⁴ A citação consta apenas do ano, porque na consulta eletrônica não foi disponibilizada a página.

fragmentado, desregulamentado. O sofrimento de milhares de trabalhadores tem sido relegado ao lugar comum, sem o amparo legal e institucional do Estado, minimizado para atender aos interesses do capital, Montaño (2005).

Para Grave (2002), aos trabalhadores restam mais incertezas do que possibilidades; assim, a autora prevê um panorama de informalidade, desemprego, violência e até de mendicância para os trabalhadores. As perspectivas, portanto, são sombrias; talvez tão graves quanto às vividas no século XIX, conhecido como século da “miséria operária”.

As condições de trabalho, apesar das normatizações de controle vigentes no Brasil, submetem os trabalhadores, em geral, a exaustivas jornadas, horas extras não pagas, baixos salários, contratos temporários, facilmente canceláveis, Tavares (2004). Situações essas que desgastam a saúde do trabalhador, não só atingindo seu corpo físico, bem como seu aparelho psíquico, Dejours (1992).

O Brasil, dentro do contexto capitalista e neoliberal, passa por todas as metamorfoses do mundo do trabalho, impondo uma reestruturação produtiva e uma desestruturação social extremamente impactante para a vida dos trabalhadores, tanto do ponto de vista da precarização das condições de trabalho, da sua fragmentação e heterogenização, bem como da sua desregulamentação, que retira dos trabalhadores direitos sociais (LARANJEIRA, 1999).

Também nesse contexto, outras situações difíceis vividas pela classe trabalhadora podem ser identificadas, correspondendo ao estímulo à competitividade, à busca de resultados, à exclusão social, principalmente, dos menos qualificados. O mercado tem hoje um trabalho extremamente qualificado em termos de tecnologia, com uma gama de trabalhadores sem qualificação.

Segundo Antunes (2000, p. 49), “o mais brutal resultado dessas transformações é a expansão, sem precedentes na era moderna, do desemprego, que atinge o mundo em escala global”. São milhões de pessoas desempregadas ou subempregadas, através de contratos temporários, estágios, terceirizações, biscates, prestações de serviço, entre outros. Estes trabalhos, em geral, não asseguram ao trabalhador nem a continuidade do vínculo, ou seja, do trabalho, e nem as proteções sociais e trabalhistas.

Todas estas transformações repercutem significativamente na subjetividade do trabalhador, causando-lhe estranhamento do processo de trabalho e sofrimento, na medida em que, além do não reconhecimento do que se faz, o trabalhador não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa para torná-la mais adequada às suas necessidades fisiológicas e aos seus desejos e motivações. Segundo Dejours (1992), quando isso ocorre, diz-se que a relação homem-trabalho está bloqueada.

Com respeito aos trabalhadores que mesmo inseridos formalmente no mercado, apesar do enfrentamento das referidas características de trabalho, vivenciam a incerteza da permanência, materializando o que alguns teóricos chamam de a síndrome da sobrevivência, temendo a freqüente ameaça do desemprego, além da incidência de horas trabalhadas a mais, sem receber por estas, assumindo tarefas de outros que já saíram, enfim, se submetendo a todo tipo de pressão da organização do trabalho como estratégia para não virem a ficar na condição de desempregados, aponta Laranjeira (1999).

3.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO – HISTÓRIA E CONTEMPORANEIDADE

Neste estudo, semelhante ao de Nascimento Sobrinho (2005), optou-se por usar o conceito de organização do trabalho como conjunto de normas e regras que definem o modo como se executa o trabalho num ambiente de produção de bens materiais ou de serviços. A organização do trabalho refere-se à divisão técnica e social do trabalho, o conteúdo da tarefa, ou seja, à hierarquia interna dos trabalhadores, ao controle por parte da empresa do ritmo e pausas de trabalho.

No modo de produção capitalista, a organização do trabalho humano é importante instrumento para a racionalização e maximização da utilização da força de trabalho, no sentido da produção de mercadorias e serviços. Transformações substanciais ocorreram na organização do trabalho humano nos últimos tempos, em decorrência do grande desenvolvimento científico-tecnológico e da concentração em um mesmo espaço (fábrica) de força de trabalho e equipamentos, Druck (1999).

Essa forma de organização do trabalho – denominada taylorismo/fordismo – presente em grande parte do desenvolvimento do capitalismo, conformou um padrão de organização do trabalho caracterizado pela produção e consumo de massa. Esse modelo impôs ao trabalhador um rigoroso sistema de controle e avaliação de desempenho, pautado em critérios de produtividade individual e coletiva, Dejours (1986).

Como características desta forma de organização, têm-se: concentração de recursos no interior de uma mesma organização; separação entre trabalho intelectual (planejamento) e trabalho físico (execução), sendo o controle e a fiscalização das atividades realizadas pelos planejadores; estímulo à divisão de saberes e práticas no interior das organizações

(especialização); divisão da organização em setores com objetivos comuns (departamentos) com comando único; e adequação do trabalhador à tarefa executada, para garantir maior eficiência e produtividade, Antunes (2000).

Na década de 1980, foram intensas as modificações no mundo do trabalho, de grande salto tecnológico, automação, robótica e a microeletrônica, que invadiram o universo fabril, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital. O Fordismo e o Taylorismo já não são únicos e mesclam-se com outros processos produtivos, sendo em alguns casos até substituído, pela experiência japonesa, pelo modelo denominado de Toyotismo (ANTUNES, 2000; GRAVE, 2002; TAVARES, 2004).

Com o Toyotismo, novos processos de trabalho emergem, onde o cronômetro e a produção em série e de massa são “substituídos” pela flexibilização da produção, pela “especialização flexível”, por novas formas de adequação da produção à lógica do mercado. Ensaia-se modalidades de desconcentração industrial, buscando novos padrões de gestão da força de trabalho, dos quais os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), a “gestão participativa”, a busca da “qualidade total”, são expressões visíveis já na maioria dos países, e não mais só no Japão, (GRAVE, 2002).

É o Toyotismo, portanto, que maior impacto tem causado, tanto pela revolução técnica, quanto pela potencialidade de propagação, expansão hoje que atinge uma escala mundial. Este modelo se firmou na necessidade de o trabalhador operar simultaneamente várias máquinas, o dito trabalhador polivalente, na necessidade da empresa aumentar a produção sem aumentar o número de trabalhadores e na importação das técnicas dos supermercados, baseando-se na reposição dos produtos somente depois de sua venda.

A Especialização Flexível é uma nova forma produtiva que articula, de um lado, um significativo desenvolvimento tecnológico e, de outro, uma desconcentração produtiva baseada em empresas médias e pequenas, “artesanais”. Recusa a produção em massa, e recupera uma concepção de trabalho que, sendo mais flexível, estaria isenta da alienação do trabalho, intrínseca à acumulação de base fordista. Um processo “artesanal”, mais desconcentrado e tecnologicamente desenvolvido, produzindo para um mercado mais localizado regional, que extingue a produção em série (ANTUNES, 2000; GRAVE, 2002; TAVARES, 2004).

Entretanto, a característica mais marcante da flexibilização do mundo do trabalho na contemporaneidade, acontece com impacto, sobretudo para o trabalhador, onde os direitos do trabalho são desregulamentados, são flexibilizados, de modo a dotar o capital do instrumento

necessário para adequar-se à sua nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção.

Os trabalhadores estão convivendo com salários baixos, horas-extras não pagas, vínculos temporários, perdas de direitos, para terem trabalho e não ficarem desempregados, mas como colocam Maslach e Leiter (1999), mais grave será o impacto duradouro que se dará sobre a qualidade da própria vida profissional.

Após a Acumulação Flexível no mundo do trabalho, portanto, o trabalho organizado foi solapado, ocorrendo altos níveis de desemprego e retrocesso da ação sindical (ANTUNES, 2002; GRAVE, 2002). E sem uma coletividade, antes representada pelos sindicatos, os trabalhadores, de modo geral, pouco se comprometem na luta em defesa de suas vidas e de seus trabalhos, temendo represálias e perda do emprego, tornando-se passivos, desmotivados e infelizes. (MASLACH; LEITER, 1999).

3.3 TRABALHO E SAÚDE

Elegeu-se a organização e gestão do trabalho como categoria central para o entendimento do controle e consumo da força de trabalho e da relação trabalho-saúde. Para isso, conceituou-se organização como o conjunto de normas e regras que definem o modo como se executa o trabalho num ambiente de produção de bens materiais ou de serviços. E a organização do trabalho como a divisão técnica e social do trabalho, ou seja, refere-se à hierarquia interna dos trabalhadores, ao controle por parte da empresa do ritmo e pausas de trabalho.

No sistema de produção capitalista como “trabalho abstrato” é apropriado pelo capitalista há que se remunerar monetariamente o trabalhador (assalariamento), para que assim, o trabalhador possa recuperar a energia física utilizada na execução do trabalho (trabalho abstrato).

Assim sendo, no campo da saúde, o trabalho humano possui um duplo caráter, de um lado podendo ser fonte de realização, satisfação, prazer, estruturando e conformando o processo de identidade dos sujeitos; e por outro, pode também se transformar em elemento patogênico, tornando-se nocivo à saúde (DEJOURS, 1989; 1990).

O estudo do processo saúde / doença do trabalhador deve levar em conta a organização e gestão do trabalho, pois estes ocupam posição hierárquica superior em termos de controle e consumo da força de trabalho. Para Dejours (1989, 1990, 1992) no tocante a dimensão

psíquica da saúde do trabalhador, estudar as repercussões psicopatológicas geradas pela organização do trabalho, constitui-se como categoria central para a psicodinâmica do trabalho.

O estudo do processo de trabalho / saúde do trabalhador deve levar em conta três condicionantes básicos deste processo: as condições gerais de vida, as relações de trabalho o processo de trabalho propriamente dito. As condições gerais de vida devem ser entendidas em duas dimensões distintas; através das condições propiciadas pelo padrão e volume dos bens de consumo coletivo oferecido pelo Estado (água, transporte coletivo, segurança etc.) e pelas condições que incidem sobre o consumo individualizado, que é obtido através do salário (bens de consumo e serviços individualizados). Esta segunda dimensão pressupõe a forma de inserção no mercado de trabalho (PICALUGA, 1990; SILVA, 1986, 1987).

As relações de trabalho podem ser percebidas pela jornada de trabalho (número de horas trabalhadas, obrigatoriedade de cumprir horas extras, etc.); o tipo de contrato de trabalho (carteira assinada, prestação de serviços, etc.); a forma de pagamento (por mês, semana, dia, tarefa, etc.); o horário de trabalho (diurno, noturno, por turnos, etc.); a exigência de conhecimentos técnicos; sistema de ascensão previsto; forma de controle sobre os trabalhadores (no horário de trabalho, nos intervalos, na utilização dos banheiros, na hora das refeições, etc.) tempo de folga (cumprimento, ou não, da legislação); local para refeições e condições ambientais; existência de banheiros (quantidade e qualidade); serviços médicos e refeição são aceitos como determinantes da qualidade de vida e condições de saúde do trabalhador (PICALUGA, 1990; SILVA, 1986, 1987).

O processo de trabalho propriamente dito, refere-se à especificidade de uma dada categoria profissional, ao esclarecer como se dá o processo de trabalho. Nesse condicionante inclui-se à exposição a agentes nocivos à saúde durante o desempenho da atividade laboral. Este é o caso mais facilmente reconhecido e diz respeito a agentes físicos (luz, ruído, temperatura, umidade, radiações), químicos (substâncias inorgânicas, substâncias orgânicas) e biológicos (vírus, bactérias, protozoários) (PICALUGA, 1990; SILVA, 1986, 1987).

Nos últimos anos os profissionais de saúde, vêm apresentando significativa deterioração nas suas condições gerais de vida, fruto da redução da remuneração, e da minimização das ações sociais desenvolvidas pelo Estado. Este fator afeta estes trabalhadores duplamente, como usuários e como prestadores de serviços estatais (NASCIMENTO SOBRINHO, 2005). Essas transformações vêm, nos últimos anos, alterando o sistema de remuneração que de um modelo de assalariamento, vem-se constituindo em um modelo de remuneração por procedimento, gerando redução dos salários e instabilidade.

Nos ambientes hospitalares, sobretudo, nas Emergências, ocorrem situações dramáticas que não se fazem presentes em nenhum outro campo de atividades humanas em tempos de paz; exposição íntima à dor, ao sofrimento, ao adoecer, à emoção do outro e ao morrer. Transformações importantes ocorreram nos processos de trabalho, com incorporação de novas tecnologias na área de diagnóstico e tratamento, que devem ser estudadas.

Dejours (1992) declara que o sofrimento mental do trabalhador resulta da organização do trabalho, na sua divisão do trabalho, nos conteúdos das tarefas, no sistema hierárquico imposto, muitas vezes bastante rígido, nas modalidades de comando, nas questões de poder, enfim em tudo que implica a organização do trabalho. E, que por condições de trabalho é preciso entender como ambiente físico, ambiente químico, ambiente biológico, condições de higiene, segurança, e as características antropomédicas do posto de trabalho.

A organização do trabalho influencia o planejamento, a execução e a avaliação, permeando todas as etapas do processo produtivo. Ela prescreve normas e parâmetros que determinam quem vai fazer, o que vai ser feito, como, quando e com que equipamentos/instrumentos; em que tempo, com que prazos, em que quantidade, com que qualidade, enfim, a organização do trabalho constitui a "viga central" da produção. Considerando as tantas transformações ocorridas é normal também esperar que a organização do trabalho tenha se transformado. Afinal, desde a Organização Científica do Trabalho - OCT, de Taylor, muitas outras escolas despontaram. No entanto, quase todas elas guardam, nos seus princípios, resquícios da OCT. O que se questiona hoje é se os modelos vigentes são compatíveis com as exigências das novas configurações do mundo do trabalho (ABRAHÃO; TORRES, 2004, p. 68).

Buscando na literatura vigente, encontraremos diversas tendências e opiniões sobre organização do trabalho. Entretanto, ainda se faz necessária muita reflexão sobre sua importância tanto na saúde do trabalhador como no desenvolvimento da humanidade.

Segundo Maslach e Leiter (1999), um grave problema da atualidade é que as organizações não existem para possibilitar a capacidade dos trabalhadores de ganhar a vida e poderem realizar conquistas significativas, o que há são pessoas sacrificando as próprias vidas, os sonhos, os desejos, pelo bem das empresas, tornando o trabalho uma obrigação e não um recurso ou realização.

Assim, diante desse quadro, os trabalhadores estão vivendo um total desgaste físico e mental, beirando a exaustão, sobrecarregados, desanimados, esgotados e sentindo-se

incapazes de relaxar e de se recuperar, faltando-lhes energia para enfrentar outro projeto de vida, completam os autores.

3.4 TRABALHO EM SAÚDE E NOS HOSPITAIS

O trabalho em saúde e, particularmente os hospitais, oferece, além da mesma situação vivenciada no mundo do trabalho pelos trabalhadores (precarização, terceirização, desregulamentação, etc.), características de trabalho bastante peculiares, como exposição a diversas condições ambientais e à reconhecida sobrecarga física e emocional, que demandam esforço, abnegação, dedicação e compromisso dos profissionais que lá atuam, especialmente dos profissionais da assistência.

Implica exposição a diversas cargas laborais por parte dos profissionais (...), tais como: agentes infecciosos biológicos, anestésicos, produtos químicos, radiações, fatores psicossociais, dentre outros. Além disso, esse tipo de atividade laboral distingue-se de outros tipos de trabalho por estar relacionado a elevados valores morais (a defesa da vida, por exemplo) (SANTOS; ARAÚJO, 2003, p.156).

Os hospitais, antes uma comunidade vibrante e estimuladora, são hoje cenários de intrigas políticas intermináveis, conseqüência da redução de pessoal e dos constantes rumores de fechamento e de reorganização, realidade norte-americana apontada por Maslach e Leiter (1999), porém também uma realidade brasileira.

Como toda e qualquer organização do trabalho, os hospitais passam também por processos de transformações, na medida em que intensificam o uso de alta tecnologia, flexibilizam os direitos trabalhistas, precarizam os vínculos, constituem o trabalhador polivalente, entre outras. Entretanto, ainda mantém uma padronização de tarefas impostas por rígidas estruturas hierárquicas (NASCIMENTO SOBRINHO, 2005).

Santos e Araújo (2003) apontam que o trabalho em saúde e em hospitais, mesmo não fazendo parte diretamente da estrutura produtiva de sociedades capitalistas, é do setor terciário, de serviços e ainda assim reproduz as relações sociais próprias desse sistema, oferecendo as mesmas cargas de trabalho aos trabalhadores, muito embora com grau de complexidade específico, um campo de prática bastante singular. E sobre o hospital moderno

colocam que vigora os princípios da Administração Científica, com uma organização piramidal.

As tarefas auxiliares são, em geral, as mais intensivas, repetitivas, social e financeiramente aquelas menos reconhecidas. Essas tarefas mantêm a divisão sociotécnica do trabalho típica do capitalismo, por meio da qual se processa a separação entre o trabalho de concepção e o de execução de tarefas. Além destes aspectos, acrescenta-se a necessidade de funcionamento diuturno, o que leva ao regime de plantões, fator já amplamente discutido como fonte de muitos problemas de saúde para os trabalhadores (Idem, p.157).

Marziale e Robazzi (2000, p. 124) discorrem sobre a preocupação da Organização Internacional do Trabalho - OIT diante das inadequadas condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores nos hospitais de muitos países, que desde a década de 40, considera o problema como tema de discussão e tem feito recomendações referentes à higiene e segurança com a finalidade da adequação das condições de trabalho desses profissionais.

Uma descrição detalhada dos fatores que interferem nas condições de trabalho hospitalar é encontrada no livro “Travailler à l’hospital” de autoria de ESTRYN-BEHAR & POINSIGNON (1989). As referidas autoras mencionam o desenvolvimento rápido e contínuo da tecnologia médica, a grande variedade de procedimentos e exames realizados, o aumento constante do conhecimento teórico e prático exigido na área da saúde, a especialidade do trabalho, a hierarquização e a dificuldade de circulação de informação, o ritmo e o ambiente físico, o estresse e o contato com o paciente, a dor e a morte como elementos que potencializam a carga de trabalho, ocasionando riscos à saúde física e mental dos trabalhadores do hospital (Idem, p. 124).

Faria e Colaboradores (2005, p. 15) colocam que muito se tem falado sobre o ambiente hospitalar, como existem inúmeras publicações a respeito das condições de trabalho vigente em grande parte dessas instituições, constituídas frequentemente por uma estrutura formal e burocrática, que dificulta a comunicação entre as pessoas, além de expor seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social. Trazem ainda que,

A organização hospitalar tem como principais objetivos a satisfação do trabalhador e a atenção personalizada ao paciente, no entanto muitas instituições são extremamente burocráticas e a gerência de enfermagem não tem participação efetiva na formulação dos planos institucionais, piorando a

situação do trabalhador de enfermagem favorecendo a sobrecarga de trabalho, e por sua vez desencadeando o risco para o estresse.

Não obstante toda essa discussão sobre o ambiente hospitalar e sobre as condições de trabalho, é importante discutir sobre a missão de cuidar dos profissionais da assistência, pois estão expostos a um elevado nível de desgaste, estresse, cuidando de outros seres humanos. Pitta (2003, pág. 19) coloca que o maior de todos os sofrimentos de quem trabalha num hospital está no seu “próprio objeto de trabalho, ou seja, a dor, o sofrimento e a morte do outro”, como também está presente na organização do trabalho, essencial e diuturno.

Foucault (1981) aponta que a medicina e suas técnicas foram determinantes na estruturação dos hospitais, na medida em que preenchiam espaços e determinavam como deveriam ser as novas formas de relação e de divisão do trabalho no interior destas organizações. E Nogueira apud Pitta (2003) aponta que o processo de trabalho decomposto em tarefas isoladas foi acompanhado da hierarquização dos profissionais e do incremento tecnológico, mas que ainda assim o setor depende essencialmente do trabalho humano e intensivo.

Refletindo acerca da dificuldade em qualificar os serviços prestados pelos hospitais públicos brasileiros, Cecílio (2002, p. 293), considera que “imensas têm sido as dificuldades para a implementação de projetos de melhoria da qualidade do atendimento prestado à população pelos hospitais públicos no Brasil”.

Ainda segundo o referido autor, muitas experiências brasileiras têm procurado aperfeiçoar e, ao mesmo tempo, superar práticas consideradas inadequadas ou incompletas dos hospitais públicos, ocorrendo uma intensa discussão em torno da definição da missão do hospital como de cada uma de suas equipes visando à humanização e ao melhor atendimento possível aos seus usuários.

A discussão a respeito da missão, principalmente em relação ao perfil assistencial do hospital, tem sido muito incompleta na experiência brasileira, no campo do setor público, nos últimos anos. Na prática, o perfil assistencial do hospital acaba sendo modelado sob a ação de duas “forças” principais: de um lado, pela “demanda” que, como água de chuva, vai erodindo seus caminhos pelas áreas de menor resistência e, por outro, pelos saberes – em particular o do médico – existentes na organização. (CECÍLIO, 2002, p. 299).

Os hospitais públicos, no sistema de saúde, ocupam um lugar estratégico de intervenção, tal a legitimidade que lhes é conferida pela população, ainda que com dificuldade de humanizar o atendimento na defesa da vida.

Avaliando os hospitais como organizações rígidas, tem-se que,

Prevalece [...] a centralização na tomada das decisões. A representação sindical é frágil e não é substituída ou complementada por outras formas de organização. Há uma descrença acentuada na influência que os coletivos de trabalho podem exercer sobre a organização de suas próprias atividades, observando-se atitudes predominantemente defensivas frente às exigências da organização do trabalho (OSÓRIO E COLABORADORES, 2005, p. 518).

Silva e Marziale (2006) encontraram resultados que corroboram sobre os riscos para a saúde, relacionados com o trabalho, que dependem do tipo de atividade profissional e das condições em que a mesma é desempenhada, além de reforçarem a corrente de que os serviços de saúde, em particular, os hospitais, proporcionam aos seus trabalhadores condições de trabalho reconhecidamente piores em relação aos demais serviços.

Também sobre este aspecto, Barboza e Soler (2003, p.178) consideram que,

Tratando-se especificamente do ambiente hospitalar, muito se tem falado e publicado a respeito das condições inadequadas de trabalho vigentes em grande parte dessas instituições, expondo seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social. Os hospitais constituem-se em locais de aglutinação de pacientes/clientes acometidos por diferentes problemas de saúde, assistidos por trabalhadores diversos, da área da saúde ou técnico-administrativas, e vários estudos têm apontado que os serviços de saúde, em particular os hospitais, geralmente proporcionam aos seus trabalhadores [...] piores condições de trabalho em relação a outros serviços.

O hospital é uma instituição pertencente ao setor terciário da economia, com grau de risco três, em consequência das operações insalubres ali realizadas e da presença de agentes biológicos responsáveis pelas infecções causadas por vírus, fungos e bactérias (MARZIALE; CARVALHO, 1998). O ambiente hospitalar, além destes riscos, possui os decorrentes de fatores físicos, químicos, psicossociais e ergonômicos, que “podem ser prejudiciais à saúde dos trabalhadores e por isso, devem ser analisados para que se possam caracterizar as condições de trabalho em cada instituição.” (p. 99).

Todavia, o trabalho em saúde ainda assegura alguma autonomia por parte dos profissionais, em especial dos médicos, o que para Cecílio (2002), é uma característica muito presente nos hospitais públicos, pois essa categoria profissional pouco se submete às determinações de diretorias ou chefias superiores.

Mas, ainda, que os trabalhadores de saúde tenham um relativo domínio do processo de trabalho em ato, pois diferentemente de outros trabalhos como o fabril, um trabalho de serviço, como o trabalho em saúde, a relação com o consumidor de seu serviço se dá no ato de produção do produto junto ao consumo, ou seja, acontecem ao mesmo tempo, Merhy (2002).

Por conta disto, o capital se empenha em descentrar o trabalho humano na saúde, numa tentativa, ainda segundo Merhy (2002, p. 31), “de atingir o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato na sua capacidade de produzir novas conformações dos atos de saúde e o seu lugar na construção de processos produtivos”.

Como declaram Osório e outros (2005), no trabalho em saúde, além dos trabalhadores, seu objeto do trabalho também são humanos. Os instrumentos de trabalho podem ser simples ou complexos, e são também valorizados na recriação dos acontecimentos. A hierarquização dos diferentes componentes da rede configura-se conforme as situações singulares analisadas.

Ainda de acordo com os referidos autores, os trabalhadores têm que ser protagonistas das mudanças, devem ser sujeitos capazes de enfrentar todos os conflitos postos, criando novas alternativas para enfrentar velhas situações, pois, de outra forma, não terão a tão desejada ampliação do poder de ação.

Todavia, o trabalhador do hospital público brasileiro encontra-se pouco disposto a se auto-observar, a se reconhecer enquanto sujeito, a provocar as mudanças, adotando a tendência de desenvolver atitudes defensivas de alheamento e descrédito na sua própria capacidade de interferência.

Independente de o hospital ser público ou privado Pitta (2003, p.12) coloca a importância da tomada de consciência por parte dos trabalhadores pela busca de uma organização de trabalho saudável, que pode, nas palavras da autora, incrementar “o desenvolvimento de um estilo de vida saudável, favorecendo elevação de auto-estima e protagonismos positivos no processo de cuidado melhorando níveis de saúde física e mental dos técnicos e seus pacientes”.

Paralelo a essa tomada de consciência pelos profissionais que atuam nos hospitais e, essencialmente, nos públicos é também transformar a imagem negativa dos hospitais públicos brasileiros junto à sociedade, oferecendo serviços qualificados e humanizados.

Para Rollo (2002, p. 321),

Quando falamos de hospital público, hoje, vem à nossa mente a imagem negativa de um serviço no qual impera a prática profissional impessoal, fragmentada, o não-envolvimento com os pacientes e familiares, a combinação excessiva de demanda com ociosidade, o sucateamento material e humano, a não-integração com o sistema loco - regional de atenção à saúde, o descaso, o desrespeito, o não-cumprimento de contratos e de normas técnicas, a não-motivação dos trabalhadores, tudo isto permeado pelo desespero dos que necessitam de cuidados hospitalares.

Segundo Cecílio, (2002, p. 305) “o ponto mais difícil de ser trabalhado, no que se refere à autonomia de gestão⁵, neste desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos é, sem dúvida, aquele que se refere a sua política de pessoal”.

Deste modo, urgem ações de reestruturação não apenas dos hospitais públicos brasileiros, de toda a oferta de serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, que assim poderá “minimizar desigualdades [...], promover a melhoria das condições de vida da maioria desassistida e transformar o sistema de atenção básica com ênfase na promoção de saúde, prevenção de riscos e envolvimento da participação dos cidadãos”, Marziale e Mendes (1997, Pág. 97).

Ênfase também que deve ser dada na promoção de saúde do trabalhador, especialmente do trabalhador de saúde e dos hospitais, por razões aqui apresentadas, tendo em vista que na atualidade uma das mais graves repercussões, provocadas por todas as transformações do mundo do trabalho, está nos danos e agravos à saúde do trabalhador, as quais vêm provocando o adoecimento e morte desse grupo populacional, mesmo na ausência de nocividade dos ambientes de trabalho.

A organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. (DEJOURS, 1992, p. 133).

Segundo a Gestão do Trabalho no SUS o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador e não um mero recurso. Assim, para assistir melhor à saúde do trabalhador e para reverter a subnotificação dos acidentes de trabalho no Brasil, o Ministério da Saúde lançou em Abril de 2007 seis protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador, com o objetivo de orientar os profissionais do Sistema Único de Saúde no diagnóstico,

⁵ Para gerenciar recursos financeiros, materiais e humanos, centrados nas Secretarias Estaduais e no Ministério da Saúde.

tratamento e notificação de acidentes de trabalho. Espera-se que os profissionais de saúde sejam capazes de reconhecer as doenças e os agravos causados durante o trabalho (BRASIL, 2007).

Sobre os trabalhadores da saúde o Ministério coloca que devem ser a razão principal na adoção de políticas que valorizem e qualifiquem o trabalho. Considerando que a saúde é um bem público, direito do cidadão, é imprescindível que o Estado retome seu papel de gestor e regulador do trabalho em saúde, adequando o interesse particular ao interesse público, nesse sentido, o Ministério da Saúde constituiu a Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS), através da Portaria 827/GM de 05/05/2004 (BRASIL, 2007).

Embora o setor saúde tenha um significativo contingente de trabalhadores, conforme aponta o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o local de trabalho, hoje, e o hospital por excelência, é um ambiente frio, hostil, que exige muito psicologicamente. As pessoas estão emocional, física e espiritualmente exaustas. “As exigências diárias do trabalho, da família e de tudo o que se encontra entre eles corroem a energia e o entusiasmo dos indivíduos.” (MASLACH; LEITER 1999, p. 13).

Segundo reforça Giannasi (1997), o agravamento da situação de saúde dos trabalhadores tem acontecido em função das transformações do mundo do trabalho a favor do capital, que deterioram as condições de trabalho e de saúde do trabalhador. Limitando e incapacitando não só para o trabalho como também para a vida privada, homens e, especialmente, as mulheres.

Entretanto, no setor saúde, conforme citado nesta introdução, a questão de gênero é bastante reveladora tanto das características desse grupo de trabalhadores, essencialmente do sexo feminino, como também do adoecimento, especialmente, das mulheres, em função das condições de trabalho e da dupla jornada assumida por estas.

3.5 ABSENTEÍSMO POR DOENÇA

Absenteísmo é a falta do empregado ao trabalho, e como visto anteriormente neste trabalho, pode ser classificado em: absenteísmo por doença; absenteísmo legal, definido em lei (licença maternidade, paternidade, etc.); e absenteísmo voluntário (razões particulares não justificadas). O trabalhador ainda pode faltar ao trabalho por motivos de cunho familiar, de força maior, por dificuldades ou problemas financeiros, por problemas de transporte; por

supervisão precária de chefia e políticas inadequadas de organização, segundo Quick e Lapertosa (1982).

A existência de funcionários num setor de trabalho não significa tê-los trabalhando durante todos os momentos do horário de trabalho, visto que as ausências acontecem com certa constância por diversos motivos e provocam certas distorções quando se refere ao volume e disponibilidade da força de trabalho.

As ausências são faltas ou atrasos ao trabalho e o absenteísmo é a sua principal conseqüência. O oposto do absenteísmo é a presença, que se refere ao tempo em que o funcionário está disponível para o trabalho, conforme Chiavenato (2005), e ainda para este, absenteísmo ou ausentismo é a frequência e/ou duração de tempo de trabalho perdido quando os empregados não comparecem ao trabalho. O absenteísmo constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso ou algum motivo interveniente.

O absenteísmo, portanto, genericamente se refere à ausência do trabalhador no local de trabalho. Dentre os denominados fatores humanos no processo de trabalho, que incluem as chamadas doenças ocupacionais e a rotatividade, o absenteísmo se situa entre os efeitos mais danosos ao processo de trabalho, ao suporte social do trabalhador. Segundo Matos (2003) o absenteísmo se caracteriza, nesse sentido, como tendo um duplo efeito: do ponto de vista do trabalhador, a possibilidade de desconto no salário, de demissão ou de outros problemas correlatos; do ponto de vista da organização do trabalho, a dificuldade de realização do trabalho previsto e os prejuízos por ventura decorrentes.

Alves apud Matos (2003) sugere que o absenteísmo tem a sua gênese em dois fatores interdependentes: alteração das condições sociais e das condições do ambiente de trabalho, ambos sinalizando uma situação de descontrole do processo de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho. As taxas particularmente altas de absenteísmo estão relacionadas principalmente às síndromes psicológicas resultantes do processo de trabalho, notadamente verificadas nas atividades onde as exigências estão ligadas ao desgaste pessoal por excesso de responsabilidades ou a precarização da sobrevivência no trabalho (MENDES, 1995; GIANNASI, 1997).

Segundo Rohr (2001), absenteísmo é a falta de assiduidade ao trabalho. O absenteísmo é um dos problemas mais complexos do comportamento humano a ser enfrentado pelas organizações, com altos custos operacionais resultantes da perda de tempo. De outra forma, o absenteísmo pode ser configurado também como uma das clássicas formas de resistência individual e coletiva no trabalho. Os estudos de Dejours (1992), Silva e Marziale (2006) e

Sato (2002), relacionaram as faltas no trabalho ao desgaste ou ao limite de tolerância frente às condições de trabalho.

Lee e Eriksen apud Matos (2003) indicam que o absenteísmo é inversamente proporcional à satisfação no trabalho, e a ausência pode ser considerada uma forma de se afastar de pequenas situações indesejáveis. A observação de fatores como condições de trabalho, natureza da supervisão, estilos de liderança, participação na tomada de decisões e relacionamentos profissionais podem ajudar a entender o impacto do absenteísmo nas organizações.

De uma forma mais específica, considera-se que as causas mais conhecidas do absenteísmo são as posições forçadas, os movimentos de força exigidos pelo trabalho, a pressão psicológica, a tensão e o medo da perda do emprego. Considera-se, também, que o absenteísmo não está associado à negligência e à preguiça, e sim a problemas, em grande parte, relacionados ao trabalho (GIANNASI, 1997).

Segundo Matos (2003), o medo de ficar doente e desempregado, a dificuldade de adaptação a mudanças, as tarefas repetitivas com postura estática por longos períodos, equipamentos inadequados e incapacidade de comunicar as suas insatisfações, são ocorrências que predispõem a pequenos acidentes quase imperceptíveis, mas cujas conseqüências podem ser graves, gerando doenças profissionais e acidentes de trabalho que invariavelmente ocasionam um alto índice de absenteísmo.

A freqüência de pequenos acidentes provocados pela sobrecarga de rotina, excesso de horas extras, impropriedade de horários que geram distúrbios do sono, bem como, as metas difíceis de alcançar, a insatisfação gerada pela exigência das chefias e as altas rotatividades nas empresas são também consideradas fatores desencadeantes do absenteísmo.

No Brasil, além de toda precarização do trabalho, das rígidas hierarquias, tem-se a inadequação dos postos de trabalho, a falta de pausas para descanso, a redução de intervalos de refeição/banheiro/banho, as longas jornadas de trabalho, o excesso de horas extras, o repouso insuficiente, o desrespeito às recomendações da ergonomia, as múltiplas jornadas, entre outros, apontam Giannasi (1997), Grave (2002), Andrade (1997), Scavone (1997) e Osório e outros (2005).

As novas tecnologias, automação, informatização e formas gerenciais de organização do trabalho, principalmente os *modelos japoneses* de administração, só tem agravado essas condições. As novas práticas de gestão ou organização do trabalho estão sustentadas na quebra de direitos daqueles

que já tinham alguns e na construção de um *indivíduo-trabalhador* sem qualquer cidadania. (GIANNASI, 1997, p. 82).

Tanto o absenteísmo, como a situação de precarização e adoecimento do trabalhador brasileiro, ora discutidos, estão presentes no cotidiano dos profissionais de saúde, classe trabalhadora que detém características especiais como sexo, maioria feminina, portanto com a típica dupla jornada feminina brasileira, trabalho nos serviços de saúde e trabalho doméstico; hierarquia, por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos; e sobrecarga, tanto física como emocional, muitas vezes favorecida pelo número insuficiente de trabalhadores.

Sobre sexo, Andrade (1997) sugere que para estudar condições de trabalho, perfis de morbi-mortalidade de homens e mulheres, implica fazer referência à questão de gênero, por ser esta uma categoria que permite explicar situações específicas da vida laboral. A incorporação no mercado de trabalho, a discriminação, dupla jornada – trabalhos remunerados e domésticos – são mais bem compreendidos sob a ótica de gênero.

Esses aspectos citados pela autora influem na saúde dos trabalhadores, nos homens, gerando acidentes e alterações músculo-esqueléticas e nas mulheres, provocando maior número de enfermidades. Demonstram que as diferenças socialmente impostas às identidades femininas e masculinas corroboram na estruturação de um mercado de trabalho discriminado, causando impactos negativos na saúde e na vida de homens e mulheres.

Na pesquisa de Silva e Marziale (2006), as autoras citando Robazzi e outros (1990), discorrem que o absenteísmo de funcionários de enfermagem desorganiza o trabalho de equipe, podendo modificar, de forma significativa, a qualidade e quantidade do atendimento prestado ao paciente, suscitando problemas também aos enfermeiros em cargos de chefia, pois têm sob sua responsabilidade a resolução de todos os problemas administrativos que acontecem nas unidades de saúde.

Mas, destacam as autoras supracitadas que as condições de trabalho e vida dos trabalhadores de enfermagem, e reiteramos aqui, não só esta categoria, mas de todos os profissionais de saúde, estão sendo colocados à mercê de riscos provenientes de condições precárias de trabalho, os quais são responsáveis pelo aparecimento de doenças, e, por conseguinte, do absenteísmo.

Os trabalhadores de saúde estão constantemente expostos aos riscos ocupacionais, relacionados aos agentes físicos, químicos e biológicos e a fatores ergonômicos e psicossociais. Segundo GASPAR (1997), os serviços de saúde, em particular, os hospitais,

proporcionam aos seus trabalhadores condições de trabalho reconhecidamente piores em relação aos demais serviços de saúde.

As condições de trabalho na saúde e, principalmente, nos hospitais, implicam em longas jornadas, no trabalho diuturno (plantões diurnos e noturnos, como plantões nos finais de semana e feriados), nos rodízios, em multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, na separação do trabalho intelectual e manual, no controle das chefias, desencadeando acidentes e doenças, situações de precarização do trabalho comuns a toda classe trabalhadora brasileira, mas que se acentuam no setor saúde (ALVES apud SILVA; MARZIALE (2006).

Sobre isso, Barboza e Soler (2003, p. 178) apontam que:

Como consequência das condições inseguras de trabalho em instituições hospitalares, no caso da equipe de enfermagem, têm sido frequentes os acidentes de trabalho, o absenteísmo e os afastamentos por doenças, o que tem dificultado a organização do trabalho em diversos setores e, conseqüentemente, a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Silva e Marziale (2006) concluíram em seu estudo que os índices de absenteísmo por doença entre os trabalhadores de enfermagem na instituição pesquisada apresentam-se elevados, apontando a necessidade de mais estudos em cada local de trabalho, para detectar problemas causais específicos de cada setor e planejar melhor as soluções. Destacam, também, a importância da criação de um banco de dados a fim de otimizar o registro das faltas, facilitar seu controle e possibilitar futuras pesquisas.

Osório e outros (2005, p. 519) sugerem que,

O conflito entre cuidar de si ou do doente se torna freqüente com a progressiva intensificação do trabalho, a superposição de tarefas, as interferências repetidas no curso das mesmas e outras características da organização do trabalho que poderiam ser identificadas num enfrentamento coletivo das dificuldades atuais.

A gestão do trabalho considera, em geral, o adoecimento do trabalhador, seu afastamento do trabalho, como um motivo para não trabalhar, isto é, não se acredita que o trabalhador esteja realmente doente, tanto que para se proteger de possíveis sanções, os trabalhadores tentam não adoecer, como se fosse possível esse controle pelos mesmos;

costumam, inclusive, referir à doença como preguiça, vagabundagem, para não se assumirem enquanto doentes (BRANT, MINAYO, 2006).

Os autores supracitados, ao discorrerem sobre a voz do trabalhador, consideram o conceito de “ideologia defensiva” criado por Dejours, importante, porque possibilita desvendar os sistemas defensivos individuais e coletivos dos trabalhadores, cujos sofrimentos se dão a partir de dois sintomas, a insatisfação e ansiedade.

Para Dejours (1992), quanto mais rígida e inflexível a organização do trabalho, maior será o sofrimento e insatisfação do trabalhador, que, muitas vezes, teme menos as más condições de trabalho do que uma organização imutável. Assim, este autor conclui que o sofrimento do trabalhador começa quando a relação homem-organização do trabalho se faz bloqueada, ou seja, todo saber e poder do trabalhador já foram utilizados e este não mais pode mudar a sua tarefa, o que pode, portanto, provocar o seu adoecimento.

Para Sato (2002), no estudo denominado “Prevenção de agravos à saúde do trabalhador, replanejando o trabalho através das negociações cotidianas”, o tema de replanejamento do trabalho está dentro de um conjunto de preocupações relacionadas à saúde do trabalhador, podendo ser pensado como uma das estratégias de prevenção de determinados problemas de saúde.

Dejours (apud SATO, 2002), também analisa que o processo de trabalho, a forma como se dá sua organização, o cotidiano no local de trabalho, os modos de se trabalhar, de se relacionar, de lidar com o tempo, com o espaço e com os equipamentos podem ser danosos à saúde.

Nesse sentido, para prevenção dos problemas de saúde o maior grau de resolução seria o replanejamento da organização do processo de trabalho,

Considerando-se então que existem formas de organização do trabalho reconhecidamente danosas à saúde, e que há uma busca contínua em adotar outros modos de combinar os sistemas técnico e social, guiados por outras racionalidades, o replanejamento seria o modo através do qual o cotidiano no local de trabalho pode ser publicamente modificado. Para pensar-se em como fazê-lo, é necessária que seja trazida à luz a concepção sobre o que é o local de trabalho: quais são seus elementos, como ele é construído, qual o papel das pessoas; ou seja, o que é uma organização. A depender da concepção adotada, identificaremos distintas maneiras de pensar, como planejar/replanejar o trabalho (SATO, 2002, p. 1149).

De acordo com Laranjeira (1999), as condições sociais prevalecentes para a maioria dos trabalhadores nos dias atuais, são semelhantes às do começo do século XIX. As mudanças no mundo do trabalho são alguns dos efeitos dos ajustes estruturais mais perversos sentidos

nas economias menos desenvolvidas, como o Brasil. Privilegiam a eficiência, a produtividade, reduzem os direitos sociais e trabalhistas e agravam a saúde do trabalhador. Uma consequência esperada dessa situação é o aumento perigoso do stress e de doenças a ele associadas.

As formas de trabalho precário só não são mais graves que a ausência completa de trabalho, isto é, o desemprego, mas, os trabalhadores submetidos às relações impostas pela flexibilização do mundo do trabalho, como a informalidade, os vínculos temporários, e outros, passam a viver apenas para o trabalho, Tavares (2004).

Além de necessários, a discussão e os estudos sobre Saúde do Trabalhador no Brasil, requerem todo cuidado, pois é zona de conflito de interesses, do que decorre a importância do Estado exercer seu papel de regulador do Mercado. Além do preocupante quadro de morbi-mortalidade da classe trabalhadora brasileira apontado na literatura. A lógica prevalecente no país, como na Bahia, na prática ainda não é de prevenir, promover e cuidar do trabalhador, mas de afastá-lo quando adoecer, quando incapacitado para o trabalho.

No texto de Oliveira e Vasconcelos (1992), identifica-se a crítica à Política Nacional de Saúde do Trabalhador, considerada como expressão do descaso do país frente a essa cruel realidade de morbi-mortalidade da classe trabalhadora brasileira, destacando que essa parte da política, contida na Política de Saúde, também está submetida aos movimentos, embates, tensões e interesses presentes na sociedade. Entretanto, mudanças estão sendo percebidas, inclusive no próprio Ministério da Saúde que definiu como uma de suas prioridades estruturar e executar a Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS, visando democratizar as relações de trabalho, seja no setor público como no setor privado, de modo a garantir efetivamente o exercício dos direitos de cidadania (BRASIL, 2007).

Contudo, como qualquer política, sofre as influências do contexto socioeconômico, ideológico e político da atualidade, como sofre a forte pressão do Projeto Neoliberal, para minimizar o Estado e ampliar o mercado, diminuir e negar direitos, reduzir custos. Deste modo, pensar e estudar a Saúde do Trabalhador requer a compreensão dos conflitos de interesses vigentes, para ser possível o entendimento da precarização que tão fortemente tem caracterizado a saúde dos trabalhadores brasileiros.

Para escrever só existem duas regras: ter algo a dizer e a coragem de dizê-lo. (Oscar Wilde)

4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi idealizado na perspectiva de construir conhecimento, decifrando realidades, criando e reinventando, na perspectiva de se fazer sujeito ativo, reflexivo e propositivo, para poder colaborar no ideal de (re) construção de uma sociedade mais justa e mais igual, extrapolando e extravasando todo nosso potencial criativo de conhecer. Especialmente, com o conhecimento produzido por este estudo, para abrir mais um espaço de reflexão sobre as mudanças que se fazem necessárias em organizações do trabalho, especificamente, os hospitais, a fim de que nestes, os profissionais da assistência tenham condições de exercer suas atividades cuidando da saúde do outro, sem ter a sua descuidada.

Reconhecemos que a construção do conhecimento requer todo um labor científico, rígidas e importantes regras, principalmente quando se trata de pesquisas com seres humanos, entretanto, isso não implica, necessariamente, no distanciamento do pesquisador, posto que, desde sempre, o homem usou a própria natureza para satisfação de suas necessidades de uso, e sobre isso, Luckesi e outros (1998, p. 48-54) apontam que,

Estamos no mundo e enfrentamos os seus desafios. Ao nascermos, somos dados num mundo e submetidos às suas leis, ao mesmo tempo em que, ao longo da duração, o enfrentamos e com ele fazemos muitas coisas. Transformamo-lo, segundo nossas necessidades, tornando-o 'dócil' aos nossos anseios.

Concordando ainda com o autor, entende-se que o conhecimento retira o sujeito da ignorância. O conhecimento é resultado de uma produção social e histórica, e como, tal, não é definitivo; ao contrário, é constantemente reinventado, reconstruído, acompanhando a dinâmica própria do tempo, o que traz luz aos caminhos do indivíduo, possibilitando o exercício efetivo de ser sujeito, com a compreensão do que seja ser um sujeito social e não apenas indivíduo isolado.

De acordo com Minayo (1994), é inerente ao ser humano a necessidade de conhecimento da realidade, e que desde as tribos mais primitivas até os dias atuais essa necessidade impulsiona a humanidade a patamares cada vez mais desenvolvidos, ainda que considere que a ciência represente uma das formas de expressão desta busca, não sendo exclusiva, nem conclusiva, portanto, não definitiva.

Assim, procurou-se trilhar um caminho metodológico que articulasse conteúdos, pensamentos e existência, considerando a abordagem da mesma autora que define a metodologia como conjunto de técnicas que assegura a possibilidade de elaboração da realidade e do potencial criativo do pesquisador.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um Estudo Epidemiológico Descritivo. Foram estudadas as Fichas Cadastrais e Atestados Médicos de todos os profissionais de saúde afastados por doença, de um Hospital Público do Estado da Bahia, no período de 1º de julho de 2005 a 30 de junho de 2006. Almeida e Rouquayrol (1993, p.181), dizem que:

[...] a pesquisa epidemiológica se realiza através da produção de dados decorrentes da observação e eventual quantificação da doença (ou eventos relacionados à saúde) e os fenômenos correlatos, com os possíveis determinantes ou efeitos dos processos saúde/doença.

Ainda conforme os mesmos autores,

[...] uma boa interpretação de achados científicos deverá levantar mais questões a partir das respostas provisórias que porventura haja produzido, mapeando as lacunas do conhecimento e propondo novas perspectivas de investigação. (Idem, p.182).

Trata-se também de um estudo exploratório, dado que pretende criar as condições específicas para caracterizar um problema, tornando-o mais explícito, em função da natureza de sua ocorrência. Posto que realizar a exploração de um tema é a primeira aproximação com o mesmo, para possibilitar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.

Deste modo, com a sua realização, constrói-se um novo conhecimento que, por certo, estabelecerá novas possibilidades de pesquisa, como se espera que possibilite reorganização dos serviços para os profissionais de saúde e se estabeleçam as bases para a consolidação de um serviço de assistência à saúde desses trabalhadores (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1993).

Este estudo, portanto, se mostrou pertinente pela sua relevância social; foi um dos primeiros a estudar absenteísmo por doença de trabalhadores de saúde e não apenas de uma

categoria, como também porque, consultando uma vasta literatura sobre o tema, foi observada a parca realização de estudos sobre este grupo específico de trabalhadores no Brasil, quiçá na Bahia, como também porque descrevendo o perfil de morbidade possibilitará a organização dos serviços não apenas para melhorar as características do trabalho na saúde e em hospitais, como possibilitará a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Foi também factível, apresentou baixo custo e possibilidade concreta de sua realização.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Todos os trabalhadores da equipe de saúde afastados por doença, lotados em um Hospital Público do Estado da Bahia, que estavam efetivamente trabalhando de 1º de Julho de 2005 a 30 de junho de 2006. O referido hospital, no período estudado, apresentava 837 profissionais de saúde, segundo informações do Setor de Pessoal.

Foram estudados apenas aqueles indivíduos afastados por doença, levantados no Livro de Protocolos de Atestados Médicos no Setor de Pessoal da Instituição.

O período de estudo foi definido em função da existência do Livro de Protocolos, o que possibilitou levantar todos os profissionais de saúde que entregaram, pelo menos, um atestado médico, entre 1º de Julho de 2005 a 30 de junho de 2006.

O acesso ao livro de protocolo só foi possível após a autorização pela Diretoria da Instituição e da aprovação do Protocolo de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana. Foram, inicialmente, relacionados 473 profissionais que entregaram, pelo menos, um atestado médico, mas após diversas revisões com os funcionários do Setor de Pessoal, com as Coordenações dos Setores de Trabalho das Equipes de Saúde e com os próprios funcionários, este número foi reduzido para 267 profissionais afastados por doença, que geraram 617 atestados médicos, utilizados como justificativa para ausência ao trabalho.

Dessa forma, 206 Fichas de trabalhadores afastados por doença não foram estudadas, pelas seguintes razões: alguns eram funcionários administrativos (critério de exclusão), outros eram aposentados e de contratos cancelados, e, nessas duas situações, as pastas cadastrais não ficavam mais no Setor de Pessoal, eram encaminhadas para o arquivo morto do hospital, sem possibilidade de localização; alguns estavam com nomes repetidos no livro de protocolo porque entregaram mais de um atestado; como também alguns não tinham atestado médico no

período estudado, representando um erro de notificação; e alguns poucos se recusaram a participar do estudo, não devolvendo o TCLE.

4.3 FONTES DE DADOS

Pasta Cadastral dos profissionais de saúde afastados por doença, lotados no hospital estudado, no período de 1º de Julho de 2005 a 30 de junho de 2006, arquivadas no Setor de Pessoal, porque neste hospital não havia um Serviço de Saúde Ocupacional, semelhante aos pesquisados por Barboza e Soler (2003), Reis e Colaboradores (2003) e Faria e Colaboradores (2005).

Livro de Protocolo deste mesmo setor do hospital, onde são registrados os dias de afastamento ao trabalho, com o arquivamento dos respectivos atestados médicos.

O Atestado Médico, de até 15 dias, emitido como justificativa para o afastamento ao trabalho.

Entretanto, como essas fontes se mostraram insuficientes para obtenção de todas as informações, utilizamos, também, um Documento denominado “ALFA”, de edição anual, que a Secretaria do Estado da Bahia - SESAB envia ao Setor de Pessoal.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA

A escolha da estratégia metodológica levou em consideração as recomendações de Santana (2006), que orienta o pesquisador a observar as condições práticas, econômicas, sociais, psicológicas e operacionais, assegurando a realização da pesquisa.

Deste modo, a coleta dos dados foi de fonte secundária, que tem baixo custo e fácil aplicabilidade, utilizando uma Ficha de Coleta de Dados (Apêndice A) contendo as variáveis de interesse do estudo, que foi aplicada em todas as fontes anteriormente descritas.

4.5 VARIÁVEIS

Com relação às variáveis, escolheu-se aquelas que possibilitariam a realização dos objetivos propostos. Para Couto apud Silva e Marziale (2000), o absenteísmo decorre de um ou mais fatores causais, tais como: características de trabalho, fatores sociais, culturais, da

personalidade e de doenças. Destaca, também, que não parece existir uma relação precisa de causa e efeito, mas sim, um conjunto de variáveis que pode levar ao absenteísmo.

Desse modo, as variáveis avaliadas nesse estudo foram:

VARIÁVEL PRINCIPAL:

Absenteísmo por doença (Tempo de Afastamento e Doença que motivou o Afastamento).

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:

Idade do profissional.

Sexo do profissional.

Situação Conjugal.

Número de Filhos.

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO:

Categoria profissional a que pertence o trabalhador.

Tipo do contrato de trabalho.

Carga horária de trabalho semanal.

Setor de trabalho.

Tempo de trabalho no hospital.

4.6 COLETA

Em Abril do corrente ano, iniciou-se o contato com o Livro de Protocolo para fazer a relação dos sujeitos a serem pesquisados, que passou por várias revisões, já discorrido, até ser possível ir à busca do consentimento dos profissionais de saúde.

Do final de Abril e em todo o mês de Maio, foram colocadas pastas com listas dos sujeitos a serem pesquisados com o número de cópias necessárias de TCLE, em todos os

Setores de Trabalho da equipe de saúde, porque em todos se encontrou afastamento conforme livro de protocolo, sob a responsabilidade dos respectivos coordenadores.

Ao final de Maio, no recolhimento das pastas, foi observado que em alguns setores, a exemplo das Clínicas, Cirúrgica e Médica, do Ambulatório, da Emergência, entre outros, nenhum TCLE foi assinado, em alguns foi por não envolvimento dos coordenadores e em outros porque os funcionários declararam que só assinariam após esclarecimentos da própria pesquisadora.

Assim, no mês de Junho foi iniciado um percurso exaustivo pela pesquisadora, indo ao hospital diariamente, de segunda a segunda, incluindo-se feriados e finais de semana, além de ir aos períodos diurnos e noturnos, a fim de encontrar os sujeitos que, como profissionais de saúde, trabalham, principalmente, em regime de plantão, com alguns só trabalhando no noturno e outros só nos finais de semana, escala comum aos hospitais de emergência de grande porte, também apontado na literatura pesquisada (SILVA; MARZIALE, 2000; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS E COLABORADORES, 2003; FARIA E COLABORADORES, 2005).

Entretanto, como estava sendo difícil, e, portanto, demorado, encontrar os sujeitos, optamos por dividir a coleta. Em Junho, aconteceu a coleta dos que já tínhamos o TCLE. Em Julho, continuamos com a busca da assinatura dos termos, e de posse dos novos consentimentos, realizamos a segunda coleta, o mesmo ocorrendo no último mês, Agosto.

Destacamos que em Agosto, foram coletados tanto os que tínhamos obtido o consentimento, como o daqueles afastados temporariamente do hospital, para os quais valeria a autorização da Direção do Hospital. Também é importante destacar que os funcionários, na sua maioria, recusavam consentir se não fossem orientados pela própria pesquisadora, o que frustrou a iniciativa de colocar outros colaboradores nesta pesquisa para ir à busca dos consentimentos.

Paralelo à coleta de Agosto, a fim de não mais atrasar o cronograma da pesquisa, iniciamos a construção do Banco de Dados. Mas, é importante também frisar que como as fontes previstas estavam sendo insuficientes e prejudicando a coleta, solicitamos as informações constantes no ALFA. O Setor de Pessoal escalou uma de suas funcionárias para copiar esse documento, o que provocou mais atraso na coleta, pois a funcionária, que tinha outras atribuições para realizar, levou aproximadamente 02 meses para realizar a tarefa. Após novos diálogos com a coordenação do setor, foi obtido acesso ao documento.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Este momento do estudo aconteceu tão logo se encerrou o levantamento de dados, com a construção de tabelas, as quais possibilitaram uma leitura clara da situação encontrada.

Na descrição dos dados, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, a média e o desvio padrão das variáveis numéricas, utilizando para ordenação dos dados o Programa SPSS Base 11.0 (SPSSINC, 1991). Deste modo, possibilitou-se medir a magnitude destas variáveis para o Absenteísmo por Doença dos Trabalhadores de Saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Ao estudar o absenteísmo por doença dos trabalhadores de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, esse processo se deu respeitando os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, norteadores de trabalhos científicos, conforme observação das diretrizes e normas traçadas pelo Conselho Nacional de Saúde da Lei n.196/96, Brasil (1996), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Foi solicitada a autorização da Direção da Instituição para a realização desta pesquisa, como foi solicitada também autorização ao CEP da UEFS, cuja liberação final, conforme Ofício nº. 090/2007, aconteceu em 28 de Março de 2007, sob Protocolo Nº. 035/2007 (CAAE – 0038.0.059.000-07). O CEP orientou a utilização do TCLE (Apêndice B), apenas para os profissionais afastados por doença (sujeitos da pesquisa), pois entendeu como necessário porque segundo este, as pastas cadastrais e os atestados médicos pertencem aos servidores, ainda que sob a guarda do Hospital. Só dispensou o consentimento dos que estivessem temporariamente afastados, valendo para estes a autorização da Direção.

Deste modo, para atender solicitação do CEP e evitar constrangimento entre os profissionais pesquisados, lhes foi solicitada a autorização individual com assinatura em TCLE, ao tempo em que lhes era explicado os objetivos da pesquisa.

As informações coletadas na pesquisa serão mantidas em sigilo em relação à identidade dos pesquisados, assegurando-lhes o anonimato, de modo que as mesmas não sejam utilizadas para prejuízo em ambiente de trabalho.

Os resultados serão utilizados para publicação científica e serão encaminhados à Direção do Hospital, à SESAB, ao Ministério da Saúde e ao Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia. Espera-se, desta forma, fomentar a discussão entre os trabalhadores de saúde do referido hospital sobre as suas condições de trabalho e possíveis fatores de risco associados às doenças que motivam o afastamento ao trabalho. Portanto, os benefícios esperados para os profissionais de saúde são o de estimular a reflexão e o debate sobre as suas condições de trabalho e saúde, inclusive não apenas desta unidade, mas quiçá de toda rede pública do Estado da Bahia.

Quanto aos riscos que poderão ocorrer para os profissionais de saúde deste hospital, foram tomados os devidos cuidados para garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados, impedindo-se desta forma, que os sujeitos da pesquisa possam ser identificados, evitando-se que os mesmos venham ser constrangidos ou molestados no seu ambiente de trabalho.

Tudo que é realmente grandioso e inspirador, é criado pelo indivíduo que trabalha em liberdade. (Einstein)

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados neste trabalho se referem à descrição de 267 profissionais de saúde, que apresentaram pelo menos um atestado médico por doença e à descrição dos 617 atestados médicos usados como justificativa para o afastamento, arquivados nas pastas cadastrais no Setor de Pessoal, em um Hospital Público do Estado da Bahia, no período de 1º de julho de 2005 a 30 de junho de 2006.

Observou-se que entre os profissionais de saúde afastados por doença no período estudado, obteve-se uma média de 2,31 atestados por trabalhador, com 2746 dias de afastamentos, excluídas as perdas, pois um atestado médico não detalhava os dias de afastamento. No de Silva e Marziale (2006), foram encontrados 1212 dias perdidos de 199 trabalhadores do grupo de enfermagem estudado. No de Reis e colaboradores (2003), foram 5279 dias de ausência de 965 trabalhadores, também de enfermagem.

Vale destacar que o hospital apresentava 837 trabalhadores compondo a equipe de saúde, entre os de nível médio e os de nível universitário. Obteve-se que 31,9% (267) dos profissionais adoeceram no período estudado, representando um elevado índice de adoecimento.

Entre os trabalhadores de saúde afastados por doença no grupo de enfermagem, composto de 420 auxiliares de enfermagem e 97 enfermeiros, encontrou-se uma incidência de 41,2 % de afastamento. No estudo de Silva e Marziale (2000) dos 199 trabalhadores do grupo de enfermagem, observou-se uma elevada incidência de 75,4 % de afastamentos por doença.. Entretanto, no de Barboza e Soler (2003), foi encontrada uma incidência de 47,6 % de afastamentos por doença no grupo de enfermagem, semelhante a este estudo. No de Reis e colaboradores (2003), houve uma incidência de 57,6 % de afastamentos no grupo de enfermagem, nestes últimos a coleta aconteceu no Centro de Assistência ao Trabalhador dos próprios hospitais.

Contudo, observou-se que entre os trabalhadores afastados por doença, para os técnicos de laboratório houve uma incidência de 43% de afastamentos por doença, num grupo de apenas 44 profissionais com 19 afastados, no período estudado, mas não foi encontrado nenhum outro estudo que possa ser confrontado com estes achados.

Inicialmente, apresentaremos o perfil sócio-demográfico dos profissionais de saúde afastados por doença no período estudado, cujos dados se referem ao total dos 267 profissionais. Em relação a esses resultados, foram observadas as seguintes perdas: para idade foram registradas 98,1% (262) casos com 5 perdas; para situação conjugal 95,5% (255) casos com 12 perdas; para o número de filhos 42,7% (114) casos com 153 perdas; para sexo não houve perdas (Figura 1).

Quadro 1 Respostas Válidas e Perdas apresentadas nas variáveis Sociodemográficas dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005-2006

Variável	Sexo	Idade	Situação Conjugal	N. de Filhos
N	267	262	255	114
<i>Perdas</i>	-	05	12	153

Com relação às perdas encontradas, os resultados sugerem que o Setor de Pessoal do referido hospital necessita otimizar suas atividades, melhorando o registro de dados referentes aos trabalhadores de saúde da Instituição.

5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA

Dos 267 profissionais de saúde afastados por doença, a grande maioria, 91,0% (243) são do sexo feminino e apenas 9,0% (24) do sexo masculino. Em relação à situação conjugal, 52,2% (133) eram casados e 42,7% (109) solteiros. Também entre os estudados 88,6% (101) tinham pelo menos dois filhos e 11,4% (13) possuíam mais de dois filhos. Convém apontar que a variável número de filhos é a que apresentou a maior frequência de perdas. Sobre a idade, foi observado que 39,3% (103) dos estudados tinham menos de 40 anos e 60,7% (159) apresentavam idade igual ou superior a 40 anos (Tabela 1). A idade média foi de $41,6 \pm 9,7$ anos, com mínima de 21 e máxima de 70 anos.

Tabela 1 Características Sociodemográficas dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006

Variável	N*	%
<i>Sexo</i>	267	100,0
Masculino	24	9,0
Feminino	243	91,0
<i>Situação conjugal</i>	255	100,0
Solteiro	109	42,7
Casado	133	52,2
Viúvo	04	1,6
Outros	09	3,5
<i>Idade</i>	262	100,0
< 40 anos	103	39,3
≥ 40 anos	159	60,7
<i>Número de Filhos</i>	114	100,0
≤ 2	101	88,6
> 2	13	11,4

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Sabendo-se do predomínio do sexo feminino entre os profissionais de saúde, conforme apontado na literatura pesquisada e como se observou nesse estudo, serão descritas também as características sócio-demográficas dos profissionais que se afastaram por doença, segundo o sexo - masculino e feminino. Em relação à situação conjugal, entre os profissionais do sexo masculino, observou-se a mesma frequência entre casados e solteiros ambos com 45,8% (11). Entre os profissionais do sexo feminino, 52,8% (122) eram casadas e 42,4% (98) eram solteiras (Tabela 2). Houve predominância de casadas entre o sexo feminino.

Quanto ao número de filhos, obteve-se que 81,8% (09) dos homens tiveram até 02 filhos e entre as mulheres 89,3% (92) com mesmo número de filhos (Tabela 2). Sobre a idade de homens e mulheres, entre os profissionais de saúde estudados, observou-se que 75,0% (18) dos homens tinham idade igual ou superior a 40 anos. Entre as mulheres, observou-se que 59,2% (141) tinham idade igual ou superior a 40 anos (Tabela 2). Entretanto, entre os

homens, a média de idade foi $45,0 \pm 9,7$ anos, com idade mínima de 27 e máxima de 59 anos, e entre as mulheres a média de idade foi $41,0 \pm 9,7$ anos, com idade mínima de 21 e máxima de 70 anos.

Esses resultados sobre as características sócio-demográficas corroboram com outros estudos, embora sejam observadas algumas diferenças. Barboza e Soler (2003) encontraram predominância do sexo feminino, mas a idade ficou entre 21 a 40 anos, faixa etária encontrada nos estudos de Pitta (2003), Bulhões (1998), Silva (1999) e Silva e Marziale (2006).

Entretanto, nos estudos de Bittencourt (1993), Reis e colaboradores (2003) e Raffone e Hennington (2005) os resultados foram semelhantes para sexo, com predomínio do feminino, e na idade, que foi igual e superior a 39 anos, mas, apenas no de Raffone e Hennington foi citada a situação conjugal, também com maior ocorrência para casados. Nenhum desses estudos abordou o número de filhos dos profissionais de saúde que se afastaram por doença.

Tabela 2 Sexo e variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006

Variáveis	Masculino		Feminino	
	N*	%	N*	%
<i>Situação conjugal</i>	24	100,0	231	100,0
Solteiro	11	45,8	98	42,5
Casado	11	45,8	122	52,8
Viúvo	-	-	04	1,7
Outros	02	8,4	07	3,0
<i>Idade</i>	24	100,0	238	100,0
< 40 anos	16	75,0	97	40,8
≥ 40 anos	08	25,0	141	59,2
<i>Número de Filhos</i>	11	100,0	103	100,0
≤ 2	09	81,8	92	89,3
> 2	02	18,2	11	10,7

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Portanto, em relação à variável sexo, os resultados encontrados confirmaram o predomínio feminino entre as categorias profissionais estudadas, resultados semelhantes foram verificados na literatura consultada, nos estudos de Andrade (1997) e segundo Scavone (1997, p. 41)

Em relação ao trabalho na saúde, já foi observado o fato de as mulheres serem as principais produtoras de cuidados sanitários, tanto profissionalmente como em suas vidas privadas... Esses cuidados consistiriam numa dimensão do trabalho doméstico que, tanto na família quanto nas instituições de saúde, é atribuído às mulheres.

Entre os profissionais do sexo feminino afastados por doença, 52,8% (122) eram casados, 59,2% (141) apresentavam idade igual ou superior a 40 anos e 89,3% (92) e destes tinham até 02 filhos. Os estudos sobre gênero destacam que as trabalhadoras mulheres com filhos possuem dupla jornada de trabalho, quando não tripla, porque os salários baixos as levam a assumirem dois ou mais vínculos empregatícios, mais os cuidados com filhos, marido, casa e família (ANDRADE, 1997; GIANNASI, 1997; SCAVONE, 1997). Sobre isto, a Pesquisa Mensal de Emprego do IBGE (BRASIL, 2006) revelou que a mulher responsável pelo domicílio encontra-se na faixa etária de idade igual ou superior a 40 anos,

A maior concentração das trabalhadoras principais responsáveis nos domicílios nos grupos de idades mais altas justifica a idade média de sua população, estimada em agosto de 2006 em 43,5 anos, sendo, portanto, superior à idade média das trabalhadoras em outras condições no domicílio (34,6 anos) e da população feminina ocupada (37,2 anos).

Os profissionais homens apresentaram resultados semelhantes, 45,8% (11) deles eram casados, 75,0% (18) com idade igual ou superior a 40 anos e 81,8% (09) com até dois filhos. Porém, segundo, também, os estudos de gênero, os trabalhadores homens não possuem, em geral, a dupla jornada (FUCS, 1993), mas têm, entretanto, também pelos baixos salários, outros vínculos empregatícios, que lhes agravam a sobrecarga física e o adoecimento (NASCIMENTO SOBRINHO, 2006 a, 2006 b; SILVA; MARZIALE, 2006; GIANNASI, 1997).

5.2 CATEGORIAS PROFISSIONAIS E OS SETORES DE TRABALHO SEGUNDO OS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA

Em relação à Categoria Profissional dos 267 profissionais afastados por doença, o maior percentual, com 64,0% (171) foi dos trabalhadores do grupo de enfermagem, de nível médio e fundamental, neste estudo, denominados de Auxiliares de Enfermagem, conforme denominação constante em Documento do Setor de Pessoal (Anexo A), seguidos de 15,7%

(42) dos Enfermeiros, de Nível Universitário, e 7,1% (19) dos Técnicos de Patologia Clínica, aqui denominados de Técnicos de Laboratório (Gráfico 1)

O afastamento por doença foi pouco expressivo em outras categorias, observando-se entre os profissionais afastados, 3,4% (09) de Médicos e 3,0% (08) de Fisioterapeutas (Tabela 3). Quanto à classe médica, que no período estudado representava a segunda maior categoria profissional de saúde do hospital com 22,2% (186) de médicos, ter apresentado percentualmente um baixo número de afastamentos por doença pode ser em função da autonomia que estes possuem sobre seu processo de trabalho (MERHY, 2002).

Os médicos como profissionais de saúde têm a mesma sobrecarga física e emocional típica dos trabalhadores de saúde, portanto, devem adoecer tanto quanto todos os trabalhadores. Pesquisas identificaram, por exemplo, Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) mais elevada entre médicos do que em outras categorias profissionais como as desenvolvidas em indústrias e siderúrgicas (NASCIMENTO SOBRINHO E COLABORADORES, 2006 a).

Os outros trabalhos já referidos, que pesquisaram o afastamento por doença em profissionais de saúde, na sua maioria, observaram o fenômeno na categoria de enfermagem. Já o estudo em tela, pretendeu conhecer o absenteísmo por doença entre todos os profissionais de saúde e não de uma categoria em especial.

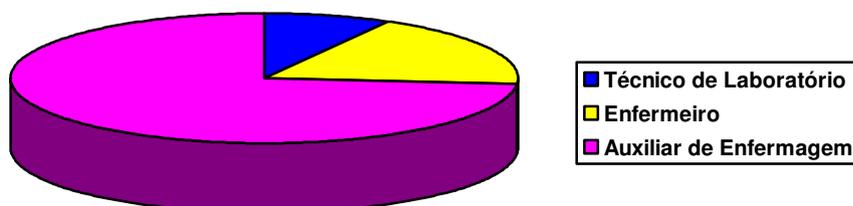
Nesse trabalho, entretanto, encontrou-se que entre os trabalhadores de saúde afastados por doença destacaram-se o Grupo de Enfermagem, como a categoria que mais se afastou no hospital estudado, seja porque tivesse o maior número de trabalhadores, dos 837 profissionais de saúde 61,8% (517) são desta categoria (Anexo A), seja porque toda literatura os refere, como os mais submetidos a precárias condições de trabalho no setor saúde como um todo, especialmente nos hospitais (SILVA; MARZIALE, 2006; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS E COLABORADORES, 2003).

Tabela 3 Categoria Profissional dos trabalhadores de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006

<i>Categoria Profissional</i>	Absentéismo por Doença	
	N	%
Auxiliar de Enfermagem	171	64,0
Enfermeiro	42	15,7
Técnico de Laboratório	19	7,1
Médico	9	3,4
Fisioterapia	8	3,0
Outras	18	6,8
Total	267	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Gráfico 1. Principais Categorias Profissionais dos Trabalhadores de Saúde Afastados por Doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006



Os profissionais de saúde afastados por doença atuavam nos seguintes setores: Emergência, 30,0% (80); seguida da UTI – Adulto, 9,4% (25); Laboratório, 6,7% (18) (Tabela 4 / Gráfico 2). Em seguida, apareceram Ambulatório com 5,2% (32), Clínica Cirúrgica com 5,6% (15) e Clínica Médica, Central Material de Esterilização - CME e Centro Obstétrico – C. O., todos três com os mesmos percentuais de 4,5% (12) (Tabela 4). De modo geral, todos os setores do hospital tiveram profissionais afastados por doença no período estudado, porém nem todos foram quantitativamente expressivos.

Emergências hospitalares são setores de trabalho que, além de promoverem diversas situações de estresse, convivência com dor, sofrimento, morte, acidentes, entre outros, de alta

sobrecarga emocional, também têm como características longas jornadas, trabalho em turnos, plantões, trabalhos manuais pesados e repetitivos, falta de equipamentos, quadro reduzido de trabalhadores, entre outros problemas, realidade também do hospital estudado (GASPAR, 1997; SATO, 2002; ROLLO, 2002; OSÓRIO E COLABORADORES 2005; NASCIMENTO SOBRINHO, 2005).

As UTIs também foram encontradas nos outros estudos como setor de elevado índice de absenteísmo por doença. São reconhecidas também como locais de alta sobrecarga física e emocional, tendo como principais características desencadeadoras de adoecimento a alta exigência de qualificação profissional para manusear equipamentos tecnológicos sofisticados, acompanhamento ininterrupto dos pacientes, num ambiente, em geral, frio e isolado, sem contato com o restante da equipe do hospital e de acesso restrito aos familiares que, por isso mesmo, cobram mais cuidados desses profissionais (SILVA; MARZIALE, 2006; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS E COLABORADORES, 2003; FARIA E COLABORADORES, 2005).

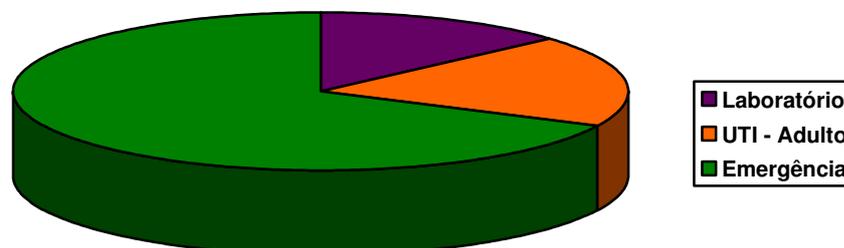
Em relação aos Laboratórios, os estudos sobre absenteísmo por doença em hospitais não fizeram nenhuma referência a esse setor, mas como se encontra dentro de um hospital público pode, portanto, oferecer precárias condições de trabalho identificadas nestas organizações (SATO, 2002; CECÍLIO, 2002; ROLLO, 2002).

Tabela 4 Setor de Trabalho dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006

Variável	N	%
Setor de Trabalho	267	100,0
Emergência	80	30,0
UTI – Adulto	25	9,4
Laboratório	18	6,7
Clínica Cirúrgica	15	5,6
Clínica Médica	12	4,5
CME	12	4,5
C. O.	12	4,5
Outros	93	34,8

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Gráfico 2. Principais Setores de Trabalho dos Profissionais de Saúde afastados por doença de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006



Entre os profissionais de saúde que se afastaram por doença, observou-se que entre os Auxiliares de Enfermagem, 34,5% (59) atuavam na Emergência, 8,2% (14) na UTI – Adulto e 7,0% (12) na CME. Entre os Enfermeiros, 33,3% (14) atuavam na Emergência, 23,8% (10) na UTI – Adulto e 11,9% (5) na clínica Cirúrgica. Entre os Técnicos de Laboratório, 73,7% (14) atuavam no Laboratório, 21,1 % (4) no Banco de Sangue e 4,3% (1) na Central de Controle da Infecção Hospitalar - CCIH (Tabela 5).

Logo, se a Emergência possui difíceis características de trabalho, essa situação se agrava para o grupo de enfermagem de nível médio, visto que estes têm reconhecidamente maior sobrecarga física, além da divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, como sugerem Silva e Marziale (2006), Barboza e Soler (2003), Reis e Colaboradores (2003), Faria e Colaboradores (2005). Situação que Dejours (1992) aponta como fator desencadeador de adoecimento, dada à impossibilidade destes trabalhadores promoverem alterações na organização do trabalho.

Quando é possível definir os próprios ritmos e formas de executar as tarefas, personalizando o processo de trabalho, o que predominantemente entra em jogo é a criatividade e a inventividade. Esse tipo de comportamento é denominado de “comportamento livre”. O "comportamento livre" transforma e reordena o trabalho na direção do prazer, possibilitando um ajuste entre as exigências do processo de trabalho e a estrutura psíquica de cada um e abrindo brechas para a transformação da realidade segundo os próprios desejos (NASCIMENTO SOBRINHO, 2006b). Condição não encontrada, em geral, nos processos de trabalho de hospitais, principalmente entre os auxiliares de enfermagem, categoria que mais adoeceu neste e nos outros estudos consultados.

Portanto, quando ocorre a impossibilidade de autonomia e de operacionalizar mudanças, através de processos de trabalho que atuam no sentido de bloquear o comportamento livre, ocorre uma mudança no significado do trabalho dos indivíduos. Ou seja, na medida em que o processo de trabalho é menos livre e mais controlado, por modos operatórios rígidos e padronizados, menos o trabalho representará para o indivíduo a possibilidade de equilíbrio mental, de realização, de satisfação, estará, ao contrário, mais próximo de constituir-se em fonte de sofrimento e adoecimento (DEJOURS, 1992).

Semelhante aos estudos consultados entre os profissionais afastados por doença, os Enfermeiros atuavam nos mesmos setores encontrados no grupo das auxiliares. Esse resultado pode estar ligado ao fato de serem os Enfermeiros os responsáveis pela organização dos serviços, ou seja, à medida que o grupo de nível médio falta ao trabalho por adoecimento ou outro motivo, cabe ao Enfermeiro reestruturar a equipe e garantir a qualidade da assistência (SILVA; MARZIALE, 2006; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS E COLABORADORES, 2003).

Faria e colaboradores (2005), em estudo sobre o absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem, observaram irregularidades na relação setor de trabalho e grupo de enfermagem, excluindo-se os Enfermeiros, também apontados pelos outros estudos voltados a essa categoria.

Na análise dos afastamentos, verificou-se o exercício ilegal dos atendentes, em especial daqueles que atuavam em unidades mais complexas, revelando ser necessário o redimensionamento do pessoal de enfermagem, assim como uma investigação mais profunda sobre as condições de trabalho e a organização do trabalho de enfermagem (pág.19).

Tabela 5 Atividade profissional e setor onde atuava no Hospital, dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006

Setor de Trabalho / Categoria Profissional	Auxiliar de Enfermagem		Enfermeiro		Técnico de Laboratório	
	N	%	N	%	N	%
Emergência	59	34,5	14	33,3	-	-
UTI - Adulto	14	8,2	10	23,8	-	-
Laboratório	-	-	-	-	14	73,7
Clínica Cirúrgica	-	-	5	11,9	-	-
Clínica Médica	-	-	-	-	-	-
CME	12	7,0	-	-	-	-
CCIH	-	-	-	-	1	5,3
Banco de Sangue	-	-	-	-	4	21,1
Total	171	100,0	42	100,0	19	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Com relação à variável categoria profissional e setor de trabalho, não ocorreu perda de informação, pois os dados referentes a essas variáveis são encontrados no documento que o Setor de Pessoal recebe da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) (Quadro 2). Caso não existisse esse documento, essas variáveis teriam uma elevada subnotificação, pois em muitas pastas (fichas) de cadastro dos funcionários também não constavam a categoria profissional e, principalmente, o setor de trabalho onde atuavam, assim, graças ao registro da SESAB, o hospital consegue ter informações importantes de seu quadro de pessoal.

Quadro 2 Respostas Válidas e Perdas apresentadas para a variável Categoria Profissional e Setor de Trabalho onde atua dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005-2006

Variáveis	Categoria Profissional	Setor de Trabalho
N	267	267
Perdas	-	-

5.2.1 PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA POR SEXO, CATEGORIA PROFISSIONAL E SETOR DE TRABALHO

Ainda que tenha sido encontrada neste estudo a predominância do sexo feminino entre os profissionais de saúde afastados por doença, procurou-se observar a distribuição das categorias profissionais por sexo a fim de verificar o fenômeno da feminização entre os profissionais de saúde.

Assim, entre os profissionais de saúde afastados por doença observando a variável sexo e a categoria profissional, obteve-se que no sexo feminino, os destaques foram 68,3% (166) de Auxiliares de Enfermagem, 17,3% (42) de Enfermeiras; 4,9% (12) de Técnicas de Laboratório; 2,5% (6) de Fisioterapeutas e 2,1% (5) de Médicas (Tabela 6).

No sexo masculino, predominaram 05 categorias, destacando-se com 29,2% (7) os Técnicos de Laboratório, 20,8% (5) de Auxiliares de Enfermagem; 16,7% (4) de Técnico de RX, 16,7% (4) de Médicos e 8,3% (2) de Fisioterapeutas e Farmacêuticos, com mesmo percentual (Tabela 6).

Convém destacar que 100,0% (42) dos Enfermeiros que se afastaram por doença no período estudado são do sexo feminino (Tabela 6). Entre os médicos que adoeceram também se observou que na sua maioria são do sexo feminino. A literatura consultada vem apontando a feminização entre a classe médica (REIS E COLABORADORES, 2003; NASCIMENTO SOBRINHO, 2006 a, 2006 b).

Tabela 6 Sexo e Categoria Profissional dos trabalhadores de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006

Sexo/Categoria Profissional	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Auxiliar de Enfermagem	05	20,8	166	68,3
Enfermeiro	-	-	42	17,3
Técnico de Laboratório	07	29,2	12	4,9
Fisioterapeuta	02	8,3	6	2,5
Técnico de RX	04	16,7	-	-
Médico	04	16,7	5	2,1
Farmacêutico	02	8,3	-	-
Outras	-	-	12	4,9
Total	24	100,0	243	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Observou-se também entre os profissionais afastados por doença que no sexo masculino trabalhavam predominantemente com 20,8% (5) no Laboratório, seguidos de 16,7% (4) da Emergência e Bio – Imagem, ambos com o mesmo percentual. Entre o sexo feminino, os profissionais trabalhavam com 31,3% (76) no setor de Emergência, 10,3% (25) na UTI – Adulto, 5,8% (14) na Clínica Cirúrgica e 5,3% (13) no Laboratório (Tabela 7).

Tabela 7 Setor de Trabalho segundo sexo dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006

Sexo /Setor de Trabalho	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Emergência	4*	16,7	76	31,3
UTI - Adulto	-	-	25	10,3
Laboratório	5	20,8	13**	5,3
Outros	15	62,5	129	53,1
Total	24	100,0	243	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

* Mesmo valor encontrado de sexo masculino no Setor de Bio - Imagem

** Na Clínica cirúrgica houve predomínio maior do sexo feminino que no Laboratório com 5,8% (14) dos casos

Com relação à Categoria Profissional dos profissionais afastados por doença em relação ao Sexo e ao Setor de Trabalho no Hospital, observou-se que entre os Auxiliares de Enfermagem tanto do sexo masculino como do feminino, o Setor de Trabalho mais freqüente foi a Emergência, com 40,0% (2) e 34,3% (57), respectivamente (Tabela 8).

Entre os trabalhadores afastados por doença do grupo de Enfermeiros, no período estudado, só foram observados profissionais do sexo feminino. E, entre esses o Setor de Trabalho mais freqüente foi a Emergência e UTI - Adulto, com 33,3% (14) e 23,8% (10), respectivamente (Tabelas 5,6 e 8).

Dos trabalhadores afastados por doença entre os Técnicos de Laboratório do sexo masculino, no período estudado, o Setor de Trabalho mais freqüente com 57,1% (4) foi o Laboratório. Entre os Técnicos de laboratório do sexo feminino que se afastaram por doença, também foi o Laboratório que apresentou a maior freqüência com 83,3% (10). Afinal, trata-se, especificamente, do local de trabalho desta categoria (Tabela 8).

Deste modo, portanto, foi possível observar que a característica de sexo parece pouco influenciar na relação categoria profissional e setor de trabalho, quando observados simultaneamente.

Tabela 8. Sexo, a atividade profissional e o setor onde atuava dos profissionais de saúde afastados por doença um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.

Categoria Profissional/Setor de Trabalho	Auxiliar de Enfermagem				Enfermeiro				Técnico Laboratório			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Emergência	2	40,0	57	34,3	-	-	14	33,3	-	-	-	-
UTI – Adulto	-	-	14	8,4	-	-	10	23,8	-	-	-	-
Laboratório	-	-	-	-	-	-	-	-	4	57,1	10	83,3
Outros	3	60,0	95	57,3	-	-	18	42,9	3	42,9	2	16,7
Total	5	100,0	166	100,0	-	-	42	100,0	7	100,0	12	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

5.2.2 CARACTERÍSTICA DE IDADE, CATEGORIA PROFISSIONAL E SETOR DE TRABALHO ENTRE OS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA

Observando idade, categoria profissional e setor de trabalho dos profissionais afastados por doença, observou-se entre os Auxiliares de Enfermagem com idade igual e superior a 40 anos que, dos 73,7% (59) que atuavam na Emergência, 48,7% (39) deles estavam nessa faixa etária, como dos 56,0% (14) que atuavam na UTI – Adulto, 44,0% (11) desses auxiliares tinham idade igual e superior a 40 anos (Tabela 9).

A distribuição dos profissionais afastados por doença pertencentes ao grupo dos Auxiliares não segue o mesmo padrão nas idades estudadas. Entre os Auxiliares com idade inferior a 40 anos, observou-se um predomínio dos que atuavam nas Clínicas Cirúrgica, Médica e Materno – Infantil, como foi possível observar que os de idade igual e maior de 40 anos atuavam mais na Emergência e UTI – Adulto, talvez porque estes setores necessitem de um maior contingente de auxiliares de enfermagem, com maior qualificação profissional (SILVA; MARZIALE, 2006; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS E COLABORADORES, 2003). De uma maneira geral, uma maior qualificação profissional é encontrada nos trabalhadores com idade superior a 45 anos, embora seja idade discriminada pelo mercado formal de trabalho (ANTUNES, 2000; GRAVE, 2002; TAVARES, 2004 E OUTROS).

Entre os Enfermeiros afastados por doença com idade inferior a 40 anos, dos 40,0% (10) que atuavam na UTI – Adulto 28,0% (7) se encontravam nessa faixa etária na, enquanto que entre os 17,7% (14) que atuavam na Emergência, 5,1% (4) deles tinham idade inferior a 40 anos. Entre os Enfermeiros com idade igual e superior a 40 anos, dos que atuavam na UTI – Adulto 12,0% (3) tinham essa faixa etária, já na Emergência 12,6% (10) tinham idade igual e superior a 40 anos. Portanto, os Enfermeiros afastados por doença de idade inferior a 40 anos atuavam mais na UTI – Adulto, enquanto que os de idade igual e superior a 40 anos atuavam mais na Emergência.

Entre estes profissionais, pode-se apontar que a maior especialização para o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva ocorre entre os mais novos do que entre os mais antigos no mercado de trabalho, visto que essa é uma especialidade recente. As primeiras pós-graduações na área de enfermagem iniciaram-se em 1972 em São Paulo, tendo a inserção nas UTIs destes profissionais ocorrido na década de 70 (DUCCI E COLABORADORES, 2007).

Dos 77,8% (14) Técnicos de Laboratório afastados por doença que atuavam no Laboratório, setor próprio de trabalho dessa categoria, observou-se que 33,3% (6) tinham idade inferior a 40 anos e 44,5% (8) tinham idade igual e superior a 40 anos (Tabela 9).

A Emergência, por exemplo, é um setor de trabalho que, pelas suas características, deveria evitar a presença de trabalhadores com idade mais avançada. Entretanto, neste hospital, a equipe que atuava neste setor apresentava idade igual ou superior a 40 anos. É importante destacar que os profissionais fazem a opção de trabalhar neste local, pois, ao salário é acrescida gratificação por serviço em emergência, elevando a remuneração profissional.

Porém, convém ressaltar, que essa gratificação é adicionada em mais alguns setores do mesmo hospital, entretanto, para recebê-la, os profissionais de saúde devem trabalhar nos turnos diurnos e noturnos, feriados e finais de semana.

Tabela 9 Idade, atividade profissional e setor onde atua no hospital dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006

Setor de Trabalho/ Categoria Profissional	Emergência		UTI – Adulto		Laboratório	
	N	%	N	%	N	%
Auxiliar de Enfermagem	59	73,7	14	56,0	-	-
< 40*	20	25,0	03	12,0	-	-
≥ 40	39	48,7	11	44,0	01	5,6
Enfermeiro	14	17,5	10	40,0		
< 40	04	5,0	07	28,0	-	-
≥ 40	10	12,5	03	12,0	-	-
Técnico de Laboratório					14	77,8
< 40	-	-	-	-	06	33,3
≥ 40	-	-	-	-	08	44,4
Outras	07	8,8	01	04,0	03	16,6
Total	80	100,0	25	100,0	18	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

* Os Aux. De Enfermagem de idade inferior a 40 anos se distribuíram principalmente entre as Clínicas Cirúrgica, Médica e Materno – Infantil.

5.3 CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA NO HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

Em relação à forma de contratação, encontrou-se que 70,0% (187) dos profissionais estudados tinham contrato de trabalho permanente (Estável-Estatutário) e 30,0% (80) tinham contrato de trabalho temporário, denominado Regime de Direito Administrativo – REDA. Não foram encontrados profissionais cooperados afastados por doença (Tabela 10 e Gráfico 3). O mesmo resultado foi encontrado nos estudos de Reis e Colaboradores (2003) e de Nascimento Sobrinho (2006 a).

Outros estudos consultados não fizeram referência ao tipo de contrato, questão que merece maior detalhamento, dada à precarização dos vínculos na atualidade, estimulada pelo setor privado e pelo setor público, que desregulamenta direitos sociais e trabalhistas arduamente conquistados (ANTUNES, 2000; GRAVE, 2002; TAVARES, 2004).

A carga horária de trabalho semanal mais freqüente entre os profissionais de saúde afastados por doença foi de 59,5% (159) para 40 h semanais, 36,0% (96) para 30 h e 4,5% (12) para 20 h semanais (Tabela 10). Estudos consultados apontam que, quanto maior as horas trabalhadas, maior o desgaste e o adoecimento (RAFFONE; HENNINGTON, 2005; NASCIMENTO SOBRINHO, 2006 a, 2006 b).

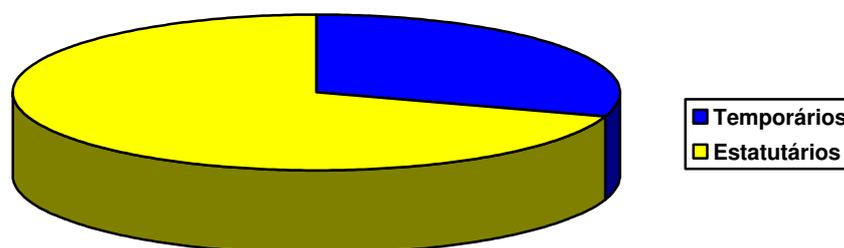
Com relação ao tempo de trabalho, menor que 12,5 anos e maior ou igual a 12,5 anos entre os profissionais afastados por doença no hospital estudado, observou-se que 60,0% (159) tinham mais ou até 12,5 anos (≥ 150 meses) e 40,0% (106) tinham menos de 12,5 anos (< 150 meses) de serviço (Tabela 10). Esses resultados apontam que os profissionais afastados por doença no hospital estudado possuem um elevado tempo de serviço no hospital, com uma média de $12,7 \pm 8,9$ anos.

Tabela 10 Freqüência da variável característica do trabalho, Carga horária de trabalho e tempo de trabalho no hospital, dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006

Variável	N*	%
<i>Tipo de Contrato</i>		
Estável – Estatutário	187	70,0
Temporário – REDA	80	30,0
<i>Carga Horária de Trabalho</i>		
120 h mês/ 20 h semanais	12	4,5
180 h mês/ 30 h semanais	96	36,0
240 h mês/ 40 h semanais	159	59,5
<i>Tempo de Trabalho no Hospital</i>		
< 12,5 anos	106	40,0
≥ 12,5 anos	159	60,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Gráfico 3. Tipos de Contrato de Trabalho predominantes entre os Profissionais de Saúde afastados por doença de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006



Com relação aos profissionais de saúde que se afastaram por doença entre os estatutários, 85,9% (159) apresentavam tempo de serviço igual ou superior a 12,5 anos (≥ 150 meses). A média do Tempo de Serviço no hospital entre os profissionais afastados por doença

e estatutários foi de $17,5 \pm 5,9$ anos. Com relação à carga horária de trabalho 85,0 % (159) dos estatutários apresentavam 40 h semanais de trabalho (Tabela 11).

Entre os profissionais afastados por doença com contrato temporário - REDA, 100,0% (80) apresentavam tempo de serviço inferior a 12,5 anos, isto porque o contrato tem prazo estipulado de até 04 anos de vigência, não podendo ultrapassar esse período, com média de $1,4 \pm 1,0$ anos, como também sobre carga horária, nenhum apresentou a de 40 horas porque o contrato estabelece 30 horas, deste modo 95,0% (76) apresentavam carga horária de 30 h semanais de trabalho (Tabela 11).

Como em geral, os permanentes são em maior número, é esperado um percentual maior de adoecimento entre os mesmos. Sobre isto, Reis e colaboradores (2003), discutem que os estatutários, justamente por serem trabalhadores permanentes, terem a estabilidade no emprego, se sintam mais seguros em se afastar do trabalho, em entregar um atestado médico, contudo, como são mais velhos em tempo de serviço no hospital, estes autores concordem na redução da capacidade para o trabalho e no adoecimento nesse grupo de trabalhadores.

Entretanto, ainda que neste estudo tenha havido o predomínio do vínculo permanente, estáveis, com uma inserção do trabalho desejável para todos os trabalhadores, é imprescindível atentar para as iniquidades em saúde a partir tanto do trabalho como da inserção, concluem Giatti e Barreto (2006), posto que para os com inserção precária haja uma perda de proteção social e trabalhista.

Tabela 11. Tipo de contrato, carga horária semanal e tempo de serviço dos profissionais afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.

Tipo de Contrato	Estatutário		Temporário	
	N	%	N*	%
<i>Carga Horária de Trabalho</i>				
120 h mês/ 20 h semanais	08	4,3	04	5,0
180 h mês/ 30 h semanais	20	10,7	76	95,0
240 h mês/ 40 h semanais	159	85,0	-	-
<i>Total</i>	187	100,0	80	100,0
<i>Tempo de Trabalho no Hospital</i>				
< 12,5 anos	26	14,1	80	100,0
≥ 12,5 anos	159	85,9	-	-
<i>Total</i>	185	100,0	80	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

5.3.1 CARACTERÍSTICA DE TIPO DE CONTRATO E AS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA

Os profissionais que se afastaram por doença eram predominantemente estatutários, apresentavam vínculo permanente com o hospital, maior tempo de serviço no hospital e uma maior carga horária de trabalho semanal (40 horas semanais).

Entre os trabalhadores estatutários, afastados por doença, 90,4% (169) são do sexo feminino e entre os temporários 92,5% (74). Em relação à situação conjugal, dos trabalhadores afastados por doença estatutários, 53,6% (96) eram casados, entre os trabalhadores temporários observou-se a mesma freqüência entre casados e solteiros 48,7% (37) respectivamente. Com relação à idade dos trabalhadores estatutários, afastados por doença, 78,8% (145) tinham idade igual ou superior a 40 anos, corroborando com o tempo de serviço, que na sua maioria era superior a 12 anos (Tabela 11). Entre os temporários 82,1% (64) tinham idade inferior a 40 anos. Em relação ao número de filhos, dos trabalhadores afastados por doença, observou-se a predominância de até dois filhos entre os Estatutários e os Temporários com freqüências de 88,2 % (82) e 90,5% (19) respectivamente (Tabela 12).

Assim, sobre o perfil sócio-demográfico dos profissionais afastados por doença no período estudado, relacionado ao tipo de contrato, o que diferenciou basicamente o profissional de saúde estatutário do temporário foi a faixa etária, os primeiros no ápice da maturidade, com idade igual e superior a 40 anos, com idade mínima de 27 e máxima de 70, média de $46 \pm 7,6$ anos, envelhecendo na Instituição, conforme anteriormente observado, “[...] trabalhamos e envelhecemos, ou melhor, envelhecemos enquanto trabalhamos, muitas vezes sem a consciência do processo” (BRÊTAS, 1997, p. 62).

Segundo Raffone e Hennington (2005), existe a possibilidade de redução da capacidade para o trabalho à medida que o indivíduo envelhece exercendo suas atividades. Esse processo pode agravar-se no ambiente hospitalar em virtude das suas particularidades e das precárias condições de trabalho a que são submetidos os profissionais de saúde, especialmente na rede pública.

Os trabalhadores afastados por doença com contrato temporário apresentavam predominantemente idade inferior a 40 anos, com mínima de 21 e máxima de 54, média de $32 \pm 7,4$ anos, faixa etária usualmente contratada, absorvida pelo mercado formal de trabalho sem as discriminações impostas àqueles com mais de 40 anos (ANTUNES, 2000; CASTEL, 1998; GRAVE, 2002; TAVARES, 2004).

Tabela 12. Tipo de Contrato e variáveis sócio-demográficas dos trabalhadores de saúde afastados por doença de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.

Variáveis	Estatutário		Temporário	
	N*	%	N*	%
<i>Sexo</i>	187	100,0	80	100,0
Masculino	18	9,6	06	7,5
Feminino	169	90,4	74	92,5
<i>Situação conjugal</i>	179	100,0	76	100,0
Solteiro	72	40,2	37	48,7
Casado	96	53,6	37	48,7
Viúvo	04	2,2	-	-
Outros	07	3,9	02	2,6
<i>Idade</i>	184	100,0	78	100,0
< 40 anos	39	21,2	64	82,1
≥ 40 anos	145	78,8	16	17,9
<i>Número de Filhos</i>	93	100,0	21	100,0
≤ 2	82	88,2	19	90,5
> 2	11	11,8	02	9,5

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

5.3.2 SEXO E CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA

Entre os trabalhadores afastados por doença, tanto nos estatutários como nos temporários, o sexo feminino apresentou-se predominante (Tabela 12).

Em relação à carga horária semanal de trabalho observou-se pequena diferença entre os sexos. Entre os trabalhadores do sexo masculino, 45,9% (11) dos profissionais estudados trabalhavam 40 h semanais, 33,3% (8) trabalhavam 30 h semanais e 20,8 (5) 20 horas semanais. Entre os trabalhadores do sexo feminino 60,9% (148) das profissionais trabalhavam 40 h semanais, 36,2% (88) 30 h e apenas 2,9% (7) com 20 horas semanais (Tabela 13).

Neste hospital, portanto, entre os profissionais afastados por doença estudados, observou-se que as mulheres trabalhavam mais horas no hospital, aumentando o volume de trabalho, a sobrecarga física, que é reconhecidamente pesada neste tipo de instituição e para este grupo de trabalhadores, predominantemente feminino e pertencente à categoria de enfermagem (Tabela 13) (SILVA; MARZIALE, 2006; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS E COLABORADORES, 2003).

Na sociedade ocidental, as mulheres são destinadas às atividades consideradas de menor risco, com menos chances de promoção e com baixos salários. Espera-se das mulheres que sejam meigas, devotadas, responsáveis e passivas, perfil adequado ao profissional de saúde e que sejam capazes de realizar duplas jornadas e vários tipos de tarefas simultaneamente, com uma extensa e extenuante jornada sem queixar-se, o que por certo levará a um desgaste prolongado e danos à sua saúde (ANDRADE, 1997; ROMITO, 1997)

Entre os profissionais afastados por doença em relação ao tempo de serviço no hospital, não foi observada diferença entre os sexos. O tempo de trabalho predominante foi superior a 12,5 anos (≥ 150 meses) de atividade, com 60,9% (14) dos homens e 59,1% (145) das mulheres (Tabela 13).

Tabela 13. Sexo, carga horária e tempo de trabalho dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.

Variável	Masculino		Feminino	
	N	%	N*	%
<i>Carga Horária de Trabalho</i>	24	100,0	243	100,0
120 h mês/ 20 h semanais	05	20,8	07	2,9
180 h mês/ 30 h semanais	08	33,3	88	36,2
240 h mês/ 40 h semanais	11	45,9	148	60,9
<i>Tempo de Trabalho no Hospital</i>	23	100,0	242	100,0
Menos de 12,5 anos	09	39,1	97	40,1
Mais de 12,5 anos	14	60,9	145	59,9

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

5.3.3 CARACTERÍSTICA DE TIPO DE CONTRATO, CATEGORIA PROFISSIONAL E SETOR DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA.

Considerando ainda os profissionais afastados por doença segundo o tipo de contrato, estatutário e temporário, encontrou-se entre os estatutários uma frequência de 67,4% (126) de Auxiliares de Enfermagem, 12,3% (23) de Enfermeiros, 8,0% (15) de técnicos de Laboratório, 4,8% (9) de médicos e 2,1% (4) de Técnicos de RX (Tabela 14).

Entre os trabalhadores afastados por doença de contrato temporário, encontrou-se uma frequência de 56,3% (45) de Auxiliares de Enfermagem, 23,8% (19) de Enfermeiros, 6,3% (5) de Fisioterapeutas, 5,0% (4) de Técnicos de Laboratório e de Técnicos de RX e Psicólogos, ambos, com 3,8% (3) dos casos (Tabela 14).

Esse resultado revelou que entre os trabalhadores afastados por doença, os Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiros foram as categorias profissionais mais afastadas neste hospital no período estudado, sejam eles do quadro permanente ou do grupo de trabalhadores com contratos temporários.

Tabela 14 Tipo de Contrato e Categoria Profissional dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006

Categoria Profissional	Estatutário		Temporário	
	N	%	N	%
Auxiliar de enfermagem	126	67,4	45	56,2
Enfermeiro	23	12,3	19	23,7
Técnico de Laboratório	15	8,4	04	5,0
Médico	09	4,8	-	-
Técnico de RX	04	2,1	03	3,8
Fisioterapeuta	-	-	05	6,3
Psicólogo	-	-	03	3,8
Outras	10	5,3	01	1,2
Total	187	100,0	80	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Agora observando a categoria profissional dos trabalhadores de saúde afastados por doença segundo tipo de contrato, encontrou-se que 73,7 % (126) dos auxiliares de enfermagem apresentavam tipo de contrato Estatutário, o mesmo ocorrendo com os enfermeiros e com os técnicos de laboratório, com 54,8 % (23) e 78,9 % (15) respectivamente (Tabela 15). Portanto, como do quadro permanente, trabalhadores que mais facilmente entregam atestado médico para justificar afastamento.

Tabela 15 Categoria Profissional dos profissionais de saúde afastados por doença e Tipo de Contrato em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006

Tipo de Contrato	Auxiliar de Enfermagem		Enfermeiro		Técnico de Laboratório	
	N	%	N	%	N	%
Estatutário	126	73,7	23	54,8	15	78,9
Temporário	45	26,3	19	45,2	04	21,1
Total	171	100,0	42	100,0	19	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Sobre o Setor de Trabalho, observou-se que entre os profissionais afastados por doença, com tipo de contrato Estatutário, 32,6% (61) trabalhavam na Emergência, 7,5% (14) na UTI – Adulto, 7,0% (13) Laboratório, 6,4% (12) no CME e C.O., ambos com os mesmos percentuais. Entre os trabalhadores afastados por doença de contrato Temporário, destacou-se que 23,7% (19) trabalhavam na Emergência, 13,8% (11) na UTI – Adulto, 13,8% (11) na Clínica Cirúrgica, 12,5% (10) na Clínica Médica e 6,3% (5) na Clínica Pediátrica e Laboratório os dois com a mesma frequência (Tabela 16).

Portanto, observou-se que entre os trabalhadores afastados por doença no período estudado, tanto entre os Estatutários como os temporários, predominou o adoecimento no setor de Emergência e na UTI, setores com carga de trabalho em regime de plantão, que demandam maior concentração, esforço e qualificação dos trabalhadores. Entretanto, foi observado entre os trabalhadores afastados por doença, no grupo de contrato temporário, uma frequência elevada de adoecimento nos setores de clínica cirúrgica, médica e pediátrica, para onde são deslocados os profissionais com menor experiência, como os auxiliares de enfermagem e enfermeiros (SILVA; MARZIALE, 2006; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS E COLABORADORES, 2003; FARIA E COLABORADORES, 2005).

Tabela 16 Tipo de Contrato e Setor de Trabalho dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006

Setor de Trabalho	Estatutário		Temporário	
	N	%	N	%
Emergência	61	32,6	19	23,7
UTI – Adulto	14	7,5	11	13,8
Laboratório	13	7,0	05	6,3
CME	12	6,4	-	-
C. O.	12	6,4	-	-
Clínica Cirúrgica	04	2,1	11	13,8
Clínica Médica	02	1,1	10	12,5
Clínica Pediátrica	06	3,2	05	6,2
Outros	63	33,7	19	23,7
Total	187	100,0	80	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Em relação às perdas observadas neste estudo, sobre as características de trabalho não foram expressivas, só houve perdas na variável Tempo de Trabalho no Hospital. O Tipo de Contrato e Carga Horária Semanal de Trabalho dos profissionais de saúde que adoeceram a inexistência de perdas deve-se ao Documento da SESAB (Quadro 3). No Projeto de Pesquisa estava previsto, junto com as variáveis apresentadas, descrever o número de plantões trabalhados semanalmente pela equipe de saúde, contudo, o Setor de Pessoal não dispunha também desses dados, nem nas pastas cadastrais dos servidores como também no documento que recebe da Secretaria.

Cabe destacar, que a escolha desse setor e seus documentos como fonte de dados para a pesquisa, se deu em virtude do referido Hospital não dispor de um Serviço de Saúde Ocupacional. Dessa forma, não havia atendimento médico para os trabalhadores na unidade, como não havia um Departamento de Recursos Humanos, cujas atividades pertinentes estavam divididas entre o Setor de Pessoal e de Educação Continuada.

Quadro 3: Respostas Válidas e Perdas apresentadas para a variável Características de Trabalho dos profissionais de saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005-2006

Variáveis	Tipo de Contrato	Carga Horária	Tempo de Hospital	Plantão Semanal
N	267	267	265	-
Perdas	-	-	2	267

5.4 CARACTERÍSTICAS DOS ATESTADOS MÉDICOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA

Cabe destacar que esta descrição se refere aos 617 atestados médicos dos profissionais de saúde afastados por doença, arquivados no Setor de Pessoal do hospital pesquisado. Deve-se apontar que as perdas de informações observadas se devem aos mesmos motivos anteriormente expostos neste trabalho.

Na caracterização do absenteísmo por doença, inicialmente, será descrito, o tempo de afastamento, cuja média encontrada no período estudado foi de $4,5 \pm 4,4$ dias. Destes 76,2% (469) foram de afastamentos de até cinco dias, esse número, talvez, se explique pelo fato de que na Instituição, um Atestado Médico com mais de 05 dias, deve ser entregue junto com um Relatório Médico, justificando o afastamento. Assim, esse resultado pode indicar, que os funcionários solicitem ao médico um atestado que não ultrapasse esse período. Também foi encontrado, com frequência, de 29,9% (184) atestado para 01 dia; 16,9% (104) para 02 dias e 10,2% (63) de 15 dias. Superior a esse período não foi considerado para essa pesquisa (Tabela 17).

Silva e Marziale (2006) encontraram uma predominância de 01 ou 02 dias e também apontaram que esse período de afastamento se justifica no hospital estudado por não ser exigida a perícia médica. No estudo de Barboza e Soler (2003), encontrou-se um período de 01 a 10 dias de afastamento. Pitta (2003) e Silva (1999) encontraram um período de 01 a 14 dias, como o de Bittencourt (1993) que encontrou de até 15 dias.

Reis e Colaboradores (2003) apontam que a curta duração do afastamento pode informar tanto o estado de saúde de um grupo de trabalhadores, como pode ser relacionado à

organização do trabalho, a exemplo da duração de jornada, turnos, autonomia, entre outros, situações comumente encontradas nos hospitais.

Tabela 17 Dias de afastamentos por doença dos profissionais de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006

Variável	N*	%
<i>Dias de Afastamento</i>	616	100,0
01 dia	184	29,9
02 dias	104	16,9
03 dias	94	15,3
04 dias	42	6,8
05 dias	45	7,3
15 dias	63	10,2
Outros	84	13,6

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Com relação às doenças que mais motivaram afastamento nos trabalhadores de saúde, segundo grupo de causas do CID 10, foi encontrado 20,5% (120) por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Capítulo XIII), 13,4% (78) de doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), 9,8% (57) de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Capítulo XXI), 8,7% (51) de doenças do aparelho geniturinário (Capítulo XIV), de 6,7% (39) de lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (Capítulo XIX) e 6,2% (36) de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Capítulo XVIII) (Tabela 18).

Neste estudo não foi encontrada significativa ocorrência de afastamentos por manifestações psíquicas, mesmo com profissionais de saúde trabalhando em hospital, ambiente estressante, doloroso e com muito sofrimento mental (PITTA, 2003), o que pode ser em função de que essas doenças necessitem de afastamentos de longa duração, não pesquisados pela opção feita aos afastamentos de curta duração, de até 15 dias.

Vale destacar que 94,4% (584) dos Atestados Médicos emitidos apresentavam o CID 10 e apenas 5,7% (35) não o apresentavam, podendo, nesses casos, corresponder à vontade do

trabalhador de não ter sua doença revelada para terceiros, como também o documento ter sido aceito nesta situação (sem o CID) pelo Setor de Pessoal do Hospital. Silva e Marziale (2006), também destacaram o fato de alguns atestados sem o CID, sob a alegação de ser um direito do trabalhador, para não ser exposto.

Tabela 18 Doenças que motivaram o afastamento nos profissionais de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006

Variável	N*	%
<i>Doenças Segundo CID 10</i>	584	100,0
Osteomusculares	120	20,5
Respiratórias	78	13,4
Exames Clínicos	57	9,8
Geniturinárias	51	8,7
Envenenamento/Causas Externas	39	6,7
Fatores Indefinidos	36	6,2
Outros	203	34,7

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Assim, as principais doenças que mais motivaram o afastamento neste hospital estudado, foram as do sistema osteomuscular, seguidas de doenças do aparelho respiratório, de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde e geniturinárias, também encontradas nos estudos de Jorge (1995), de Marziale (1995), de Silva e Colaboradores (1999), de Bellusci e Fischer (1999), de Silva e Marziale (2006), de Barboza e Soler (2003), de Reis e outros (2003), de Duran e Cocco (2004), de Raffone e Hennington (2005).

Mas, em relação às doenças osteomusculares cabe destacar a influência que a organização do trabalho tem sobre estas, pois são, sobretudo, conseqüência de uma sobrecarga física e emocional, típicas do setor saúde e, especialmente, dos hospitais. E segundo Assunção (2003, p. 11)

As características da organização do trabalho, que influenciam a saúde das pessoas por meio de mecanismos psicofisiológicos conhecidos, são

consideradas exigências psicológicas ou fatores psicossociais. Mesmo referindo-se a diferentes aspectos de situação de trabalho, utilizando-se de instrumentos particulares a cada estudo, com resultados que compõem um leque variado de problemas de saúde, está certo haver um efeito direto dos fatores psicossociais sobre o sistema músculo-esquelético.

Não obstante a sobrecarga física e emocional que corroboram para doenças osteomusculares, esse estudo encontrou entre os trabalhadores afastados por doença uma elevada média de idade $41,6 \pm 9,7$ anos, de tempo de trabalho destes no referido Hospital de $12,7 \pm 8,9$ anos e de carga horária de trabalho semanal, posto que 59,5% (159) trabalhavam 40 h semanais.

Portanto, como esses profissionais estudados estão envelhecendo, principalmente em relação ao tempo de serviço, e, segundo Raffone e Hennington (2005), considerando que o envelhecimento funcional é a perda da capacidade para o trabalho e que, na maioria das vezes, começa a ser percebida antes do envelhecimento cronológico, a promoção da capacidade para o trabalho pode diminuir ou até mesmo prevenir o adoecimento e a incapacidade, assim como a aposentadoria precoce.

Observou-se também entre as principais doenças o número de dias de afastamentos promovidos pelas mesmas. Para os afastamentos de apenas 01 dia destacaram-se as doenças respiratórias com 18,3% (31) das ocorrências, seguida de exames clínicos com 15,4% (26). Nos afastamentos de 02 dias destacaram-se as doenças osteomusculares com 19,0% (19) e respiratórias com 17,0 (17) das ocorrências. As respiratórias aparecem mais nos curtos afastamentos de 01 a 03 dias, mas à medida que aumentam os dias de afastamento há um claro predomínio das doenças osteomusculares, em 05 dias de afastamento elas tiveram uma ocorrência de 22,7 (10) e em 15 dias de afastamento apareceram com 17,9% (10) das ocorrências (Tabela 19).

Cabe destacar que as maiores frequências de dias de afastamentos observados foram de 01 e de 02 dias, com 28,9% (169) e 17,2% (100) respectivamente (Tabela 19). No estudo de Silva e Marziale (2006), também houve predomínio de 01 a 02 dias de afastamentos, mesmo observado nos estudos de Barboza e Soler (2003) e de Reis e colaboradores (2003).

Tabela 19 Doenças e Dias de afastamentos dos profissionais de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006

Doenças/ Dias de Afastamento	01 dia		02 dias		05 dias		15 dias	
	N*	%	N*	N*	%	%	N*	%
DSO	11	6,5	19	19,0	10	22,7	10	17,9
DSR	31	18,3	17	17,0	05	11,4	-	-
Exames clínicos	26	15,4	14	14,0	06	13,6	-	-
DSGUR	25	14,8	06	6,0	02	4,5	05	8,9
Outras	76	45,0	44	44,0	21	47,8	41	73,2
Total	169	100,0	100	100,0	44	100,0	56	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

DSO = Doenças do Sistema Osteomuscular; DSR = Doenças do Sistema Respiratório; DSGUR = Doenças do Sistema Geniturinário

5.4.1 CARACTERÍSTICA DOS ATESTADOS MÉDICOS, CATEGORIA PROFISSIONAL E SETOR DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA.

Observando os atestados médicos com as três categorias que mais se afastaram, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e técnico de laboratório, com as doenças motivadoras deste, observou-se que as doenças que mais motivaram o afastamento do trabalho nas três categorias também foram as osteomusculares e respiratórias, nessa ordem.

Dos atestados médicos estudados dos Auxiliares de Enfermagem, estes apresentaram frequência de 22,8% (86) de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Capítulo XIII), 14,6% (55) de doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), 9,5% (36) de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Capítulo XXI), 9,3% (35) de doenças do aparelho geniturinário (Capítulo XIV), 6,9% (26) de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Capítulo XVIII) (Tabela 20).

Dos atestados médicos estudados dos Enfermeiros, foram 15,1% (14) por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Capítulo XIII), 12,9% (12) por doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), 10,8% (10) por doenças do aparelho geniturinário (Capítulo XIV), 9,7% (9) por algumas doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo 1) e 9,7% (9) por fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Capítulo XXI) (Tabela 20).

Sobre as doenças osteomusculares e a categoria de enfermagem, parte da literatura consultada associa o adoecimento com as condições de trabalho, traduzida nas palavras de Raffone e Hennington (2005, p.675) quando destacam

O fato da doença músculo-esquelética ter tido uma prevalência maior no grupo com reduzida capacidade para o trabalho pode ser explicado pelo fato de que o profissional de enfermagem tem uma sobrecarga tanto física como emocional no desempenho de suas tarefas.

Dos atestados médicos estudados dos Técnicos de Laboratório, estes apresentaram 15,6% (7) de atestados identificando doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Capítulo XIII), 13,3% (6) de doenças do aparelho respiratório (Capítulo X), 13,3% (6) de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Capítulo XXI), 8,9% (4) de doenças do sistema nervoso (Capítulo VI) e mesmo percentual de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Capítulo XVIII) (Tabela 20).

Sobre o Grupo de Doenças do Sistema Neurológico e Transtornos Mentais é importante destacar que houve uma baixa ocorrência de afastamentos de 1,1% (04) entre os Auxiliares de Enfermagem e de 1,1% (01) entre os Enfermeiros, mas entre os Técnicos de Laboratório observou-se uma ocorrência de 8,9% (04) de afastamentos por doenças desse grupo. Reitera-se que não foram encontrados estudos sobre esta categoria.

Tabela 20 Categoria Profissional e Doenças que motivaram o absenteísmo dos Profissionais de Saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.

Doenças/ Categoria Profissional	Auxiliar de Enfermagem		Enfermeiro		Técnico de Laboratório	
	N*	%	N*	%	N*	%
DSO	86	22,8	14	15,0	07	15,5
DSR	55	14,6	12	12,9	06	13,3
Exames clínicos	36	9,5	9	9,7	06	13,3
DSGUR	35	9,3	10	10,8	03	6,7
Enven./C. Externas	20	5,3	07	7,5	03	6,7
DMN	26	6,9	04	4,3	04	8,9
DIP	17	4,5	09	9,7	03	6,7
DSNTM	04	1,1	01	1,1	04	8,9
Outras	99	26,0	27	29,0	09	20,0
Total	378	100,0	93	100,0	45	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

DSO = Doenças do Sistema Osteomuscular; DSR = Doenças do Sistema Respiratório; DSGUR = Doenças do Sistema Geniturinário; DMN = Doenças Mal Definidas; DIP = Doenças Infecciosas e Parasitárias; DSNTM = Doenças do Sistema Neurológico e Transtornos Mentais.

Observando os setores de trabalho onde mais ocorreram os afastamentos, como Emergência, UTI – Adulto e Laboratório, com as doenças mais diagnosticadas como as osteomusculares, respiratórias, geniturinárias e exames clínicos, verificou-se o predomínio das doenças osteomusculares na Emergência com 25,5% (41) e das respiratórias com 14,3% (23) das ocorrências, na UTI – Adulto destacaram-se as geniturinárias com 16,9% (10) e respiratórias com 13,6% (8) e no Laboratório predominaram as osteomusculares e os exames clínicos, ambas com 16,2% (6) das frequências (Tabela 21).

A Emergência, por razões já apontadas neste estudo, como elevada sobrecarga física e emocional, precárias condições de trabalho, plantões, falta de material, de pessoal, entre outras, favorecem, principalmente, o adoecimento dos trabalhadores por doenças osteomusculares. A UTI – Adulto, pelo ambiente frio e isolado, de alta responsabilidade para a equipe, pode levar, portanto, ao adoecimento por doenças respiratórias e geniturinárias.

E o Laboratório por estar inserido num hospital, devendo apresentar as mesmas condições de precariedade, falta de pessoal, de material, plantões, entre outros.

Tabela 21 Setor de Trabalho e as doenças que motivaram o absenteísmo dos Profissionais de Saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.

Doenças/Setor de Trabalho	Emergência		UTI – Adulto		Laboratório	
	N	%	N	%	N	%
DSO	41	25,5	05	8,5	06	16,2
DSR	23	14,3	08	13,6	04	10,9
Exames clínicos	09	5,6	07	11,9	06	16,2
DSGUR	13	8,0	10	16,9	03	8,1
Outras	75	46,6	29	49,1	18	48,6
Total	161	100,0	59	100,0	37	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

DSO = Doenças do Sistema Osteomuscular; DSR = Doenças do Sistema Respiratório; DSGUR = Doenças do Sistema Geniturinário.

5.4.2 CARACTERÍSTICA DOS ATESTADOS MÉDICOS E AS CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AFASTADOS POR DOENÇA

Em relação ao tipo de contrato e as doenças que motivaram o absenteísmo, obteve-se que entre os afastamentos por doença ocorridos em profissionais estatutários, 24,0% (101) se afastaram do trabalho por doenças osteomusculares, 10,0% (42) por doenças respiratórias e 8,8 % (37) para a realização de exames clínicos. Em relação aos afastamentos por doença entre profissionais de contrato temporário – REDA, 22,1% (36) se afastaram por doenças respiratórias, 12,3% (20) para realização de exames clínicos e 11,7% (19) por doenças osteomusculares (Tabela 22).

Esse resultado aponta que os estatutários, com maior tempo de serviço, maior média de idade, da equipe fixa, portanto, constantemente submetidos às precárias condições de trabalho, e com reconhecida elevada sobrecarga física e emocional, contribuiriam com uma

freqüência maior de afastamento do trabalho por doenças osteomusculares, apontada pela literatura consultada como doenças que podem ser relacionadas ao trabalho.

Tabela 22 Tipo de contrato e doenças que motivaram o absenteísmo na equipe de saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006

Doenças/ Tipo de Contrato	Estatutário		Temporário	
	N*	%	N*	%
Osteomusculares	101	24,0	19	11,7
Respiratórias	42	10,0	36	22,1
Exames Clínicos	37	8,8	20	12,3
Outras	241	57,2	88	53,9
Total	421	100,0	163	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Observando carga horária semanal trabalhada e as doenças que motivaram os absenteísmos dos profissionais de saúde estudados, foi encontrado que entre os trabalhadores com jornada de 40 e 20 h semanais a doença que mais motivou o afastamento foi do grupo das osteomusculares com 24,9% (91) e 23,8% (5), respectivamente, e na de 30 h com 19,2% (38) as respiratórias (Tabela 23).

Esses dados corroboram com o encontrado em relação ao tipo de contrato, os estatutários que, em sua maioria, trabalham 40 h semanais, e nas duas situações separadamente encontrou-se a freqüência mais elevada das doenças osteomusculares para estatutários e para jornada de 40 horas.

Tabela 23 Carga horária semanal trabalhada e as doenças que motivaram o absenteísmo dos profissionais de saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.

Doenças/ Carga Horária Semanal	20 h		30h		40h	
	N	%	N	%	N	%
DSO	05	23,8	24	12,1	91	24,9
DSR	01	4,8	38	19,2	39	10,7
Exames Clínicos	02	9,5	25	12,6	30	8,2
DSGUR	-	-	16	8,1	35	9,6
Outras	13	61,9	95	48,0	170	46,6
Total	21	100,0	198	100,0	365	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

DSO = Doenças do Sistema Osteomuscular; DSR = Doenças do Sistema Respiratório; DSGUR = Doenças do Sistema Geniturinário.

Observando tempo de trabalho no hospital dos profissionais afastados com as doenças que mais motivaram os afastamentos encontrou-se que entre no tempo igual e superior a 12,5 anos, se destacaram as doenças Osteomusculares com 14,4% (83), seguida das Geniturinárias com 9,3% (34), Respiratórias com 5,7% (33) e Exames Clínicos com 4,7% (32). Entre o tempo inferior a 12,5 anos se destacaram as doenças Geniturinárias com 8,0 (17), Respiratórias com 7,8 % (45) e Osteomusculares com 5,7% (33) (Tabela 24).

Dessa forma, as doenças osteomusculares foram as que mais motivaram afastamentos e as mais freqüentes entre os profissionais afastados por doença, com regime estatutário, com mais de 40 horas semanais de trabalho e com mais tempo de serviço no hospital. Entre os profissionais afastados por doença com contrato temporário e com 30 h semanais de trabalho, a principal causa de afastamento foram as doenças geniturinárias com 8,0% (17) e respiratórias com 7,8% (45) das ocorrências.

O adoecimento entre profissionais de saúde que trabalham em hospitais é um fenômeno há muito reconhecido, e neste hospital não foi diferente dado às inúmeras características ora descritas como o tempo de serviço, a carga horária de trabalho elevada e a precarização das suas condições, próprias de unidades hospitalares.

Diante das inadequadas condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores nos hospitais de muitos países, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), desde a década de 40, tem considerado o problema como tema de discussão e tem feito recomendações referentes à higiene e segurança com a

finalidade da adequação das condições de trabalho desses profissionais. Essas condições insatisfatórias estão relacionadas a fatores biológicos, físicos, químicos, psicossociais e ergonômicos, os quais podem causar danos à saúde dos profissionais que ali atuam (MARZIALE; ROBAZZI, 2000).

Tabela 24 Tempo de trabalho no hospital e as doenças que motivaram o afastamento dos profissionais de saúde em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.

Tempo de Hospital e Doenças	< 12,5 anos		≥ 12,5 anos		Total	
	N*	%	N*	%	N	%
Osteomusculares	33	5,7	83	14,4	116	20,1
Respiratórias	45	7,8	33	5,7	78	13,5
Exames Clínicos	25	2,1	32	4,7	57	9,9
Geniturinárias	17	8,0	34	9,3	51	8,8
Total	213	39,6	364	63,1	577	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

5.4.3 CARACTERÍSTICA DOS ATESTADOS MÉDICOS E A IDADE DOS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA

Em relação à idade, entre os profissionais afastados por doença que apresentavam idade igual ou superior a 40 anos, a principal causa de afastamento do trabalho foram as doenças osteomusculares com 13,6% (78) e entre os profissionais afastados com idade inferior a 40 anos apareceram as doenças respiratórias com 8,7% (50) (Tabela 25).

Outra discussão relevante a cerca de idade, servidor público estatutário, tempo de serviço e adoecimento é a dificuldade de inserção deste trabalhador no mercado privado. Sobre isso, Rebouças e Colaboradores (2007, p. 249) coloca que “em indivíduos mais velhos há uma tendência mais acentuada a permanecerem no serviço”, pois reflete que, quanto maior for a idade e o tempo de serviço, maior a dificuldade de mudar de emprego, como também de

desenvolver estratégias para enfrentar os problemas inerentes ao desempenho de suas atividades.

Tabela 25 Idade dos profissionais afastados por doença e as doenças que mais motivaram absenteísmos em um Hospital Público do Estado da Bahia, 2005/2006.

Idade dos Profissionais/ Doenças	< 40 anos		≥ 40 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Osteomusculares	39	6,8	78	13,6	117	20,4
Respiratórias	50	8,7	28	4,9	78	13,6
Exames Clínicos	22	3,8	32	5,6	54	9,4
Geniturinárias	17	7,4	34	9,9	51	8,9

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Os resultados, portanto, apontaram que os profissionais de saúde afastados por doença, cujo vínculo de contrato é do tipo permanente (estatutários), são mais velhos, 78,2% (145) com idade igual ou superior a 40 anos, têm mais tempo de serviço, 85,9 (159) igual ou superior a 12,5 anos, 85,0 % (159) trabalhavam com carga horária de 40 h semanais e foram mais acometidos das doenças osteomusculares, as doenças causadas, sobretudo, pelo desgaste e excesso de sobrecarga de trabalho.

Laurell e Noriega (1987 apud CORDEIRO,1993), em estudo também sobre trabalhadores e saúde, estratificaram os trabalhadores de acordo com o tempo de trabalho na siderúrgica, observando que os trabalhadores com maior tempo de trabalho apresentavam uma prevalência significativamente maior de várias patologias, ou seja, ainda que ambientes diferentes, siderúrgica e hospital, estabelecem-se a relação envelhecimento (idade e tempo de serviço) e adoecimento. Donde Cordeiro (1993, p. 370), em seu estudo, mesmo não sendo sobre trabalhador de saúde, mas com semelhanças ao encontrado neste trabalho, conclui que

Firmou-se uma associação positiva entre pressão arterial diastólica e idade, fato este bastante conhecido da literatura especializada. Além disso, outro achado, este ausente das discussões especializadas, foi a associação positiva

encontrada entre pressão arterial diastólica e tempo acumulado de trabalho, que chega a ter um caráter dose-resposta. Também importante foi a interação firmada entre idade e tempo acumulado de trabalho, que modula as duas associações acima referidas.

Entre os trabalhadores afastados por doença de contrato temporário, 82,1% (64) tinham menos 40 anos de idade, 100,0% (80) deles tinham tempo de serviço inferior a 12,5 anos, 95,0% (76) trabalhavam 30 h semanais e foram afastados do trabalho, principalmente, por doenças respiratórias.

5.4.4 CARACTERÍSTICA DE SEXO E OS ATESTADOS MÉDICOS DOS PROFISSIONAIS AFASTADOS POR DOENÇA

Observando o comportamento da variável sexo, buscou-se observar sua relação com o tempo de afastamento por doença, não sendo encontradas diferenças entre os trabalhadores afastados por doença, visto que 69,2% (36) dos homens e 76,8% (433) das mulheres se afastaram por até 05 dias (Tabela 26). Destacando, novamente, que tempo superior a esse, nessa instituição, deve ser justificado não apenas por atestado médico, mas tem que ser também comprovado por Relatório Médico, conforme explicado anteriormente.

Tabela 26 Dias de afastamento por doença segundo sexo dos profissionais de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.

<i>Dias de Afastamento</i>	Masculino		Feminino	
	N	%	N*	%
01 dia	11	21,2	173	30,7
02 dias	10	19,2	94	16,7
03 dias	11	21,2	83	14,7
Até 05 dias	36	69,2	433	76,8
15 dias	08	15,4	55	9,8
Total	52	100,0	564	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Observou-se também entre os trabalhadores afastados por doença do sexo masculino e do feminino, que a principal doença que motivou o afastamento do trabalho foram as do grupo osteomusculares com 28,0% (14) nos homens e 19,9% (106) nas mulheres. As outras doenças apresentaram diferenças entre os sexos, com o sexo masculino apresentando 14,0% (7) das do grupo de envenenamento/causas externas e o sexo feminino apresentando 14,2% (7) das respiratórias (Tabela 27).

É consenso na literatura consultada que os hospitais são caracterizados, freqüentemente, por uma estrutura formal e burocrática, dificultando a comunicação entre as pessoas, o trabalho interdisciplinar, além de expor seus trabalhadores a riscos de ordem biológica, física, ergonômica, mecânica, psicológica e social. Vindo daí o elevado índice de afastamentos por doença observados entre os profissionais de saúde, o que, segundo Carvalho (2001) apud Faria e colaboradores (2005, p. 19) aponta que “os absenteísmos dos funcionários trazem uma sobrecarga de trabalho aos demais, gerando um ciclo vicioso de desgaste e desajuste mental”.

Tabela 27 Doenças que motivaram o absenteísmo segundo sexo dos profissionais de saúde de um Hospital Público do Estado da Bahia, entre 2005/2006.

Doenças	Masculino		Feminino	
	N	%	N*	%
Osteomusculares	14	28,0	106	19,9
Respiratórias	04	8,0	76	14,2
Exames Clínicos	04	8,0	53	9,9
Geniturinárias	-	-	50	9,4
Envenenamento/Causas Externas	07	14,0	-	-
Fatores Indefinidos	-	-	34	6,4
Total	50	100,0	534	100,0

N* Resultados válidos, excluídas as perdas.

Assim, esse estudo revelou significativamente o afastamento por doença no grupo de enfermagem deste hospital e, especialmente, nos auxiliares, por ser, essencialmente, a maior equipe, composta de mulheres com idade igual e superior a 40 anos, do quadro permanente, terem tempo de serviço superior a 12,5 anos, trabalharem 40 horas semanais na Emergência e UTI de um Hospital Público, com reconhecida sobrecarga física e emocional, executando trabalhos manuais, pesados e repetitivos, por uma divisão fragmentada de tarefas, impostas por rígidas estruturas hierárquicas, exaustivamente apontados na literatura.

Deste modo, a existência nos serviços de saúde, no Hospital em particular, de condições de trabalho desencadeadoras de adoecimento, sofrimento, estresse e ansiedade é uma realidade não mais contestada (SILVA; MARZIALE, 2006, ROLLO, 2002, SATO, 20002, BARBOZA; SOLER, 2003, OSÓRIO, 2005, BRANT; MINAYO, 2006). No entanto, as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores reconhecidamente expostos a fatores estressantes e ansiogênicos são ainda pouco conhecidas, razão principal para realização deste estudo.

Tanto nos hospitais como nas outras organizações do trabalho é indiscutível a abordagem do processo saúde – doença na perspectiva de responsabilização do trabalhador sobre seu adoecimento, não relacionando com o próprio trabalho. Sobre isso, Assunção (2003, p. 5) aponta que:

No geral, as abordagens dos fenômenos de saúde relacionados ao trabalho citadas continuam frequentemente assentadas sobre a idéia de uma passividade dos trabalhadores face às condições de trabalho adversas. Os problemas de saúde ocupacional podem, todavia, ser analisados sob um novo ângulo, se consideramos, como sugerem Assunção & Lima (2003), que, em uma situação de trabalho, a nocividade está presente quando a organização do trabalho diminui as possibilidades do trabalhador evitar a exposição ao fator de risco (formalmente reconhecido ou não), por exemplo, ao impor um quadro temporal rígido para a realização das tarefas ou negligenciar o investimento dos trabalhadores para compensar os desequilíbrios das situações.

Assim posto, concordando com a autora, “frequentemente, é no imprevisto das situações de trabalho (pouco conhecidas dos organizadores da produção) que se situa a explicação dos problemas de saúde” (2003, p. 8). Como é indiscutível que os hospitais, especificamente, os públicos, foco do estudo, promovam transformações urgentes. Rebouças e Colaboradores (2007, p. 249) também estudando saúde do trabalhador de saúde em hospital público, coloca que:

É evidente a necessidade de mudanças por parte do poder público, especialmente no que diz respeito à ampliação de recursos humanos e materiais e à reforma das edificações. Outra modificação importante deve ser realizada na organização do trabalho, com o objetivo de propiciar a todos os profissionais a oportunidade de se envolverem em atividades de criação e implementação de projetos novos. As mesmas modificações podem ser direcionadas à redução do impacto do trabalho sobre a saúde e qualidade de vida dos profissionais.

Na área de Saúde do Trabalhador, predomina como questão norteadora avaliar o quadro de morbi-mortalidade dos trabalhadores. “Os estudos epidemiológicos que envolvem populações de trabalhadores têm se ocupado em pesquisar associações plausíveis, do ponto de vista fisiopatológico, entre patologias e supostos fatores de risco” (CORDEIRO, 1993, p. 363).

O quadro de saúde dos trabalhadores brasileiros revela uma preocupante realidade e há um consenso entre os estudiosos, da possibilidade de elevada subnotificação das doenças e agravos que acometem esse grupo populacional. Giannasi (1997) declara que a invisibilidade nas estatísticas oficiais do país está aumentando por conta da informalidade e precariedade dos vínculos empregatícios. Giatti e Barreto (2006, p.105) apontam que,

Ao considerar, não só o trabalho, assim como a inserção diferenciada, o desemprego e a exclusão do mercado de trabalho para investigar iniquidade em saúde, revela-se um importante aspecto das desigualdades pouco abordado nos estudos de saúde no Brasil. Concluindo, o aumento do desemprego, o crescimento dos vínculos precários de trabalho e do mercado informal, onde não há proteção previdenciária, nem trabalhista, reforçam a necessidade de que a situação no mercado de trabalho também seja considerada nos estudos das desigualdades em saúde.

Essa situação é agravada porque, em geral, a gestão do trabalho considera o adoecimento do trabalhador, seu afastamento do trabalho, como um motivo para não trabalhar, isto é, não se acredita que o trabalhador esteja realmente doente. E quando se constata de fato que o trabalhador está doente, procura-se não associar seu adoecimento com o trabalho (BRANT; MINAYO, 2006). Inclusive inicia-se um processo de discriminação, dos colegas de trabalho, dos médicos que encaram as queixas das pacientes com certo descaso, e até por parte da família (ASSUNÇÃO, 2003).

Segundo Scavone (1997), a doença profissional, portanto, além de todas as alterações importantes que provoca no trabalhador, na família do trabalhador, principalmente nas famílias administradas por mulheres, essa não associação ao trabalho, isenta os empregadores da responsabilidade pela doença do trabalhador, que permanece perigosamente invisível socialmente e dissipa suas implicações sociais, conclui a autora.

Deste modo, na atualidade, uma das mais graves repercussões provocadas por todas as transformações do mundo do trabalho, está nos danos e agravos à saúde do trabalhador. Essas transformações vêm provocando adoecimento e morte desse grupo populacional. A organização do trabalho é apontada por autores como Dejours (1992), como favorecedora do surgimento de doenças somáticas e psíquicas, mesmo na ausência de nocividade dos ambientes de trabalho, o que não é o caso dos hospitais, local reconhecido como uma das organizações que oferecem uma das piores condições de trabalho (GASPAR, 1997).

Portanto, essa realidade do trabalhador brasileiro não se faz diferente ou minimizada no setor saúde, ao contrário, para o mesmo autor, essa situação é comum a todos os seus profissionais, tanto entre os que desempenham cargos administrativos como entre os que desenvolvem atividades assistenciais.

Sobre esse estudo, convém esclarecer que se a etapa de sensibilização tivesse sido maior e não tão próxima da etapa de distribuição dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, a divulgação e aceitação poderiam ser maiores do que foi, porém, destacando que a pesquisadora sendo também da equipe de saúde do hospital fez diminuir quase que totalmente as recusas. Entre aqueles que se recusaram, percebeu-se o

constrangimento de assumirem que adoeceram e a desconfiança de que a pesquisa fosse institucional para prejudicá-los, se considerados doentes e faltosos. Nos de vínculo permanente, supõe-se que seja pelo receio de remanejamento para setores e atividades que não lhes agradassem. Nos de vínculo temporário, o medo de cancelamento de contrato, algumas vezes verbalizados pelos próprios funcionários.

O presente trabalho, portanto, discorreu sobre os afastamentos por doença de Trabalhadores de Saúde em um Hospital Público, agravados pelas características próprias do ambiente hospitalar. O caminhar pressupõe um processo de construção e reconstrução de outro modo de vivenciar nas grandes corporações e, entre estas, os hospitais, definindo, assim, caminhos de futuro a partir da história.

Todos, de uma forma de ou outra, estamos contribuindo para a construção de uma nova perspectiva e compromisso de que não é necessário adoecer pelo trabalho, muito menos morrer pelo trabalho, e quiçá nem viver pelo trabalho... Há, sem dúvida, outras formas prazerosas de viver a vida. Este é o sonho, que podemos começar a transformar em realidade hoje, e que podemos sonhar juntos.

**Os homens só podem compreender um livro profundo,
depois de terem vivido pelo menos, uma parte daquilo que
ele contém. (Ezra Pound)**

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme desenhado nos objetivos desta pesquisa, os resultados revelaram que os Profissionais de Saúde afastados por doença em um Hospital Público do Estado da Bahia, no período de 1º de julho de 2005 a 30 de junho de 2006, são predominantemente do sexo feminino.

Além dessa característica, destacou-se, neste estudo, a faixa etária dos trabalhadores afastados por doença, que apresentavam idade igual e superior a 40 anos, como, também, o tempo de serviço no hospital predominantemente com o tempo de trabalho igual e superior a 12,5 anos.

Associado a essas características está o vínculo de trabalho que, neste estudo, apontou entre os trabalhadores afastados por doença o predomínio do vínculo estatutário e permanente. Também foi observado o predomínio da jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Entre os setores de trabalho destacaram-se Emergência e UTI, como os locais onde mais atuavam a maioria dos trabalhadores afastados por doença no período estudado.

Com relação ao grupo profissional dos trabalhadores de saúde afastados por doença, os resultados apontaram a predominância dos profissionais de Enfermagem dentre aqueles que se afastaram no período estudado. Os resultados apontaram, ainda, que o grupo de Enfermagem apresentou a segunda maior incidência de afastamento por doença, dentre todos os grupos que atuavam no hospital estudado. Esse resultado, por fim, indica um maior risco de afastamento por doença nesse grupo de trabalhadores.

Encontrou-se como tempo médio de afastamento por doença, o período de $4,5 \pm 4,4$ dias, portanto, um tempo de afastamento muito expressivo.

Sobre as doenças que mais motivaram o afastamento dos trabalhadores de saúde do hospital público estudado, foram encontradas as do sistema osteomuscular, seguidas de doenças do aparelho respiratório e de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Os resultados apresentados estimulam os pesquisadores a realizarem novas investigações para identificar situações de risco, geradoras de doenças entre os trabalhadores

de saúde que atuam em ambientes hospitalares, como estimulam, também, propostas novas de práticas assistenciais para os hospitais, a partir, principalmente, de transformações das características do trabalho através de negociações cotidianas.

A atenção à saúde dos trabalhadores e, em especial, do trabalhador de saúde, revela-se em uma questão social importante, a merecer um esforço conjunto de trabalhadores de saúde, instituições de saúde e gestores públicos e privados.

Transformar, melhorar a qualidade das condições de saúde no trabalho, a partir do enfoque discutido, acarreta identificar os problemas em cada situação, com a participação efetiva dos sujeitos do processo de trabalho e replanejá-lo, o que envolve sempre um processo de negociação. Posto que as mudanças só acontecem quando os trabalhadores são protagonistas das mudanças, sujeitos capazes de enfrentar todos os conflitos postos, criando novas alternativas para enfrentar velhas situações, no dizer de Yamamoto (1999), é preciso ousar.

Dessa forma, como afirma Antunes (2005, p.190), “é possível empreender mudanças e resistências que no plano mediato incorporam as aspirações nascidas no interior da vida cotidiana da classe-que-vive-do-trabalho”.

Construir um novo paradigma sobre saúde do trabalhador significa, numa perspectiva sistêmica e integradora, considerar os próprios trabalhadores, assim como o ambiente no qual estão inseridos, numa busca de melhor qualidade de vida para aqueles que dependem da sua força de trabalho como a única forma de sobrevivência.

Consideramos que o trabalho apresentado não pode e não tem a pretensão de esgotar a discussão sobre como as características do trabalho do setor saúde em hospitais afetam a saúde do trabalhador. O que objetivamos é inaugurar novas discussões a respeito do tema, onde possamos vislumbrar a possibilidade de encontrar estratégias que promovam um equilíbrio entre a produção e a qualidade de vida e de saúde para esses trabalhadores.

Espera-se que os resultados desse estudo estimulem para este Hospital Público a criar e implantar um Serviço de Atendimento à Saúde do Trabalhador, conforme observado em outros hospitais estudados na literatura consultada, consciente, também, de que este serviço não acabará com o adoecimento do profissional de saúde, mas irá lhe assegurar um mínimo de assistência, promovendo ações curativas, de prevenção, promoção, reabilitação e readaptação.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B.; CABRAL, M. S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, 2003, p. 3-10.

ABRAHAO, J. I.; TORRES, C. C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel de mediação da atividade. *Prod.*, São Paulo, v. 14, n. 3, P. 67-76, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300008&lng=pt&nrm=ISO>. Acesso em: 14 Nov. 2007.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Fundamentos metodológicos da Epidemiologia. In: ROUQUAYROL Maria Zélia (Org.). *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

ANDRADE, M. L. A. G. A saúde no trabalho de homens e mulheres: uma visão de gênero. In: OLIVEIRA, Eleonora M. de; SCAVONE, Lucila (Org.). *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia: AB Editora, 1997, p. 29-38.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2000.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(4), 2003, p. 1005-1018.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB. *Agenda da Saúde*. Salvador, 2004.

BARBOSA, G. C., ET al. Mediação e Trabalho. *Pós – Graduação ECO/UFRJ*. Rio de Janeiro, 2001.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, SP, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?Script>>. Acesso em: 15 ago. 2006.

BELLUSCI, SM; FISCHER, FM. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Revista Saúde Pública*. V. 33, 1999, p. 602-9.

BITTENCOURT, C. M. *Doenças do Trabalho e o exercício de enfermagem*. Salvador, [Dissertação Mestrado], Escola de enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1993, 96p.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A. transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. V. 9, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?Script>>. Acesso em: 10 jul. 2006.

BRASIL, Centro Colaborador da OMS. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. CID-10 - Classificação Internacional de Doenças. São Paulo: Copyright 10; 1995.

_____, Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996*. Brasília DF, 1996.

_____, IBGE, *Pesquisa Mensal de Emprego de 2006*, 2007.

_____, Ministério da Saúde, *Políticas de Assistência ao Trabalhador de Saúde*, 2007. www.ministeriodasaude.gov.

BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e Trabalho. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (organização). *Trabalho, Saúde e Gênero na Era da Globalização*. Goiânia: AB Editora, 1997, p.61-67.

BULHÕES, I. *Riscos do Trabalho de Enfermagem*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Correio Carioca, 1988, 221p.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CECÍLIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

CHIAVENATO, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 7ª ed. São Paulo: Campos, 2005.

CORDEIRO, R. Associação da pressão arterial diastólica com o tempo acumulado de trabalho entre motoristas e cobradores. *Revista Saúde Pública*, v. 27, n. 5, 1993, p. 363-372.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Saúde Ocupacional*, v. 14, n. 54, 1986, p. 7-11.

_____ Introdução à Psicopatologia do Trabalho. *Tempo Social - Revista de Sociologia da USP*, v. 1, n. 2, 1989, p. 97-103.

_____ *Transtornos Mentales relacionados con el trabajo*. In: KALIMO, R.; ELBATAWI, M.; COOPER, C. *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Genebra: Organización Mundial de la Salud; 1990.

_____ *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DRUCK, M. G. *Terceirização: (des)fordizando a fábrica*. Salvador, BA: EDUFBA, 1999.

DUCCI, A. J. Produção Científica Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva de 1995 a 2004. *Acta Paul. Enferm.* V. 20. N. 2, 2007, p. 216-222.

DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 12, 2004, p. 43-9.

FARIA, A. C., ET al. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. *Arq Ciência Saúde*, v. 12, n. 1, jan./mar, 2005, p. 14-20.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro: Graal, 1981.

FUCS, G. B. *Homem/Mulher: Encontros e Desencontros*, 2. Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

GARCIA, J. C. La categoria trabajo en medicina. *Cuadernos Médicos Sociales*. V. 23, 1984, p. 15-23.

GASPAR, P. J. S. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectivas do enfermeiro do serviço de urgência. *Nursing*. Ed. Portuguesa. V. 10, n. 109, mar. 1997, p. 24.

GIANNASI, F. A. precarização do trabalho da mulher e seus impactos sobre a saúde. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (Org.). *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia: AB Editora, 1997, p. 81-86.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Revista Saúde Pública*, v. 40, n. 1, 2006, p. 99-106.

GRAVE, F. Trabalho, desemprego e Serviço Social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, ano 23, n. 69, mar., 2002.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional, Ed. Cortez, 1999.

JORGE, A. L. Motivos que levam os trabalhadores de enfermagem ao absenteísmo. *Acta Paul. Enfermagem*, São Paulo, v.8, n.1, jan./abr., 1995, p.39-46.

LARANJEIRA, S. M. G. Realidade do trabalho ao final do século XX. *Ser Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social do Dep. de Serviço Social da UNB, Brasília*, DF, n. 5, jul./dez., 1999.

LESSA, S. A. Centralidade Ontológica do Trabalho Em Lukács. *Revista Serviço Social e Sociedade*, Cortez Editora, "Mundo do Trabalho", n. 52, Ano XVII, Dez., 1996.

LUCKESI, C. ET al. *Fazer Universidade: uma proposta metodológica*. 10 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. *Trabalho: Fonte de Prazer ou Desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*, Tradução Mônica Saddy Martins, Campinas, São Paulo: PAPIRUS, 1999.

MARX, K. *Capital: uma crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural, 1996. V. 1, 496 p.

MARZIALE, M. H. P. Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar. Ribeirão Preto, [Tese Doutorado] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995. 155 p.

_____; MENDES, I. A. C. Promovendo saúde através da formação de recursos humanos: experiência da escola de enfermagem de ribeirão preto-usp, centro colaborador da OMS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, 1997, p. 97-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000300014&lng=pt&nrm=ISO>. Acesso em: 25 Nov. 2007.

_____ ; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. *Rev.latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, jan., 1998, p. 99-117.

_____ ; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. *Rev.latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, dez., 2000, p. 124-127.

MATOS, B. E. M. Incidentes Críticos do Absenteísmo em Situação de Trabalho Industrial. [Tese de Mestrado] Universidade Federal de Santana Catarina, 2003, 151 p.

MENDES, R. Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: Ateneu, 1995.

MERHY, E. E. *SAÚDE: a cartografia do trabalho vivo*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MONTAÑO, C. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2005.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. ET al. Condições de Trabalho e Saúde dos Médicos em Salvador, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 52, n. 2, p. 97-102, 2006 a.

_____. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2006 b, p. 131-140.

_____. Transformações no trabalho médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, maio/ago., 2005.

OLIVEIRA, E. M. Gênero, saúde e trabalho: um olhar transversal. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (Org.). *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiana: AB Editora, 1997. P. 1-14.

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, abr./jun., 1992, p. 150-156.

OSORIO, C.; MACHADO, J. M. H.; MINAYO-GOMEZ, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar./abr., 2005, p. 517-524.

PICALUGA, I. *Saúde e Trabalho*. Rio de Janeiro, Cortez; 1990.

PITTA, A. *Hospital, dor e morte como OFÍCIO*. 5ª edição, São Paulo: Hucitec, 2003.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absenteísmo em Usina Siderúrgica. *Rev. Brás. Saúde Ocos*. V. 10, n. 40, 1982, p. 62-67

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.4, 2005. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-9102005000400023&lng=pt&nrm=ISO. Acesso em: 20 Nov. 2007.

REIS, R. J. ET all. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-. Acesso em: 10 jul./ago. 2006.

RIBEIRO, J. C.; THOMAZ JÚNIOR, A. Geografia do trabalho e desenvolvimento desigual-combinado dos espaços mundiais: gênese e estrutura da. *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, v. 6, n. 119, 2002. Disponible em: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119-70.htm>. Acesso em: 10 jul. 2006.

REBOUÇAS, D. et al. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista Saúde Pública*, v. 41, n. 2, 2007, p. 244-50.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

ROMITO, P. Trabalho, Maternidade e Saúde: Algumas Notas Metodológicas. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (organização). *Trabalho, Saúde e Gênero na Era da Globalização*. Goiânia: AB Editora, 1997, p.15-27.

ROHR, C. A. O Planejamento dos postos de trabalho como um meio para reduzir o absenteísmo e rotatividade em organizações de pequeno porte. 2001. Disponível em: www.esag.udesc.br. Acesso em 18/07/01.

SANTANA, J. S. S. Pesquisa: técnicas de conhecimento da realidade. Texto da disciplina Metodologia da Pesquisa em Saúde. Feira de Santana (PPGSC): UEFS, 2006.

SANTOS, E. M.; ARAÚJO, T. M. Processo de Trabalho e saúde dos trabalhadores no hospital universitário professor Edgard Santos – HUPES. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 27, n.2, jul./dez, 2003, p. 155-168.

SANTOS, T. *Forças Produtivas e Relações de Produção*. 3. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, set./out., 2002, p. 1147-1166.

SCAVONE, L. Saúde e Gênero: Impactos na família das doenças profissionais causadas pelo uso do amianto. In: OLIVEIRA, E. M.; SCAVONE, L. (Org.). *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia: AB Editora, 1997, p. 39-50.

SILVA, D. M. P. P. *O adoecer dos trabalhadores de enfermagem: estudo dos problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo-doença em um hospital universitário*. [Dissertação Mestrado]. Ribeirão Preto, São Paulo: Escola de Enfermagem / USP, 1999.

_____; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v.8, n.5, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid >. Acesso em: 15 ago. 2006.

SPSSINC. SPSS Base 11.0 – applications guide. Chicago, EUA, 1991.

SILVA, E. S. *Crise Econômica, Trabalho e Saúde Mental in: Crise Trabalho e Saúde Mental no Brasil*. São Paulo: Traço Editora, 1986, p. 54-132.

_____. *Saúde Mental e Trabalho in: Cidadania e Loucura*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1987, p.217-288.

TAVARES, M. A. *Os fios (in) visíveis da produção capitalista: informalidade e precarização do trabalho*. São Paulo: Cortez, 2004.

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a), através deste documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, Patrícia Freitas Martins, Coordenadora do Projeto de Pesquisa “Absentéismo por doenças em trabalhadores de saúde de um hospital público do estado da Bahia, 2005”, pretendo lhe explicar com clareza sobre esta pesquisa que será realizada. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, este documento servirá como comprovante que sua aceitação foi de livre vontade.

Esta pesquisa investigará a ocorrência de doenças que motivaram o afastamento dos trabalhadores da equipe de saúde de um hospital público do estado da Bahia no ano de 2005, verificando possíveis associações entre características sócio-demográficas e do trabalho com as doenças que motivaram afastamento desses trabalhadores.

Os dados serão coletados a partir de sua ficha cadastral, do livro de protocolo do Setor de Recursos Humanos e do atestado médico emitido como justificativa para o afastamento do trabalho.

Gostaria de deixar bem claro, que as informações serão tratadas com sigilo e confidencialidade, impossibilitando a sua identificação. Você poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem necessidade de explicar a sua desistência, bem como poderá pedir informações sobre a pesquisa se assim julgar necessário.

Os resultados desta pesquisa estimularão a reflexão e discussão dos trabalhadores de saúde desse hospital sobre as suas condições de trabalho e saúde, e assim poderão contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Serão divulgados no hospital e para o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia, bem como em congressos e revistas científicas, sendo que a sua identidade jamais será revelada, pois as informações coletadas ficarão guardadas por cinco (05) anos na Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS.

Uma cópia desse documento ficará com o (a) senhor (a), onde consta o nome completo da pesquisadora responsável, seu endereço e telefone, para que possa ser consultada sobre qualquer dúvida ou problema referente à pesquisa.

**Patrícia Freitas Martins – Rua Juscelino Kubistechek, 205, Santa Mônica, FSA-BA.
Telefones: (75) 3625 3805; 8832 3647. E-mail: martinspf@hotmail.com.**

Peço-lhe que assine abaixo a sua autorização em participar da pesquisa, após a leitura e concordância com os termos desse documento.

Feira de Santana, de de 2007

Nome _____

Assinatura _____

ANEXO A

Feira de Santana, 31 de Julho de 2006

CI

Do: Setor Pessoal

Para: Patrícia Freitas Martins

Prezada Senhora,

Atendendo sua solicitação, estamos informando o quantitativo das categorias de Servidores abaixo relacionados.

Téc. Patologia Clínica -----	44
Aux. Enfermagem-----	420
Farmacêutico-----	19
Médicos-----	186
Enfermeiro-----	97
Odontólogo-----	10
Assistente Social-----	09
Fisioterapeuta-----	19
Téc. Radiologia-----	20
Psicólogos-----	04
Nutricionista-----	09
TOTAL-----	837

Coordenação do Setor de Pessoal (Nome da Instituição não será divulgado).

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO CEP

ANEXO C

AUTORIZAÇÃO DO HGCA

ANEXO D**RESOLUÇÃO CONSEPE**