

# Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária

## *Sickness absenteeism in employees in an public and university hospital*

Geraldo Majela Garcia Primo<sup>1</sup>, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro<sup>2</sup>, Emília Sakurai<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** O absenteísmo-doença, entendido como ausência no trabalho por motivo de doença, pode ser um indicador das condições de saúde dos trabalhadores, que por sua vez interfere na produção, aumenta o custo operacional e reduz a eficiência no trabalho. O hospital é conhecido como um ambiente insalubre, capaz de gerar agravos de natureza física e psíquica. Por sua diversidade de postos de trabalho e múltiplas categorias profissionais, permite estudos comparativos dentro da própria organização. **Objetivos:** Analisar os indicadores de absenteísmo por motivo de doença de uma organização hospitalar pelo período de um ano. **Métodos:** Analisaram-se todas as licenças-saúde iniciadas em 2006, dos 2790 trabalhadores de um hospital público universitário, contratados sob o regime estatutário ou celetista. **Resultados:** 1471 trabalhadores (52,1%) tiveram uma ou mais licenças durante o ano. O índice de absenteísmo foi de 5,3%. A taxa de severidade foi de 8,3 dias, a taxa de gravidade foi de 12,5 dias e o índice de frequência por trabalhador foi de 1,9. Os fatores de risco identificados foram: sexo feminino, vínculo estatutário, escolaridade fundamental e média, trabalho noturno, tempo de serviço, cargos de enfermagem e operacionais e setores de trabalho diferentes da administração. As nosologias mais frequentes foram as doenças respiratórias (curta duração), do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (curta e longa duração) e os transtornos mentais e do comportamento (longa duração). **Conclusões:** Os fatores de risco sócio-demográficos e da organização do trabalho influenciam nas estatísticas de absenteísmo. Sua identificação e monitoramento possibilitam a intervenção e melhoria das condições de trabalho.

**Palavras-chave:** Absenteísmo; Saúde do Trabalhador; Doenças Profissionais/epidemiologia; Hospitais Universitários/recursos humanos.

### ABSTRACT

*Introduction:* sick leave, taken as absence from work due to illness, may be an indicator of the health of workers, which in turn interferes with the production, increases the operating cost and reduces work efficiency. The hospital is known as an unhealthy environment, can generate physical and mental health problems. A diversity of jobs and many professional categories allow comparisons within the organization itself. *Objectives:* To analyze the rates of absenteeism due to illness in a hospital organization for one year. *Methods:* We analyzed all licenses health started in 2006, of the 2790 workers of a public university hospital, contracted under a statutory or "celetista" system. *Results:* 1471 workers (52.1%) had one or more health sick leave during the year. The rate of absenteeism was 5.3%. The severity rate was 8.3 days, the and incapacity rate was 12.5 days and the rate of absence per employee was 1.9. The risk factors identified were female, statutory bond, primary and middle school, night work, length of service, positions of nursing and

<sup>1</sup> Mestre em Saúde Pública. Médico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil.

<sup>2</sup> Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil.

<sup>3</sup> Doutora em Bioestatística. Professora Associada do Instituto de Ciências Exatas – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil.

*Instituição:*  
Universidade Federal de Minas Gerais

*Endereço para correspondência:*  
Endereço para correspondência:  
Geraldo Majela Garcia Primo  
Avenida Alfredo Balena, 110 – 1º andar/norte.  
CEP: 30130-100. Belo Horizonte, MG  
Email: geraldomgprimo@gmail.com

*operational work and different sectors of administration. Sick leaves were mainly produced by the following diseases or group of diseases: respiratory disorders (short term); musculoskeletal disorders (short and long term); and mental or behavioral disorders (long term). Conclusions: Risk factors related to social and demographic determinants and risk factors related to work organization are at the grounds of statistics on sickness absenteeism. The identification and surveillance of these risk factors are important for intervention and prevention purposes.*

*Key words: Absenteeism; Occupational Health; Occupational Diseases/epidemiology; Hospitals, University/manpower.*

## INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e a crescente organização dos processos produtivos ocasionam, entre outros, a intensificação do trabalho, com aumento dos ritmos, das responsabilidades e da complexidade das tarefas.<sup>1</sup> Epidemiologicamente observa-se, nos ambientes de trabalho, a conjugação de doenças crônico-degenerativas com os transtornos da esfera psíquica, como a fadiga crônica, o *burnout*, a síndrome de estresse e os processos depressivos. O absenteísmo-doença, entendido como ausência do trabalho por motivo de doença, pode ser um indicador das condições de saúde dos trabalhadores que, por sua vez, interfere na produção, aumenta o custo operacional e reduz a eficiência no trabalho.<sup>2,3</sup> O absenteísmo entre os profissionais da área da saúde tem particular interesse por suas peculiaridades e números relevantes comparado ao de outras categorias.<sup>4,9</sup> O hospital é conhecido como um ambiente insalubre, gerador de diversos riscos ocupacionais e de agravos de natureza física e psíquica.<sup>10</sup> As condições inadequadas de trabalho podem também influir na precariedade do atendimento prestado ao paciente.<sup>11</sup>

As estatísticas de absenteísmo não se explicam necessariamente por morbidade.<sup>12,13</sup> Outras causas oriundas da situação de vida do trabalhador, das condições sócio-demográficas e da organização do trabalho - discriminações, falta de oportunidades, tabela de salários imprópria, condições insatisfatórias, ineficazes canais de queixas, entre outras - estão na raiz desse fenômeno.<sup>14</sup> Além disso, a concessão dos afastamentos ocorre muitas vezes em função de pressão de trabalhadores ou de seus chefes, por não disporem de outros meios de resolução de conflitos ou situações que dificultam o comparecimento ao trabalho.

O *presenteísmo*, ou seja, a presença no trabalho ainda que doente, tem também se apresentado elevado nos últimos anos, notadamente na área da saúde e da educação.<sup>15,16</sup> Taylor<sup>17</sup> constatou que 28% de trabalhadores que jamais haviam tirado uma licença médica, relataram ser portadores de alguma doença orgânica, demonstrando que o adoecimento pode estar presente onde as estatísticas de absenteísmo são menores.<sup>17</sup> As maiores queixas, entre os que apresentaram presenteísmo, referem-se a lombalgias, dores cervicais, sensação de fadiga e estados depressivos menores. Os grupos ocupacionais que apresentaram alto índice de presenteísmo também são os que apresentaram maiores taxas de absenteísmo. Por fim, a combinação mais comum encontrada foi baixa produtividade, altos níveis de presenteísmo e altos níveis de absenteísmo. O presenteísmo nos trabalhadores da saúde pode levar a eventos adversos ou mesmo a acidentes de trabalho e comprometer a qualidade da assistência.

Os afastamentos de curta duração têm relação predominante com a organização e com os fatores de estresse no trabalho: constrangimentos pessoais, tensão organizacional, limitações na carreira e sobrecarga de trabalho.<sup>18,19,20 18-20</sup> O absenteísmo de curtíssima duração (um dia) é influenciado mais pela motivação do trabalhador em comparecer ao trabalho do que propriamente da enfermidade que o acomete.<sup>21</sup> Nessa lógica, a frequência do absenteísmo de curta duração seria um indicador de apuração desse "*absenteísmo voluntário*" e de como estaria o clima organizacional.<sup>22</sup> O absenteísmo de longa duração, por sua vez, tem relação mais direta com o adoecimento propriamente dito. Existiriam também aqueles "ausentes crônicos" da instituição: uma minoria que pode estar inflacionando o índice de absenteísmo e para o qual as mudanças organizacionais teriam pouco efeito a curto prazo.

A complexidade do ambiente hospitalar permite estudos comparativos dentro da própria organização, de acordo com os agrupamentos e diversas situações de trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores. Os índices de absenteísmo nos hospitais são elevados, quando comparados com os de outros segmentos laborais.<sup>23-25</sup> No entanto, a maioria dos estudos concentra-se em determinadas categorias de trabalho, diagnósticos, condições sócio-demográficas ou da natureza das licenças.<sup>26</sup> Poucos são os trabalhos que estudaram, no âmbito da instituição, todas as licenças-médicas, ou seja, aquelas expedidas pelo órgão médico da instituição, pelo serviço de perícia médica

e pela seguridade social. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é analisar os indicadores de absenteísmo de uma organização hospitalar pública e de ensino, no período de um ano e sua variabilidade de acordo com aspectos sócio-demográficos, da organização do trabalho e grupos de morbidade.

## MATERIAL E MÉTODOS

O complexo hospitalar estudado funciona em área de 50 mil metros quadrados, com 460 leitos, 250 consultórios, 23 salas de cirurgia, entre outros recursos. Realiza mensalmente mais de 1.500 internações, 25.000 consultas médicas e 5.000 atendimentos de urgência. É referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para procedimentos de alta complexidade nas mais diversas especialidades. Para isso, conta com uma força de trabalho composta de mais de 3.500 funcionários entre estatutários, celetistas, autônomos e contratados para funções terceirizadas, além de 300 médicos residentes e 50 voluntários. É também campo de ensino com mais de 2.000 alunos nos diversos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. O Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador realiza exames médicos relativos ao trabalho, atendimento de intercorrências clínicas, exames periciais e avaliação dos postos de trabalho.

Foi realizado estudo transversal, descritivo e quantitativo. Considerou-se o ano de 2006 que teve 249 dias úteis. Foram estudados os 2.790 trabalhadores, contratados sob o regime estatutário ou celetista. Desses, 11,2% não trabalharam na instituição durante todo o ano (entraram no decorrer do período ou saíram antes do final); os dados desses trabalhadores também foram incluídos neste estudo.

A partir do banco de dados do serviço médico da instituição, apuraram-se os afastamentos por licença médica que tiveram início no ano estudado. Foram consideradas as licenças homologadas pelo serviço médico (servidores estatutários com até 30 dias de licença no ano e celetistas com licenças até 15 dias seguidos), as licenças expedidas pela perícia médica da universidade (servidores estatutários a partir do 31º dia no ano) e expedidas pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS (celetistas em licença de mais de 15 dias consecutivos).

As variáveis consideradas foram: sexo, vínculo (estatutário ou celetista), horário de trabalho (diurno ou noturno), idade, tempo de serviço, cargo com seu nível escolar e local de trabalho. O estado civil, apu-

rado inicialmente, foi descartado enquanto categoria de análise pela incoerência da informação oficial e a realidade conjugal. De cada licença, foram obtidas as seguintes variáveis: mês de início, número de dias da licença, grande grupo da Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10)<sup>27</sup> e agrupamentos diagnósticos de acordo com *lista de tabulação de morbidade* dessa classificação.

As variáveis quantitativas foram categorizadas (idade e tempo de serviço). Os cargos foram agrupados na variável: *tipo de cargo*, em seis categorias, a saber: *administrativo* (administradores, auxiliares de administração, contadores, telefonistas e outros), *enfermagem* (auxiliares, técnicos e enfermeiros), *médicos*, *operacional* (pessoal de apoio em cozinha, manutenção, motoristas, operadores de máquina de lavanderia, operador de caldeira, auxiliar operacional de serviços gerais, auxiliar de serviços diversos, porteiros e outros), *apoio propedêutico* (auxiliar de farmácia, auxiliar de laboratório, farmacêutico-bioquímico, técnico em farmácia, técnico em nutrição, técnico em radiologia, técnico em patologia clínica e outros cargos afins) e *outros profissionais em saúde* (assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo e terapeuta ocupacional).

Os locais de trabalho foram agrupados na variável: *setor*, de acordo com as seguintes categorias: *administração*, *ambulatórios*, *apoio operacional* (Banco de Leite, Esterilização, Engenharia, Infra-estrutura, Lavanderia, Rouparia, Serviço de Arquivo Médico e Estatística e Serviço de Nutrição e Dietética), *apoio propedêutico* (Agência Transfusional, Anatomia Patológica, Imaginologia, Laboratório Central, Registros Gráficos em Cardiologia, Registros Gráficos em Neurologia e Laboratório de Função Pulmonar), *apoio terapêutico* (Centro Cirúrgico, Farmácia e Hemodiálise), *unidades de internação*, *urgência*, *unidade multiprofissional* (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) e *diretoria técnica* (corresponde a Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem e onde também estão lotados os profissionais de enfermagem afastados por longo período).

Foram apurados: o índice de frequência de licença - IFL (número de licenças/população sob risco); o índice de frequência por trabalhador - IFT (número de trabalhadores que tiraram pelo menos uma licença/população sob risco); a taxa de gravidade (dias de licença/população sob risco), a taxa de severidade (dias de licença/número de licenças) e o índice de absenteísmo (dias perdidos x 100 / dias úteis x população sob risco).

Os dados tabulados foram organizados a partir do programa Excell® 2003 e SPSS® versão 12.1. As diferenças entre os grupos foram apuradas a partir da análise de variância para variáveis contínuas e teste do qui-quadrado para variáveis discretas. A homogeneidade entre os grupos foi apurada pelo *Teste de Levene* e realizadas estatísticas *Post Hoc*, quais sejam os *Testes de Tukey e Bonferroni* quando homogêneas e *Tamhanes's e Games-Howell* quando não homogêneas. Adotou-se o nível de significância de 0,05 para os testes e nível de confiança de 95% para estimação da razão de chances (OR – “*odds ratio*”). O projeto de pesquisa que resultou neste trabalho foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade a que pertence o Hospital objeto do estudo. (Parecer nº ETIC 328/07 de 29 de agosto de 2007).

## RESULTADOS

A população estudada apresentou média de idade de  $\pm$  desvio padrão de  $38,8 \pm 10,1$  anos (mediana = 39 anos), sendo que a média de tempo de serviço foi de  $9,4 \pm 8,5$  anos (mediana = 8,3 anos). A média de tempo de serviço foi diferente entre os vínculos: estatutário:  $11,5 \pm 8,0$  e celetistas:  $3,9 \pm 3,6$  ( $p < 0,001$ ). Dos 2790 trabalhadores estudados, 1471 tiveram uma ou mais licenças durante o ano (IFT = 0,53), sendo a frequência diferente entre os sexos (56,9% para as mulheres e 37,4% para os homens) [(OR= 2,29 IC95%(2,93-1,72)  $p < 0,0001$ )]. (Tabela 1). Quanto ao vínculo, licenciaram-se 55,5% dos estatutários e 41,1% dos celetistas. [OR= 1,79 (IC95% 1,51-2,12)  $p < 0,0001$ ]. O percentual de licenças entre o pessoal de nível médio e fundamental foi semelhante (57,9 e 58,9%, respectivamente) enquanto para o de nível superior foi de 38,3%. ( $p < 0,001$ ). Observa-se também risco aumentado de licenças entre os trabalhadores do turno da noite (61,3%) em relação aos do turno diurno (49,9%): OR = 1,59 [(IC95% 1,28 – 1,98) ( $p < 0,0001$ )].

Não houve diferença significativa na média de idade de quem se afastou ou não [(38,75 x 38,87 -  $p = 0,751$ )] e no tempo de serviço [(9,83 x 9,03 -  $p = 0,13$ )]. Considerando-se por faixa de tempo de serviço, a incidência de afastamentos foi de apenas 31,9% para os trabalhadores com até dois anos, elevando-se com o tempo de trabalho (55,9% para dois a cinco anos) [OR=2,70 (IC95% 2,14-3,41)] e 62,2% para a faixa de

seis a 10 anos [OR = 3,50 (IC95% 2,61-4,71)]. Houve uma pequena queda na faixa entre 11 e 15 anos: 58,5% [OR=3,00 (IC95% 2,36–3,81)] e importante redução após os dezesseis anos de trabalho: 48,8% [2,03 (IC95% 1,57 -2,62)]. Esses percentuais foram estatisticamente maiores quando comparados com os funcionários de até dois anos de trabalho.

Em relação ao *tipo de cargo*, a *categoria médica* apresenta o menor índice (17,6%), seguido pelo *pessoal administrativo* (47,5%) e *outros profissionais de saúde* (48,5%) e números semelhantes nas categorias de *apoio propedêutico* e de *apoio operacional* (respectivamente, 51,9% e 54,4%). A *categoria de enfermagem* apresentou os maiores índices (61,5%). As diferenças entre *médicos*, *pessoal administrativo* e *enfermagem* foram consideradas estatisticamente significativas (Tabela 1). Avaliando-se apenas a categoria de enfermagem, observa-se que a frequência entre os auxiliares de enfermagem (62,4%) e técnicos de enfermagem (65,2%) foi maior que entre os enfermeiros (45,7% -  $p < 0,0001$ ).

Quanto ao local de trabalho, os setores classificados como *administração* apresentaram a menor incidência (30,9%). Os demais apresentaram números semelhantes: *ambulatório* (50,7%), *apoio operacional* (56,8%), *apoio propedêutico* (51,0%), *apoio terapêutico* (49,5%), *internação* (56,6%) e *urgência* (52,0%). A *direção técnica* apresentou os maiores índices (60,6%). Todos os locais tiveram incidência estatisticamente maior que os setores classificados como *administração* (Tabela 1).

## NÚMERO E DURAÇÃO DAS LICENÇAS

No período apurado, foram registradas 4.198 licenças com 34.915 dias de afastamento. O índice de frequência de licenças (número de licenças/população) foi de 1,5 e a taxa de gravidade (dias de afastamento para cada trabalhador) foi de 12,5 dias (mediana = 1 dia). Entre os 1.471 trabalhadores que se ausentaram no período, 523 (35,6%) tiraram apenas uma licença, 298 (20,3%) se afastaram duas vezes, 70% se ausentaram por até três vezes durante o ano e 5% dos trabalhadores tiveram mais de oito licenças. Mais de 50% das licenças tiveram de um a dois dias de duração e 72% tiveram até cinco dias. Apenas 11% tiveram mais de 15 dias e 5,6% tiveram mais de 30 dias. No entanto, as licenças de mais de 15 dias contribuíram com 61% dos dias de afastamento. (Tabela 2)

**Tabela 1** - Distribuição por categorias sócio-demográficas e incidência de licenças-saúde em trabalhadores de um hospital público universitário - 2006

	Trabalhadores		Licenças		OR (IC95%)
	N	%	N	% (1)	
<b>Sexo</b>					
Masculino	767	27,5%	287	37,4%	1
Feminino	2023	72,5%	1152	56,9%	2,29 (1,72 – 2,93)
<b>Vínculo</b>					
Celetista	760	27,2%	312	41,1%	1
Estatutário	2030	72,8%	1127	55,5%	1,79 (1,51-2,12)
<b>Escolaridade do cargo</b>					
Superior	921	33,0%	353	38,3%	1
Médio	1469	52,7%	851	57,9%	2,22 (1,88-2,62)
Fundamental	400	14,3%	235	58,9%	2,29 (1,80 – 2,91)
<b>Faixa Etária</b>					
18 a 29 anos	611	21,9%	300	49,2%	1
30 a 39 anos	898	32,2%	474	52,9%	1,16(0,95-1,43)
40 a 49 anos	895	32,1%	480	53,8%	1,20 (0,98-1,48)
50 anos e +	386	13,8%	180	46,8%	0,91 (0,70-1,17)
<b>Horário de Trabalho</b>					
Diurno	2384	85,4%	1190	49,9%	1
Noturno	406	14,6%	249	61,3%	1,59 (1,28-1,98)
<b>Tempo de Serviço</b>					
Até dois anos incompletos	504	18,1%	161	31,9%	1
2 a 5 anos completos	803	28,8%	448	55,9%	2,70 (2,14-3,41)
6 a 10 anos completos	312	11,2%	194	62,2%	3,50 (2,61- 4,71)
11 a 15 anos completos	669	24,0%	391	58,5%	3,00 (2,36-3,81)
16 anos e +	502	18,0%	245	48,8%	2,03 (1,57 - 2,62)
<b>Tipo de Cargo</b>					
Administrativo	566	20,3%	269	47,5%	1
Enfermagem	1219	43,7%	750	61,5%	1,77 (1,44-2,16)
Médico	307	11,0%	54	17,6%	0,24 (0,17-0,33)
Operacional	281	10,1%	153	54,4%	1,32 (0,99-1,76)
Propedêutico	314	11,3%	163	51,9%	1,19 (0,90-1,57)
Out. profiss. saúde	103	3,7%	50	48,5%	1,04 (0,68-1,59)
<b>Setor de trabalho</b>					
Administração	262	9,4%	81	30,9%	1
Ambulatório	343	12,3%	174	50,7%	2,30 (1,64–3,22)
Apoio Operacional	403	14,4%	229	56,8%	2,94 (2,12- 4,08)
Apoio Propedêutico	385	13,8%	196	51,0%	2,33 (1,68–3,24)
Apoio Terapêutico	323	11,6%	160	49,5%	2,16 (1,56-3,09)
Internação	845	30,3%	477	56,6%	2,91 (2,17–3,91)
Urgência	196	7,0%	102	52,0%	2,43 (1,65-3,56)
Direção Técnica	33	1,2%	20	60,6%	3,44 (1,63-7,25)

(1) – Percentual em relação ao número de trabalhadores da categoria.

Fonte: SAST/UFMG

**Tabela 2** - Frequência e soma de dias das licenças-saúde em um hospital público universitário - 2006

Faixa dias	Frequência		Soma de dias	
	número	%	número	%
1 a 2 dias	2.113	50,3%	2.678	7,7%
3 a 5 dias	896	21,3%	3.450	9,9%
6 a 10 dias	432	10,3%	3.428	9,8%
11 a 15 dias	282	6,7%	3.950	11,3%
16 a 30 dias	239	5,7%	5.916	16,9%
31 dias e +	236	5,6%	15.493	44,4%
TOTAL	4.198	100,0%	34.915	100,0%

Fonte: SAST/UFMG

## TAXA DE ABSENTEÍSMO

A taxa geral de absenteísmo (dias de ausência x 100/dias esperados de trabalho) ficou em 5,30%. A Tabela 3 apresenta as diferenças entre as diversas categorias de análise. A média da taxa de absenteísmo entre os dois sexos mostrou-se estatisticamente diferente: (feminino com taxa 6,06% e masculino com 3,30%): diferença de 2,76% (IC95% 1,61%-3,9% -  $p < 0,0001$ ). O pessoal com vínculo estatutário apresentou maiores taxas, comparado com celetistas (6,36% x 2,47%). A diferença entre as médias [3,89 (IC95% 2,90 – 4,88)] é significativa ( $p < 0,0001$ ).

Entre os turnos diurno e noturno, observou-se diferença significativa ( $p = 0,015$ ). As taxas de absenteísmo também são diferentes de acordo com o nível de escolaridade do cargo, sendo que as maiores taxas estão concentradas no nível elementar (8,45%±1,02) seguida do nível médio (5,60%±0,41) e superior (3,45%±0,38).

Os menores índices de absenteísmo por faixa etária estão entre aqueles entre 18 e 29 anos [3,12% (IC95% 2,36% – 3,89%)], elevando-se para 4,86% (IC95% 3,87% - 5,85%) na terceira década de vida, 6,41% (IC95% 5,31% - 7,50%) na quarta e 7,24% (IC95% 5,27% - 9,20%) para os trabalhadores com 50 anos ou mais. A diferença somente se mostrou significativa entre aqueles com menos de 30 anos e os com mais de 40 anos (Tabela 3). Observa-se tendência de aumento do absenteísmo à medida que o tempo no trabalho vai aumentando. As menores taxas ficaram com aqueles trabalhadores com menos de dois anos de trabalho [(1,44% (IC95% 0,92 - 1,95)], elevando-se para 4,74% (IC95% 3,86 - 5,62) entre dois e cinco anos e chegando ao maior índice entre seis e dez anos [7,57% (IC95% 5,24 - 9,90)] e mantendo-se nesse patamar nas demais faixas (6,89% para 11 a 15 anos) e 6,57% para aqueles

com 16 anos ou mais de serviço. ( $p < 0,001$ ). Quando se analisa pelo vínculo, a diferença de acordo com o tempo de serviço ainda se mantém significativa. Observa-se, no entanto, diferença de comportamento entre os dois vínculos, ou seja, o pessoal celetista apresenta as maiores taxas entre os dois e cinco anos, mas mantendo-se abaixo da média geral. Os estatutários apresentam números expressivos, principalmente na faixa entre seis e dez anos de serviço.

Entre os tipos de cargo, apenas os *médicos* apresentaram-se com números estatisticamente menores que os demais [1,64% (IC95% 0,81% - 2,47%)]. Os cargos *administrativos* também apresentaram taxas relativamente mais baixas [3,21% (IC95% 2,48% - 3,95%)]. O pessoal *operacional* [7,45% (IC95% 5,03% - 9,88%)] e de *enfermagem* [6,75% (IC95% 5,78% - 7,73%)] apresentaram as maiores taxas de absenteísmo (Tabela 3). Os locais de trabalho de menor índice de absenteísmo foram os *setores administrativos*. A *direção técnica*, que congrega pessoal lotado na Diretoria de Enfermagem, apresentou números acentuadamente mais elevados [31,03% (IC95% 14,79% - 42,27%)], motivados pelos profissionais em licença prolongada lotados nesse setor (Tabela 3).

## DIAGNÓSTICO DAS LICENÇAS

A taxa de severidade (dias de afastamento para cada licença) foi de 8,32 dias (mediana = 2 dias). Entre os grandes grupos da CID10, as doenças do aparelho respiratório foram as mais frequentes (16,9% do total), seguidas das doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (15,3%), transtornos mentais e comportamentais (10,2%) e doenças infecciosas e parasitárias (8,9%).

**Tabela 3** - Taxa de Absenteísmo (Abs) por categorias sócio-demográficas em um hospital público universitário - 2006

Categorias	N	Abs ( IC 95%)	P
<b>Sexo</b>			<0,0001
Masculino	767	3,30 (2,41 - 4,19)	
Feminino	2023	6,06 (5,35 - 6,77)	
<b>Vínculo</b>			<0,0001
Celetista	760	2,47 (1,81 - 3,12)	
Estatutário	2030	6,36 (5,62 - 7,10)	
<b>Horário de Trabalho</b>			0,015
Diurno	2383	4,95 (4,34 - 5,50)	
Noturno	406	7,50 (5,51 - 9,49)	
<b>Escolaridade do cargo</b>			<0,0001
Superior	921	3,45 (2,70 - 4,20)	
Médio	1469	5,60 (4,79 - 6,41)	
Fundamental	400	8,45 (6,45 - 10,45)	
<b>Faixa Etária</b>			<0,001
18 a 29 anos	610	3,12 (2,36 - 3,89)	
30 a 39 anos	896	4,86 (3,87 - 5,85)	
40 a 49 anos	893	6,41 ( 5,31 - 7,50)	
50 anos e +	385	7,24 (5,27 - 9,20)	
<b>Tempo de Serviço</b>			<0,0001
dois anos incompletos	504	1,44 ( 0,92 - 1,95)	
2 a 5 anos completos	802	4,74 (3,86 - 5,62)	
6 a 10 anos completos	312	7,57 (5,24 - 9,90)	
11 a 15 anos completos	668	6,89 (5,57 - 8,21)	
16 anos e +	502	6,57 (4,98 - 8,16)	
<b>Tipo de Cargo</b>			<0,0001
Administrativo	566	3,21 (2,48 - 3,95)	
Enfermagem	1219	6,75 (5,78 - 7,73)	
Médico	307	1,64 (0,81 - 2,47)	
Operacional	281	7,45 (5,03 - 9,88)	
Propedeutico	314	5,33 (3,51 - 7,15)	
Outros profissionais de saúde	103	4,51 (2,03 - 6,99)	
<b>Setor de trabalho</b>			<0,0001
Administração	262	2,81 (1,45 - 4,16)	
Ambulatório	343	5,25 (3,72 - 6,79)	
Apoio Operacional	403	7,72 (5,76 - 9,68)	
Apoio Propedêutico	384	5,40 (3,80 - 7,00)	
Apoio Terapêutico	323	4,19 (2,84 - 5,54)	
Internação	843	4,51 (3,67 - 5,35)	
Urgência	196	4,52 (2,93 - 6,11)	
Direção Técnica	33	31,03 (14,79 - 42,27)	

Quando se apuram os dias totais de afastamento, invertem-se algumas posições, sendo que os transtornos mentais passam a corresponder a 23,5% dos afastamentos, seguidos das doenças do Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (17,3%). As maiores

taxas de severidade (média de duração de cada licença) foram nas doenças do sangue e transtornos imunitários (67,7 dias), Neoplasias (39,4 dias) e os transtornos do humor e do comportamento (19,2 dias).

As doenças respiratórias afastaram 20,5% dos trabalhadores na faixa etária mais jovem (18 a 30 anos), caindo progressivamente até o índice de 11,4% naqueles com mais de 50 anos. Paradoxalmente, são pouco frequentes nos trabalhadores com menos de dois anos de serviço (11,8%) comparados com aqueles com dois a cinco anos (20,3%), seis a dez (20,5%) e onze a quinze (19,9%), caindo ligeiramente nos trabalhadores com mais de dezesseis anos de trabalho na instituição (14,9%). ( $p < 0,0001$ ). Também há diferença no acometimento entre os vínculos, sendo que 20% dos estatutários e 13% dos celetistas se afastaram com doenças do aparelho respiratório. [OR= 1,63 (IC95% 1,29 - 2,07) -  $p=0,000$ ]. As mulheres são mais susceptíveis de se afastarem por doenças respiratórias [OR = 2,49 (IC95% 1,91 – 3,20)].

Os transtornos mentais e comportamentais (GRUPO V da CID10) foram responsáveis por 23,5% dos dias de afastamento. Foram acometidos 9,1% da população feminina e 3,0% da masculina (OR = 3,26 (IC95% 2,09 - 5,06)). Foram mais frequentes nos estatutários (9,0%) que nos celetistas [(3,3%) (OR= 2,91 (IC95% 1,90 - 4,46))]. Pouparam a população com até dois anos de trabalho com um índice de 1,2%, elevando-se para

8,68% nas demais faixas de tempo de serviço, sendo maior na faixa de 11 a 15 anos com 11,7%. Não houve diferença significativa entre as várias faixas etárias estudadas. Os tipos de cargos mais acometidos foram de *apoio operacional* e *enfermagem*. Os cargos com maior índice de absenteísmo, considerando-se aqueles com pelo menos cinco funcionários, foram: *auxiliar operacional* (9,9%), *nutricionista* (6,86%), *copeiro* (6,76%) e *auxiliar de serviços gerais* (5,30%). Os locais de trabalho de maior taxa de absenteísmo por transtornos mentais foram: Diretoria de Enfermagem (5,11%), Infra-estrutura (4,26%), Lavanderia (3,75%), Unidade de Internação Pediatria (2,87%) e Unidade de Internação Transplantes (2,27%).

Dentre as doenças do tecido osteomuscular, as mais frequentes são as dorsopatias (M40-M54) com 50% dos casos e os transtornos dos tecidos moles (M60-M79) com 29,6%. A taxa de severidade foi de 9,39 dias. (DP= 16,61). Destaque-se a incidência maior nos cargos de nível fundamental (18,3%) e médio (15,0%) comparados com os de nível superior (6,0%). Os *tipos de cargos* mais atingidos foram: *operacional* (18,9%) e *enfermagem* (16,2%). Os cargos classificados em *outros profissionais de saúde* (1,9%)

**Tabela 4 - Afastamentos (número de casos e dias) por Grande Grupo da CID10 em um hospital público universitário – 2006**

Grande Grupo CID10	Casos	dias	% de dias	Taxa de severidade
Transtornos mentais e comportamentais	427	8195	23,50%	19,2
Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	642	6027	17,30%	9,4
Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas	200	2564	7,30%	12,8
Aparelho respiratório	708	2438	7,00%	3,4
Neoplasias	60	2366	6,80%	39,4
Contato c/ serviço saúde	237	2128	6,10%	9,0
Doenças sistema nervoso	145	1749	5,00%	12,1
Doenças Infeciosas parasitárias	375	1547	4,40%	4,1
Olho e anexos	216	1141	3,30%	5,3
Aparelho geniturinário	187	1097	3,10%	5,9
Aparelho circulatório	141	926	2,70%	6,6
Gravidez, parto e puerpério	116	902	2,60%	7,8
Aparelho digestivo	204	896	2,60%	4,4
Pele e tec subcutâneo	99	882	2,50%	8,9
Sintomas e sinais gerais	313	818	2,30%	2,6
Sangue e transt imunitários	7	474	1,40%	67,7
Causas externas morbidade mortalidade	56	360	1,00%	6,4
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	17	205	0,60%	12,1
Ouvido e apófise mastóide	48	200	0,60%	4,2
Total	4.198	34.915	100%	8,3



e *médicos* (2,6%) tiveram os menores índices. O acometimento é pequeno nos trabalhadores com menos de dois anos de serviço (4,0%) e depois se eleva para uma média de 14,7% nas demais faixas e com pouca oscilação. Os cargos com maiores índices de absenteísmo foram mestre/ofício, operador de máquina de lavanderia, contra- mestre, técnico em radiologia, auxiliar de laboratório e técnico de enfermagem.

A apresenta a incidência por Grupo de Doenças (Lista de Tabulação de Morbidade - Classificação CID10). Os grupos mais frequentes foram as infecções das vias aéreas superiores - IVAS (J00 a J06) perfazendo 11,5% do total (482 licenças/ano), dorsopatias (M40 a M54) com 321 licenças (7,6%), transtornos do humor (F30 a F39) com 250 licenças (6,0%), doenças infecciosas intestinais (5,5%), transtornos dos tecidos moles (4,5%) e transtornos neuróticos relacionados com o estresse e somatoformes (3,7%). (Tabela 5)

Avaliando-se os dias de afastamento, observa-se que os transtornos do humor (F30 a F39), onde estão incluídos os estados depressivos, corresponderam a 5.693 dias (16,3%) do total. As dorsopatias também são expressivas (2.731 dias de afastamentos – 7,8%), seguidas dos transtornos de tecidos moles (5,5%) e transtornos neuróticos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes com 5,2% do total de dias perdidos.

## DISCUSSÃO

Trata-se do levantamento de apenas um ano e deve ser visto como um retrato da situação no momento específico. Em algumas discriminações, o tamanho da amostra mostrou-se pequeno, dificultando as análises estatísticas. O agrupamento de locais e cargos para a análise faz com que se ganhe em sensibilidade e se perca em especificidade ou vice-versa, de acordo com os critérios adotados. A lotação do pessoal de enfermagem, com afastamentos de longa duração, na direção central da categoria, dificultou uma visão mais ampla dos setores de maior impacto no absenteísmo.

O sexo feminino tem apresentado números mais elevados de absenteísmo em vários estudos, inclusive no segmento hospitalar.<sup>28-30</sup> As explicações estariam na dupla jornada de trabalho, ou seja, a mulher ao sair para trabalhar não divide, em iguais condições com os homens, as tarefas da casa. A presença de crianças em casa também favorece o absenteísmo por doença. A precarização do trabalho levou também à busca de mais de um emprego ou extensão de jornada na própria instituição. Sabe-se, ainda, que a mulher tende a buscar mais os serviços de saúde que os homens. Ademais, as mulheres são submetidas às mesmas cargas de trabalho dos homens, desconsiderando-se suas diferenças físicas e hormonais.

**Tabela 5** - Incidência de licenças e dias de afastamento por grupos diagnósticos mais frequentes em um hospital público universitário - 2006

Grupos de diagnósticos	CID10	Incidência	%	dias	%
Transtornos do humor	F30 a F39	250	6,0%	5693	16,3%
Dorsopatias	M40 a M54	321	7,6%	2731	7,8%
Transtornos tecidos moles	M60 a M79	190	4,5%	1904	5,5%
Transtornos neuroticos, relacionados com estresse e somatoformes	F40 a F48	157	3,7%	1812	5,2%
Procedimentos e cuidados específicos	Z40 a Z54	132	3,1%	1285	3,7%
Artropatias	M00 a M25	123	2,9%	1175	3,4%
Traumatismo tornozelo pé	S90 a S99	67	1,6%	989	2,8%
IVAS	J00 a J06	482	11,5%	984	2,8%
Traumatismo de punho e mão	S60 a S69	54	1,3%	828	2,4%
Transtornos da conjuntiva	H10 a H13	132	3,1%	673	1,9%
Exame de investigação	Z00 a Z13	45	1,8%	668	1,9%
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J40 a J47	47	1,1%	599	1,7%
Influenza e pneumonia	J10 a J18	116	2,8%	581	1,7%
Outros		2082	49,00%	14.993	42,90%
Total		4.198	100%	34.915	100%

Os servidores estatutários apresentaram os maiores índices de absenteísmo, comparados aos celetistas. Esse comportamento, confirmado em outros trabalhos, poderia ser explicado pela maior segurança de manutenção do emprego, maior facilidade de se obter a licença médica, maior insatisfação com o trabalho e menor pressão competitiva.<sup>32</sup> Existe também o que se poderia chamar de “seleção natural” dos trabalhadores sadios, ou seja, aqueles celetistas com histórico de muitos afastamentos têm mais chances de serem excluídos da organização. Tal artifício é menos provável entre os estatutários, em função da estabilidade no emprego.

Não há diferença significativa entre o número de afastamentos de acordo com a faixa etária; no entanto, a taxa de absenteísmo é maior nos trabalhadores mais velhos. Deduz-se que os trabalhadores com menos de 30 anos apresentam menor *taxa de severidade* (média de duração de licenças), concentrando-se nos afastamentos de curta duração. Os trabalhadores mais velhos apresentam maior variabilidade no tempo de afastamento, ou seja, ausentam-se tanto por curto quanto por longo tempo. São também susceptíveis aos fatores de organização do trabalho, mas também adoecem mais, em função dos anos de trabalho e da própria idade.

Os altos índices encontrados nos setores de apoio operacional poderiam ser explicados pela maior exigência física e pelo baixo controle do ritmo de produção, uma vez que esses locais devem acompanhar a demanda apresentada pelos setores diretamente ligados aos pacientes.<sup>33,34</sup>

As menores taxas de absenteísmo na categoria médica comparadas com as de outros profissionais da saúde estão de acordo com outros estudos.<sup>35</sup> Observa-se também que, na categoria médica, a taxa de severidade (duração das licenças) é maior. A possibilidade de substituição do plantão e a flexibilidade no horário podem explicar o baixo índice de absenteísmo entre os médicos. McKevitt *et al.*<sup>35</sup> identificaram razões apontadas por médicos para comparecerem ao trabalho ainda que doentes: dificuldades de substituição, dificuldades de assumir a própria doença, auto-medicação, compromisso com doentes, pressão do trabalho e ética profissional. Outra hipótese que deve ser investigada é a informalidade das relações entre os médicos e suas chefias, fazendo com que nas ausências de curta duração, mesmo por motivo de doença, não seja exigida a homologação do atestado médico.<sup>12</sup>

A categoria de enfermagem apresentou altos índices de absenteísmo. As condições precárias, aliadas a situações de vida, possibilitam o adoecimento desses profissionais. Além disso, o não-reconhecimento pelo esforço no trabalho pode levar à insatisfação, com maiores repercussões no absenteísmo.<sup>11</sup> Outros elementos estressores podem ser apontados: recursos inadequados, relações conflituosas, cobranças indevidas, sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento profissional, baixo poder de decisão e outros. As diferenças entre os enfermeiros e o pessoal técnico e auxiliar denotam a divisão do trabalho existente no interior dessa categoria.

Nas últimas décadas, as doenças osteomusculares tornaram-se predominantes no conjunto das doenças relacionadas ao trabalho, atingindo indiscriminadamente trabalhadores de vários ramos de atividades.<sup>36</sup> O aumento dos índices, de acordo com o tempo de serviço e nos trabalhos manuais, movimentos repetitivos e posições não ergonômicas reforçam a relação de sua incidência com o modelo de organização do trabalho. Podem indicar sobrecarga de trabalho, situações de riscos ergonômicos ou deficiências no treinamento dos trabalhadores. Também podem ser explicadas pelo baixo nível de cooperação entre os trabalhadores, consequências de trabalho estressante e com pouca oportunidade de troca.

A curta duração das licenças por doenças respiratórias, além de ser uma característica dessas patologias, podem caracterizar um mecanismo de escape das tensões do dia-a-dia. Essa hipótese pode ser corroborada comparando-se os índices por faixa etária e tempo de serviço: se as Infecções de Vias Aéreas Superiores são mais frequentes entre os jovens, deveriam ser prevalentes nos trabalhadores com menos de dois anos de trabalho, o que não é observado.

Os transtornos mentais e comportamentais representaram um quarto dos dias de afastamento do trabalho. Segundo estimativas da OMS, os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados.<sup>37</sup> Enfermidades consideradas emergentes, como estresse, depressão e ansiedade, têm preocupado autoridades no mundo inteiro e, no mundo do trabalho, têm sido atribuídas a mudanças na organização do trabalho e nos processos produtivos.<sup>38,39</sup> Vários estudos têm demonstrado a relação entre os riscos psicossociais, satisfação dos trabalhadores, adoecimento e absenteísmo.<sup>40-44</sup> O estresse ocupacional manifesta-se com insatisfação profissional, diminuição da produtividade, absenteísmo e aci-

dentes de trabalho.<sup>45,46</sup> A alta demanda psicológica e o baixo controle sobre o trabalho tornam o mesmo estressante e tem sido encontrada correlação entre o estresse e absenteísmo,<sup>47-79</sup> embora os fatores envolvidos nessa correlação não se encontrem completamente elucidados.<sup>50,51</sup>

## CONCLUSÃO

Qual o perfil do trabalhador que se afasta do trabalho? Viu-se que 50% das licenças foram de até dois dias e 82% foram de até 10 dias e que correspondem a 27% dos dias de afastamento. Por outro lado, um grupo pequeno de trabalhadores (cerca de 10%) afastou-se com licenças de mais de 15 dias, correspondendo a mais de 60% dos dias de afastamento. A hipótese de distribuição desigual do absenteísmo foi confirmada. As diferenças significativas entre os setores administrativos, comparados com os setores mais ligados a atividades-fim, confirmam as diferenças das condições de trabalho e seu impacto no absenteísmo. Os fatores de risco já identificados para o absenteísmo, como sexo, vínculo, estado civil, faixa etária, cargo, local de trabalho e outros, além dos riscos do ambiente hospitalar e de natureza ergonômica, vão influir nas oscilações dessas estatísticas.<sup>52</sup>

Os riscos psicossociais que podem levar ao estresse no trabalho, a insatisfação profissional, a diminuição da produtividade, o absenteísmo e os acidentes de trabalho devem ser identificados para possível intervenção. Além disso, nas organizações hospitalares, os princípios administrativos com imposição produtiva, regras a serem cumpridas, determinações superiores e outras restrições muitas vezes se contra põem ao cuidado e à natureza da assistência.<sup>53</sup>

O incentivo à apuração do absenteísmo pelas entidades de classe, órgãos normatizadores e regulamentadores e instituições de pesquisa, poderia favorecer o registro e a divulgação de dados e possibilitar a comparação entre as organizações. Conhecer a condição de saúde-doença e os fatores que a influenciam é o primeiro passo na perspectiva de uma organização mais justa socialmente e saudável para os próprios trabalhadores e conseqüentemente para aqueles que necessitam de seus serviços.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes R, Dias EC. Saúde dos trabalhadores In: Roquayrol MZL, Almeida Filho M. Epidemiologia & Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 431-56.
2. Reis P, Ribeiro PCL. Detecção de agravos à saúde relacionados com o trabalho e o uso gerencial da informação. In: Mendes R. Patologia do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 231-22.
3. Anderzsn I, Arnetz BB. The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity. *J Occup Environ Med.* 2005; 47(7): 671-82.
4. Alves M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. *Rev Gaúcha Enferm.* 1994; 15(1-2):71-5.
5. Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla ML, Navarro GA, Martin M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(5):616-23.
6. Godoy SCB. Absenteísmo-doença entre trabalhadores de um hospital universitário [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2001.
7. Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm.* 2000; 8(5):44-51.
8. Lim A, Chongsuvivatwong V, Geater A, Chayaphum N, Thammasuwan U. Influence of work type on sickness absence among personnel in a teaching hospital. *J Occup Health.* 2002; 44(4):254-63.
9. Kivimaki M, Sutinen R, Elovainio M. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environm Med.* 2001; 58(6):361-6.
10. Yassi A. Centros y servicios de asistencia sanitaria. In: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Ginebra: Organización Internacional do Trabalho; 2000. p. 97.1-97.84.
11. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latinoam Enferm.* 2006; 14(4): 517-25.
12. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Absenteísmo no trabalho: sintoma ou doença? *Rev Med Minas Gerais.* 2006; 16 (1 Suppl 2):S66-S71.
13. Valtorta A, Sidi E, Bianchi SCL. Estudo do absenteísmo médico num Hospital de Grande Porte. *Rev Bras Saúde Ocup.* 1985; 13(51):55-61.
14. Garcia Primo GM, Pinheiro TMM, Sakurai E. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. *Rev Med Minas Gerais.* 2007; 17(1/2 Supl 4):S294-S302.
15. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Community Health.* 2000; 54(7):502-9.
16. Flores Sandí G. Presentismo: potencialidad en accidentes de salud. *Acta Méd Costarric.* 2006; 48(1):30-4.
17. McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *J Public Health Med.* 1997; 19(3):295-300.
18. Guimarães RSO. O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2005. 83 p.

19. Woo M, Yap AK, Oh TG, Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J*. 1999; 40(9):590-5.
20. Lee JB, Eriksen LR. The effects of policy change on three types of absence. *J Nurs Adm*. 1990; 20:37-40.
21. Chadwick-Jones D, Nicholson N, Brown C. *Social Psychology of absenteeism*. New York. Praeger. 1982 apud Woo M; Yap AK; Oh TG; Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J*. 1999; 40(9):590-5.
22. Woo M, Yap AK; Oh TG., Long FY. The relationship between stress and absenteeism. *Singapore Med J*. 1999; 40(9):590-5.
23. Gazmuri AM, López Bravo I, Sandoval OH. Estudio de ausentismo en trabajadores de un hospital. *Rev Méd Chile*. 1992; 20(9):1053-9.
24. Mesa MFR, Kaempffer RAM. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Rev Méd Chile*. 2004; 132(9):1100-8.
25. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período 1998 a 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(supl.2):2049-58.
26. Robazzi MLCC, Paracchini AS, Gir E, Santos WDF, Moriya TM. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. *Rev Bras Saúde Ocup*. 1990; 18(69):65-70.
27. Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª Revisão. São Paulo: EDUSP; 1995.
28. Godin I, Kittel F. Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Soc Sci Med*. 2004; 58(8):1543-53.
29. Isosaki M. Absenteísmo entre trabalhadores de Serviços de Nutrição e Dietética de dois hospitais em São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 2003. 172 p.
30. Johansson G, Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model. *Soc Sci Med*. 2004; 58(10):1857-68.
31. Virtanen M; Kivimaki M; Elovainio M; Vahtera J; Cooper CL. Contingent employment, health and sickness absence. *Scand J Work Environ Health*. 2001; 27(6):365-72.
32. Wooden M. The 'Sickie': A public sector phenomenon? *J Sci Ind Res*. 1990; 32:560-76.
33. Ramadam PA. Fatores de risco associados ao relato de sintomas osteomusculares em trabalhadores de laboratório de patologia clínica [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003. 130 p.
34. Assunção AA. O saber prático construído pela experiência compensa as deficiências físicas provocadas pelas condições inadequadas de trabalho. *Rev Trab. Educ*. 2003; 12(1):35-49.
35. McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *J Public Health Med*. 1997; 19(3):295-300.
36. Wünsch Filho V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. *Rev Bras Med Trab*. 2004; 2(2): 103-17.
37. Dias EC, organizador. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília; Ministério da Saúde, Representação do Brasil da OPAS-OMS; 2001.
38. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(12):2949-58.
39. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(2): 255-61.
40. Hill JM, Trist EL. A consideration of industrial accidents as means of withdrawal from the work situation. *Human Rel*. 1955; 8:121-52.
41. Mechteld RMV, Ellen MAS, Frans JO, Hanneke CJMH. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Can Med Assoc J*. 2003; 168(3): 271-5.
42. Borg V, Kristensen TS, Burr H. Work environment and changes in self-related health: a five year follow-up study. *Stress Med*. 2000; 16:37-47.
43. Arnetz BB, Sjogren B, Rydehn B, Meisel R. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *J Occup Environ Med*. 2003; 45(5):499-506.
44. Karasek R. El Modelo de demandas-control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. In: *Enciclopédia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Genebra: Organización Internacional do Trabalho; 2000. 34.6-34.16.
45. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Latinoam Enferm*. 2001; 9(2):17-25.
46. Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Méd*. 2000; 57:656-60.
47. Mannig MR, Osland JS. The relationship between absenteeism and stress. *Work & Stress*. 1989; 3:223-35.
48. Kivimaki M, Vahtera J, Thomsom J. Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. *J Appl Psychol*. 1997; 82:858-72.
49. Ala-Mursula L, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin MV, Pentti J. Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56(4):272-8.
50. Jamal M. Job stress and job performance controversy: an empirical assessment. *Organ Behav Hum Perform* 1984; 33:1-21.
51. Farell D, Stamm CL. Meta-analysis of the correlates of employee absence. *Hum Relat*. 1988; 41:211-27.
52. Klitzman S, House JS, Israel BA, Mero RP. Work stress, non-work stress, and health. *J Behav Med*. 1990; 13:221-43.
53. Ortiz GCM, Platiño NAM. El stress y su relación com las condiciones de trabajo del personal de enfermaría. *Rev Invest Educ Enferm*. 1991; 9(2):91.