

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Francine Cassol Prestes

**ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM TRABALHADORES DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE
MÉTODOS MISTOS**

**Santa Maria, RS
2017**

Francine Cassol Prestes

**ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutor em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
Coorientadora: Profa. Dra. Rosângela Marion da Silva

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Prestes, Francine Cassol

Absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário: estudo de métodos mistos / Francine Cassol Prestes.- 2017.

201 p.; 30 cm

Orientador: Carmem Lúcia Colomé Beck

Coorientador: Silva Silva

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Enfermagem 2. Absenteísmo 3. Saúde do trabalhador
4. Trabalho 5. Serviços hospitalares I. Beck, Carmem Lúcia Colomé II. Silva, Silva III. Título.

© 2017

Todos os direitos autorais reservados a Francine Cassol Prestes. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: francinecassol@gmail.com

Francine Cassol Prestes

**ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutor em Enfermagem**.

Aprovada em 20 de dezembro de 2017:

Carmem Lúcia Colomé Beck, Profa. Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Rosângela Marion da Silva, Profa. Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Daiane Dal Pai, Profa. Dra. (UFRGS)

Letícia de Lima Trindade, Profa. Dra. (UDESC)

Silviamar Camponogara, Profa. Dra. (UFSM)

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Profa. Dra. (UFSM)

Regina Célia Gollner Zeitoune, Profa. Dra. (UFRJ)

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Profa. Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

RESUMO

ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

AUTORA: Francine Cassol Prestes
ORIENTADORA: Carmem Lúcia Colomé Beck
COORDINADORA: Rosângela Marion da Silva

O objetivo da pesquisa foi analisar o absenteísmo-doença e suas associações com as características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem e as interfaces com o contexto de trabalho em um hospital universitário. Desenvolveu-se um estudo misto, com desenho sequencial explanatório. A investigação foi realizada no período de novembro de 2016 a junho de 2017. Na primeira etapa (quantitativa), utilizou-se um desenho transversal retrospectivo, com fonte de dados documentais. Incluíram-se todos os episódios de absenteísmo-doença dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com atuação no hospital, atestados por médico ou odontólogo, com início no ano de 2016. Excluíram-se os demais tipos de absenteísmo e os afastamentos sem código de doença atribuído. Na segunda etapa (qualitativa), empregou-se um desenho qualitativo e foram realizadas 20 entrevistas. Os critérios de seleção foram: trabalhadores com, pelo menos, um afastamento incluído na primeira etapa; com duração igual ou superior a 14 dias e justificado por doença mental ou osteomuscular; e que estivessem em atividade laboral no período de realização das entrevistas. Na primeira etapa, utilizou-se um formulário para a caracterização do absenteísmo-doença. Empregou-se a análise estatística descritiva e analítica para os dados quantitativos, considerando estatisticamente significativo $p < 0,05$. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, submetidas à análise temática. A combinação dos métodos ocorreu a partir da conexão entre as etapas da pesquisa e da integração dos resultados e discussão. O estudo foi submetido à apreciação ética com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 58956116.5.0000.5346. Foram registrados 1.744 episódios de absenteísmo-doença e 18.536 dias de afastamento dos trabalhadores de enfermagem no ano considerado. As doenças mentais (16,0%; $n=278$), do aparelho respiratório (15,2%; $n=265$) e osteomusculares (12,5%; $n=217$) foram as principais causas de afastamento. Em relação ao número de dias de absenteísmo, as doenças mentais contabilizaram 6.692 (36,1%) dias, seguidas das osteomusculares (2.286 dias; 12,3%). As doenças mentais se associaram ao regime de contratação estatutário ($p=0,001$), sexo feminino ($p=0,009$), cargo auxiliar de enfermagem ($p<0,001$), duração ≥ 14 dias ($p<0,001$), idade ≥ 41 anos ($p<0,001$), tempo de contratação ≥ 9 anos ($p<0,001$). Houve associação entre as doenças osteomusculares e afastamentos de 3 a 13 dias ($p=0,010$), sexo masculino ($p<0,001$), cargo de técnico em enfermagem ($p<0,001$), tempo de contratação entre 9 e 13 anos ($p=0,002$), turno noturno ($p=0,026$), a três afastamentos do trabalhador no ano ($p=0,010$). Identificaram-se interfaces entre o absenteísmo-doença e o contexto de trabalho da enfermagem e os afastamentos se relacionaram à organização do trabalho, às condições laborais inadequadas e ao comprometimento das relações socioprofissionais. Defendeu-se a tese de que o absenteísmo-doença encontra-se associado a características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem e possui interfaces com o contexto de trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem. Absenteísmo. Saúde do trabalhador. Trabalho. Serviços hospitalares.

ABSTRACT

SICKNESS ABSENTEEISM IN NURSING WORKERS OF A UNIVERSITY HOSPITAL: MIXED METHODS STUDY

AUTHOR: FRANCINE CASSOL PRESTES
ADVISOR: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK
CO-ADVISOR: ROSÂNGELA MARION DA SILVA

The aim of this paper was to analyse sickness absenteeism and its association with the socio-occupational characteristics of nursing workers and its interfaces with the work context of a university hospital. This is a mixed method study with an explanatory sequential design. The investigation was carried out from November 2016 to June 2017. In the first stage (quantitative), a cross-sectional research design was used with document data sources. These documents included any records of sickness absences of nurses, nursing technicians, and nursing assistants working at the hospital and confirmed by a physician or dentist at the start of 2016. Other forms of absenteeism and sick leave records without an assigned sickness code were discarded. The second stage (qualitative) was based on a qualitative design and consisted of 20 interviews. The selection criteria were workers with at least one sick leave on record in the first stage; sick leave of no less than 14 days for reasons of mental or musculoskeletal illness; and subjects who were working during the interview period. In the first step, a form was used to characterise sickness absenteeism. The quantitative data were subjected to descriptive statistical analysis, considering $p < 0.05$ as the threshold of statistical significance. The qualitative data were collected through semi-structured interviews and subjected to thematic analysis. The methods were combined by connecting research stages and integrating results and discussion. The study was submitted for ethics approval and granted the certificate of ethical appreciation number 58956116.5.0000.5346. The records contained 1744 episodes of sickness absenteeism and 18,536 days of sick leave of nursing workers in the studied year. The most common causes of sick leave were mental illness (16.0%; $n=278$), respiratory tract diseases (15.2%; $n=265$), and musculoskeletal diseases (12.5%; $n = 217$). In relation to the number of days of absence from work, mental illnesses accounted for 6692 days (36.1%), followed by musculoskeletal diseases with 2286 days (12.3%). Mental diseases were associated with the statutory nature of employment ($p=0.001$), women ($p=0.009$), nursing assistant ($p<0.001$), duration ≥ 14 days ($p<0.001$), ≥ 41 years of age ($p<0.001$), and ≥ 9 years of employment ($p<0.001$). An association was found between musculoskeletal diseases and sick leaves of 3 to 13 days ($p=0.010$), men ($p<0.001$), position as nursing technician ($p<0.001$), between 9 and 13 years of employment ($p=0.002$), night shift ($p=0.026$), and three sick leaves in a year ($p=0.010$). Moreover, a interfaces was identified between sickness absenteeism and the context of nursing work, and sick leaves were related to the (dis) organisation of work, inadequate working conditions, and commitment of socio-occupational relations. The results showed sickness absenteeism is associated with the socio-occupational characteristics of nursing workers and it interfaces with the work context.

Keywords: Nursing. Absenteeism. Worker health. Work. Hospital services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama de identificação, seleção e inclusão dos estudos para o desenvolvimento da pesquisa nas bases PubMed/ Medline, SCOPUS, LILACS e IBECs. Brasil, 2016	37
Figura 2 – Etapas da pesquisa, conforme desenho sequencial explanatório	51
Figura 3 – Seleção dos participantes da Etapa 2 (qualitativa)	55
Figura 4 – Representação visual do fenômeno investigado.....	121
Gráfico 1 – Distribuição dos episódios de AD dos trabalhadores de enfermagem segundo os meses do ano de início e regime de trabalho. Brasil, 2016. (N=1.744).....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese das produções que responderam a questão de pesquisa. PubMed/ Medline, LILACS, Scopus e IBECs, 2016.....	39
Quadro 2 – Fatores relacionados ao absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem que atuam em âmbito hospitalar. PubMed/ Medline, LILACS, Scopus e IBECs, 2016. (N=20)	43
Quadro 3 – Resumo dos procedimentos metodológicos da pesquisa.....	53
Quadro 4 – Critérios de elegibilidade utilizados na Etapa 1 (quantitativa)	53
Quadro 5 – Critérios de elegibilidade utilizados na Etapa 2 (qualitativa)	54
Quadro 6 – Descrição das variáveis coletadas por meio do formulário de caracterização sociolaboral (Etapa 1) quanto ao tipo e apresentação	56
Quadro 7 – Associações entre os capítulos de doenças da CID que motivaram os episódios de AD e as variáveis de interesse. Brasil, 2016. (N=1.562).....	75
Quadro 8 – Associações do AD por Capítulo de doenças do CID com variáveis de interesse segundo a <i>Odds Ratio</i> (OR) e Intervalo de Confiança (IC). Brasil, 2016. (N=1.562)	79
Quadro 9 – Categorias do eixo temático Interfaces entre o AD e o contexto de trabalho: sofrimento, desgaste e adoecimento dos trabalhadores de enfermagem. Brasil, 2017.	84
Quadro 10 – Categorias do eixo temático percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD. Brasil, 2017. (N=20).....	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos artigos analisados. PubMed/Medline, LILACS, Scopus e IBECs, 2016. (N=20).....	38
Tabela 2 –	Distribuição dos episódios de AD nos trabalhadores de enfermagem do HU segundo o número de trabalhadores em atividade por mês conforme o regime de trabalho. Brasil, 2016. (N=1.744).....	65
Tabela 3 –	Caracterização dos episódios de AD considerando-se o quantitativo médio de trabalhadores, if, dias de afastamento, IG e número máximo de episódios por trabalhador segundo o regime de contratação dos trabalhadores de enfermagem. Brasil, 2016. (N=1.744).....	67
Tabela 4 –	Caracterização do AD segundo cargo e regime de contratação dos trabalhadores de enfermagem. Brasil, 2016. (N=1.744)	67
Tabela 5 –	Caracterização dos episódios de AD segundo o tempo de duração, período da semana de início e número de episódios de AD do trabalhador no ano por regime de trabalho. Brasil, 2016. (N=1.744).....	68
Tabela 6 –	Caracterização sociolaboral dos trabalhadores de enfermagem segundo episódios de AD por regime de trabalho. Brasil, 2016. (N=1.744).....	70
Tabela 7 –	Distribuição dos episódios de AD por capítulos de doenças. Brasil, 2016. (N=1.744)	72
Tabela 8 –	Caracterização do número de dias de AD por capítulo de doenças e regime de contratação. Brasil, 2016. (N=1.744)	73
Tabela 9 –	Caracterização dos participantes da Etapa 2 da pesquisa (qualitativa). Brasil, 2016. (N=20)	82

LISTA DE SIGLAS E REDUÇÕES

AD	– Absenteísmo-doença
APH	– Adicional por Plantão Hospitalar
CID	– Classificação Internacional de Doenças
CID10	– Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relativos à Saúde
CLT	– Consolidação das Leis Trabalhistas
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
CTCRIAC	– Centro de Tratamento de Criança com Câncer
CTMO	– Centro de Transplante de Medula Óssea
EBSERH	– Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FIOCRUZ	– Fundação Oswaldo Cruz
HU	– Hospital Universitário
if	– Índice de frequência
IG	– Índice de Gravidade
INSS	– Instituto Nacional do Seguro Social
LTS	– Licença para Tratamento de Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PeoF	– Perícia Oficial em Saúde
PNSST	– Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT	– Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RJU	– Regime Jurídico Único
SIASS	– Sistema Integrado de Apoio à Saúde do Servidor
SIE	– Sistema de Informações para o Ensino
SOST	– Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	– Universidade Federal de Santa Maria
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	OBJETIVO GERAL.....	26
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1	SAÚDE DO TRABALHADOR.....	27
2.2	INTERFACES ENTRE O TRABALHO, A SAÚDE E O ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	30
2.3	ASPECTOS CONCEITUAIS DO ABSENTEÍSMO E APROXIMAÇÕES COM O CONTEXTO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	32
2.4	ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA	34
3	MÉTODO	49
3.1	ABORDAGEM E DELINEAMENTO.....	49
3.2	LOCAL DE PESQUISA.....	51
3.3	POPULAÇÃO	52
3.3.1	Critérios de elegibilidade	53
3.3.1.1	<i>Critérios de elegibilidade na Etapa 1 (quantitativa)</i>	53
3.3.1.2	<i>Critérios de elegibilidade e participantes na Etapa 2 (qualitativa)</i>	54
3.4	INSTRUMENTOS PARA A OBTENÇÃO DOS DADOS	56
3.4.1	Formulário para caracterização do AD	56
3.4.2	Roteiro para as entrevistas semiestruturadas	58
3.5	COLETA DOS DADOS.....	58
3.5.1	Etapa 1	58
3.5.2	Etapa 2	59
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	59
3.6.1	Análise quantitativa (Etapa 1)	59
3.6.2	Análise qualitativa (Etapa 2)	60
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	62
3.7.1	Riscos	63
3.7.2	Benefícios	63
3.8	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	63
4	RESULTADOS	65
4.1	RESULTADOS DA ETAPA 1 (QUANTITATIVA) E SUA EXPRESSÃO NA FALA DOS TRABALHADORES (ETAPA 2)	65
4.2	RESULTADOS DA ETAPA 2.....	82
4.2.1	Caracterização dos participantes da Etapa 2	82
4.2.2	Interfaces entre o AD e o contexto de trabalho: sofrimento, desgaste e adoecimento dos trabalhadores de enfermagem	84
4.2.3	Percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD no HU	104
5	DISCUSSÃO	121
6	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
	REFERÊNCIAS	175
	APÊNDICES	187

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DA ETAPA 1	189
APÊNDICE B – FERIADOS CONSIDERADOS NO ANO DE 2016*	190
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	191
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	192
APÊNDICE E – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO AD POR SETOR DE ATUAÇÃO	194
ANEXOS	195
ANEXO A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	197
ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	198

1 INTRODUÇÃO

Este relatório de pesquisa constitui-se em uma Tese de Doutorado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que possui como objeto de estudo o absenteísmo-doença (AD) e suas interfaces com as características sociolaborais e o contexto de trabalho da enfermagem em um hospital universitário. Nessa perspectiva, a seguir apresenta-se uma contextualização em relação ao contexto de trabalho, à saúde e ao adoecimento dos trabalhadores de enfermagem.

Apesar das mudanças ocorridas na sociedade nas últimas décadas e da reestruturação produtiva frente ao incremento tecnológico e à globalização, o trabalho continua a exercer uma função central na sociedade pós-moderna. Além disso, a atividade laboral possibilita que o trabalhador seja reconhecido como ser na coletividade (ROSADO; RUSSO; MAIA, 2015).

Sob esse prisma, entende-se que o trabalho ocupa uma posição de centralidade na vida dos indivíduos, constituindo-se em um operador fundamental na própria construção do sujeito, uma vez que a atividade laboral é um espaço de construção de sentido, de conquista da identidade, da continuidade e historização dos homens (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014). Assim, o trabalho pode ser considerado como um dos mais importantes papéis desempenhados pelo indivíduo (RUEDA, 2015) e um dos principais eixos estruturantes da vida humana (SANTOS et al., 2012).

A atividade laboral possibilita que o trabalhador desenvolva suas capacidades, supere desafios, obtenha o provimento do sustento, constitua uma identidade profissional e perceba o reconhecimento pelo trabalho realizado, diante de sua materialidade e vivências de valorização. Por outro lado, quando executado em condições desfavoráveis, mediante sobrecarga de atividades, impossibilidade de diálogo e negociação, cobrança excessiva por resultados e falta de reconhecimento, o trabalho passa a causar sofrimento, o qual, em casos de cronificação, pode comprometer a saúde dos trabalhadores (MONTEIRO; VIEIRA; MENDES, 2015).

Esses elementos remetem à condição paradoxal que o trabalho representa na vida humana, podendo ser promotor de prazer e saúde ou causador de sofrimento e adoecimento. Tal condição é permeada por elementos diversos que abrangem aspectos relacionados à singularidade e subjetividade de cada trabalhador, do contexto laboral em si e das relações de poder e hierarquia que nele se estabelecem (DEJOURS, 2015).

Nas três últimas décadas, o tempo de trabalho sofreu alterações quanto à duração, flexibilidade e intensidade. Houve uma ampliação velada com intensificação do tempo de trabalho, o qual tem invadido espaços da vida do trabalhador, para além do destinado à

atividade laboral propriamente dita. Essa invasão dos espaços ocorre quantitativamente por meio de horas adicionais e não programadas de trabalho e também no âmbito qualitativo, com manifestações de cansaço e adoecimento dos trabalhadores (CARDOSO, 2013).

Nessa direção, pesquisas têm sinalizado o comprometimento da saúde dos trabalhadores de enfermagem (CARUGNO et al., 2012; MARQUES et al., 2015; ROSADO; RUSSO; MAIA, 2015; MAGNAGO et al., 2015; PERRI et al., 2015; ENNS; CURRIE; WANG, 2015; SANTANA et al., 2016, PRESTES et al., 2016; SILVA et al., 2016). O não comparecimento ao trabalho nos momentos previstos, conceituado como absenteísmo, pode ser uma consequência dos problemas existentes na relação entre o trabalho e o trabalhador (TRINDADE et al., 2014).

O Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional definiu como absenteísmo a ausência do trabalhador ao seu trabalho quando é esperada a sua presença, por qualquer motivo, seja vinculado à questão de saúde ou não. Já o absenteísmo-doença (AD), o qual se constitui na temática de interesse desta pesquisa, compreende a ausência atribuída à doença ou acidente do trabalhador, reconhecida pelo empregador ou sistema de seguridade social (IAO, 1973).

A legislação trabalhista vigente no Brasil diferencia o AD do acidente de trabalho. Consideram-se AD as ausências ao trabalho motivadas por doença ou necessidade de procedimentos de saúde justificadas mediante atestado médico, excluindo-se as ausências atribuídas aos acidentes de trabalho (BRASIL, 2015; FELLI et al., 2015). Os últimos dizem respeito a acidentes que ocorram pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa (BRASIL, 2015).

Conforme a Previdência Social Brasileira, os acidentes de trabalho incluem as doenças profissionais e as doenças do trabalho. As primeiras dizem respeito a patologias produzidas ou desencadeadas pelo exercício laboral peculiar de determinada atividade. Já as doenças do trabalho são aquelas adquiridas ou desencadeadas em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e que com ele se relacionem diretamente (BRASIL, 2015). Reitera-se que os acidentes de trabalho não serão objeto deste estudo.

Pesquisa relata que, frequentemente, ocorrem vieses de interpretação em relação à classificação do absenteísmo anteriormente descrita. Os problemas de saúde relacionados ao trabalho possuem, como consequência, os afastamentos por licença médica, quando deveriam ser considerados como doenças profissionais ou acidentes de trabalho. Isso contribui para a inexatidão das estatísticas oficiais, quanto às consequências do trabalho na saúde dos trabalhadores (FELLI et al., 2015).

Autores expressam que o absenteísmo constitui-se em um fenômeno complexo, de etiologia múltipla, incluindo fatores individuais e relacionados ao próprio ambiente e à organização do trabalho. Dessa forma, a sua mensuração e análise podem prover informações não só da situação epidemiológica dos trabalhadores, mas também das condições laborais (LEÃO et al., 2015).

O AD representa a principal causa de não comparecimento ao trabalho nas instituições de saúde (FERREIRA et al., 2011; FAKIN; TANAKA; CARMAGNANI, 2012; KURCGANT et al., 2015), sendo considerado um dos problemas administrativos mais onerosos para qualquer instituição (FERNANDES et al., 2011). Pesquisas demonstram que pelo menos 75% das ausências não previstas na equipe de enfermagem ocorrem por licenças médicas (FERREIRA et al., 2011; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; FELLI et al., 2015).

Dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem representa o maior quantitativo de trabalhadores nos serviços hospitalares (TRINDADE et al., 2014; MARQUES et al., 2015; FIOCRUZ; COFEN, 2015). Esses trabalhadores são encarregados de prestar a assistência direta e de forma ininterrupta aos pacientes, o que caracteriza uma acentuada exposição ocupacional ao ambiente e às condições de trabalho (TRINDADE et al., 2014; SANTANA et al., 2016).

Estudos acordam que o processo de trabalho da enfermagem submete os trabalhadores a uma variedade de riscos ocupacionais inerentes ao exercício profissional, que representam possibilidade de agravos à saúde (ABREU; SIMÕES, 2009; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; TRINDADE et al., 2014; CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015; MARQUES et al., 2015; LUCCA; RODRIGUES, 2015; REZENDE et al., 2015; MAGNAGO et al., 2015; SILVA et al., 2017). Assim, as condições específicas do processo de trabalho da enfermagem podem contribuir para o desenvolvimento ou desencadeamento de doenças decorrentes da sobrecarga física e mental (LUCCA; RODRIGUES, 2015).

Os elevados índices de AD entre trabalhadores de enfermagem são descritos em estudos nacionais (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; TRINDADE et al., 2014; DISSEN et al., 2014; CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015; SANTANA et al., 2016) e internacionais (DAVEY et al., 2009; MUDALY; NKOSI, 2015), sendo considerados um problema em âmbito global (DAVEY et al., 2009; MUDALY; NKOSI, 2015). Além disso, há evidências de que a enfermagem é mais propensa ao absenteísmo, se comparada a outras ocupações (DAVEY et al., 2009; LUCCA; RODRIGUES, 2015).

Nessa direção, estudo realizado em uma universidade pública do Sudeste do Brasil evidenciou que o número de ausências no trabalho foi mais de duas vezes maior entre os

trabalhadores de enfermagem, quando comparados aos demais servidores. Conforme os autores, algumas especificidades da atividade laboral na área da saúde, como a relação de proximidade com os pacientes e familiares, o convívio com o adoecimento, sofrimento e óbitos, podem expor esses trabalhadores a uma maior carga emocional e psíquica (LUCCA; RODRIGUES, 2015).

Conforme Felli (2012), os índices de AD entre os trabalhadores de enfermagem poderiam ser ainda maiores do que os registrados na literatura. As horas adicionais de trabalho da enfermagem que deveriam ser remuneradas como “horas-extras” comumente são computadas no formato de banco de horas e utilizadas conforme as necessidades da instituição ou por problemas de saúde do trabalhador, quando esse teria direito a ausentar-se por motivos de saúde.

Nesse sentido, um estudo de revisão integrativa sobre o absenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem concluiu que o adoecimento é a principal causa das ausências ao trabalho, havendo relato de etiologias diversas, mas, predominantemente, com acometimentos em âmbito de saúde mental, distúrbios musculoesqueléticos e distúrbios respiratórios. Além disso, os autores afirmam que, geralmente, esses trabalhadores encontram-se expostos a condições laborais inadequadas, as quais podem favorecer o comprometimento de sua saúde e, conseqüentemente, predispor-los ao absenteísmo (MARTINATO et al., 2010).

Nessa perspectiva, o AD representa uma problemática relevante nos serviços de saúde que reflete as condições de trabalho e pode comprometer a saúde dos trabalhadores, bem como a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem (DAVEY et al., 2009; FERREIRA et al., 2012; TRINDADE et al., 2014; BARGAS; MONTEIRO, 2014; MARQUES et al., 2015). Tal problemática pode incorrer em prejuízos às instituições, à assistência prestada pela equipe de enfermagem e ao próprio trabalhador (TRINDADE et al., 2014).

No que tange às instituições hospitalares, o absenteísmo é considerado um problema crucial, associado a diversos fatores, o que o torna complexo e de difícil gerenciamento (FORMETON; MININEL; LAUS, 2014). A necessidade específica de prestação de serviços de forma ininterrupta aos pacientes implica na reposição do trabalhador que não pode comparecer ao trabalho (LUCCA; RODRIGUES, 2015), o que, além de elevação dos custos, pode causar sobrecarga aos demais integrantes da equipe (DISSEN et al., 2014).

Além disso, menciona-se a especificidade das ações de cuidado, as quais dependem de pessoas. Assim, os trabalhadores são o capital intelectual das organizações e suas ausências ao

trabalho implicam na alteração no quantitativo de pessoal e podem influenciar nos resultados esperados (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015).

Quanto à assistência prestada pela equipe de enfermagem, há evidências de repercussões negativas do absenteísmo na segurança e satisfação dos pacientes em pesquisas nacionais (MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013) e internacionais (DUCLAY et al., 2014). Nesse sentido, reitera-se que o número adequado de trabalhadores de enfermagem constitui-se em um princípio fundamental para a segurança, qualidade da assistência prestada aos pacientes (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014) e saúde dos trabalhadores.

Em relação à saúde dos trabalhadores, o absenteísmo causa sobrecarga de trabalho na equipe que está presente (MARTINATO et al., 2010; FERREIRA et al., 2011; FAKIN; TANAKA; CARMAGNAMI, 2012; FERREIRA et al., 2012; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; DISSEN et al., 2014; FELLI et al., 2015). Autores sugerem que o absenteísmo pode incorrer em um fenômeno “em cascata”, tendo em vista que a ausência de um integrante da equipe implica na redistribuição de suas atividades, o que causa sobrecarga aos demais pela necessidade de imprimir um ritmo mais acelerado à atividade laboral. Tal sobrecarga pode causar desgaste, comprometer a saúde e ter o adoecimento do trabalhador como consequência (MARTINATO et al., 2010; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014).

Abreu, Gonçalves e Simões (2014) citam a existência de lacunas no conhecimento em relação aos aspectos subjetivos relacionados ao absenteísmo e mencionam a necessidade de estudos que contemplem as percepções dos trabalhadores de enfermagem e possíveis estratégias que possam minimizá-lo. Nesse sentido, aponta-se a pertinência de analisar o AD na enfermagem, considerando-se sua possível interface com o contexto laboral em que os trabalhadores encontram-se inseridos.

Na mesma direção, ainda que a relação entre o absenteísmo e a sobrecarga de trabalho tenha sido mencionada em pesquisas anteriores com trabalhadores de enfermagem (RAUHALA et al., 2007; SANCINETTI et al., 2009; MARTINATO et al., 2010; FAKIN; TANAKA; CARMAGNAMI, 2012; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014), há vazios no conhecimento quanto aos aspectos subjetivos dessa relação, considerando-se o contexto de trabalho. Tais vazios possuem maior dimensão considerando-se, especificamente, os afastamentos por AD.

Mendes (2007) propõe a avaliação do contexto de trabalho a partir de três fatores: organização do trabalho, condições laborais e relações socioprofissionais. O primeiro diz respeito à divisão e conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos laborais. Já as condições

de trabalho correspondem à qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponíveis para a execução das atividades laborais. As relações socioprofissionais compreendem os modos de gestão de trabalho, comunicação e interação profissional.

Nesse sentido, reafirma-se a relevância do enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, de avaliar e intervir nos contextos laborais em que se insere. Tais medidas podem favorecer a saúde dos trabalhadores e também ter repercussões positivas na qualidade e segurança da assistência prestada (PRESTES et al., 2015).

Apesar de haver evidências de que o AD encontra-se associado a características individuais, laborais e a elementos do contexto de trabalho, até o momento não foram identificadas pesquisas que investigassem essas associações simultaneamente e que incluíssem uma abordagem qualitativa em relação à interface do fenômeno em estudo com o contexto de trabalho. A partir disso, aponta-se a possibilidade de avançar em relação ao conhecimento já produzido, o que converge com a necessidade de conferir maior robustez às evidências sobre o AD em trabalhadores de enfermagem (DAVEY et al., 2009; MARTINATO et al., 2010).

A proposição deste estudo também contempla a meta número oito da Agenda de Desenvolvimento Sustentável para o ano de 2030. O objetivo 8.8 prevê a proteção dos direitos laborais e a promoção de ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores em âmbito universal (UNITED NATIONS, 2015). De forma semelhante, a pesquisa insere-se na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde. Na Subagenda 23, intitulada “Saúde, ambiente, trabalho e biossegurança” consta o subitem 23.2.2, o qual menciona os riscos químicos, físicos, biológicos, psicossociais, de biossegurança, ergonomia e de iatrogenias no trabalho no setor de saúde (BRASIL, 2015).

Em âmbito institucional, conforme o Relatório de Gestão do Setor de Perícia Médica da UFSM, no período compreendido entre 2007 e 2011, dentre os cargos da instituição, as categorias profissionais da enfermagem apresentaram as maiores incidências de Licença para Tratamento de Saúde (LTS). A incidência mais alta foi relatada no cargo de auxiliar de enfermagem, com 2.308 ocorrências de LTS, o que representou 41.480 dias de afastamento de 221 servidores. Dentre os técnicos em enfermagem, foram registradas 2.162 ocorrências de LTS, totalizando 26.054 dias de afastamento de 247 trabalhadores. Em relação aos enfermeiros, houve 1.373 ocorrências de LTS, contabilizando 17.934 dias de afastamento, atribuídos a 172 servidores (BRASIL, 2012).

A motivação para proposição desta pesquisa se deu a partir de um relato informal de gestores da instituição pesquisada de que o déficit de pessoal nas equipes de enfermagem

consistia em uma problemática histórica e recorrente. No ano de 2014, o hospital aderiu a uma nova gestão e houve um incremento gradual de aproximadamente 70% no número de trabalhadores de enfermagem, contratados pelo regime celetista. Dessa forma, as equipes de enfermagem passaram a ser compostas por grupos com diferentes regimes de trabalho.

Conforme o relato, apesar da contratação de novos trabalhadores pelo regime celetista, persistia uma deficiência no quantitativo de pessoal, em diferentes setores do hospital. Assim, partiu-se para a busca de informações obtidas nos setores de saúde do trabalhador, identificando-se um elevado número de episódios de afastamentos por motivo de saúde entre os trabalhadores de enfermagem, inclusive entre os recém-admitidos via seleção pública.

Nesse contexto, emergiu a necessidade de analisar o AD em uma perspectiva ampliada, considerando-se elementos que pudessem apresentar interface com o fenômeno em questão em ambos os regimes de contratação dos trabalhadores de enfermagem. A partir disso, almejou-se compreender o AD no sentido de direcionar medidas que pudessem favorecer a saúde dos trabalhadores de enfermagem com atuação em âmbito hospitalar.

A proposição do estudo também representa a continuidade de investigações realizadas junto ao Grupo de Pesquisas e Estudos “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, na linha de pesquisa “Saúde do Trabalhador” da UFSM. Essa linha se dedica a investigar, dentre outros temas, os aspectos subjetivos relacionados à atividade laboral e à saúde dos trabalhadores, especialmente da enfermagem.

Diante do exposto, tem-se como questão de pesquisa: Há associação entre o AD e as características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem e há interfaces com o contexto de trabalho em um hospital universitário?

Nessa direção, pretendeu-se defender a Tese de que o AD encontra-se associado a características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem e possui interfaces com o contexto de trabalho em um hospital universitário.

Espera-se que os resultados deste estudo possam ampliar o escopo de pesquisas que possibilitem compreender a relação entre o contexto de trabalho e a saúde dos trabalhadores. Além disso, almeja-se contribuir com os trabalhadores e gestores do serviço, especialmente para suscitar e subsidiar medidas voltadas à promoção da saúde dos integrantes da equipe de enfermagem. Na mesma direção, pretende-se avançar em relação ao conhecimento sobre o AD na enfermagem, considerando-se sua possível relação com aspectos organizacionais do trabalho.

1.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o AD e suas associações com as características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem e interfaces com o contexto de trabalho em um hospital universitário.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o AD nos trabalhadores de enfermagem do HU.
- Verificar associações entre o AD e as características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem.
- Identificar interfaces entre o AD e o contexto de trabalho da enfermagem no HU.
- Conhecer as percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada a fundamentação teórica do estudo, a qual foi estruturada em quatro itens: Saúde do trabalhador; Interfaces entre o trabalho, a saúde e o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem; Aspectos conceituais do absenteísmo e aproximações com o contexto de trabalho da enfermagem; e, por fim, a revisão integrativa sobre o AD dos trabalhadores de enfermagem em âmbito hospitalar.

2.1 SAÚDE DO TRABALHADOR

O sistema produtivo passou por uma série de transformações nas últimas décadas que configuraram uma nova polissemia do trabalho, sendo o elemento mais visível seu desenho multifacetado, ou seja, aquele que exige polivalência e multifuncionalidade. Essa nova morfologia contempla desde o operariado industrial e rural clássicos, até os assalariados de serviços, trabalhadores terceirizados, subcontratados e temporários (ANTUNES, 2015).

As pesquisas no campo de saúde do trabalhador possuem origem nas ideias de Marx que foram incorporadas no século XIX em países da Europa industrializada. Nesse sentido, destaca-se a realização do processo de análise intitulado "enquete operária", a qual, além de caracterizar a situação de trabalho, também tinha o objetivo de despertar a consciência crítica do trabalhador em relação à sua condição de domínio e exploração (RAMMINGER; ATHAYDE; BRITO, 2013).

Mendes e Dias (1991) apresentam uma revisão sobre a evolução dos conceitos e práticas desde a medicina do trabalho até a saúde do trabalhador, passando pela saúde ocupacional. Os autores explicitam que, em 1830, no contexto da Revolução Industrial, surgiu, na Inglaterra, o primeiro serviço de medicina do trabalho que, assim como a industrialização, teve rápida expansão para outros países. O pós-segunda guerra mundial coincidiu com o advento da saúde ocupacional, marcada pela atuação multiprofissional com a estratégia de intervir nos locais de trabalho no intuito de controlar os riscos ambientais.

A saúde ocupacional evoluiu para a saúde do trabalhador, a partir de um processo que teve início nos países ocidentais industrializados, nos anos de 1960, marcado por movimentos sociais que exigiam a participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança. A saúde do trabalhador emergiu, no Brasil, no início dos anos 80, no contexto da transição democrática, e tem como objeto de estudo e intervenção o processo saúde e doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho. Nessa perspectiva, a atividade laboral é considerada como organizadora da vida social, como o espaço de dominação e submissão do

trabalhador pelo capital, mas também de resistência, de constituição e do fazer histórico (MENDES; DIAS, 1991).

Nessa direção, estudo de revisão sobre a produção científica relacionada à vertente subjetividade e trabalho na enfermagem infere que a emergência da saúde do trabalhador como campo de conhecimentos, no Brasil, deu-se a partir da década de 80, no contexto da transição democrática, e em sintonia com o que ocorreu no mundo ocidental. Naquele momento, houve uma mobilização social que se desdobrou em iniciativas e expressou-se nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na realização da IX Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, no mesmo ano. Conforme os autores, esses movimentos foram decisivos para a mudança do enfoque estabelecido na Constituição Federal dois anos mais tarde (OLIVEIRA; LISBOA, 2004).

Com a aprovação democrática da Constituição Federal ano de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado brasileiro. A partir desse entendimento, a saúde do trabalhador foi reconhecida como elemento a fazer parte dos direitos à saúde, bem como de seu respectivo sistema (que se configurou, posteriormente, como Sistema Único de Saúde - SUS) (TAMBELLINI; ALMEIDA; CAMARA, 2013).

Conforme os autores supracitados, a evolução histórica, que parte da medicina do trabalho, passa pela saúde ocupacional, pela saúde dos trabalhadores e chega ao campo abstrato das relações trabalho/saúde, representa o desenrolar de formas sucessivas de diferentes abordagens. A trajetória descrita tem-se dado no sentido de ampliação e de abrangência do campo da saúde do trabalhador (TAMBELLINI; ALMEIDA; CAMARA, 2013).

Nessa direção, no ano de 2011, houve a promulgação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) com o objetivo de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde, advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele. A política prevê a eliminação ou redução dos riscos nos ambientes laborais, o que perpassa pela articulação das ações governamentais no âmbito das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação das organizações representativas de trabalhadores e empregadores (BRASIL, 2011).

Pesquisadores afirmam que, na América Latina, a saúde do trabalhador possui como característica a participação dos trabalhadores em âmbito individual e coletivo na identificação e enfrentamento de situações potencialmente causadoras de adoecimento e acidentes relacionados à atividade laboral. Assim, as tentativas de compreensão perpassam pela experiência e escuta dos protagonistas do trabalho (RAMMINGER; ATHAYDE; BRITO, 2013).

Esses aspectos estão contemplados na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), a qual define os princípios, as diretrizes e as estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador. Além disso, prevê a articulação entre as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; as ações de planejamento e avaliação das práticas de saúde e do conhecimento técnico; e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes para com as respectivas práticas institucionais (BRASIL, 2012).

A promulgação da versão atual da PNSST representa um marco histórico quanto à abordagem das relações trabalho-saúde e doença no Brasil, pois prevê a articulação das ações governamentais e a participação voluntária de representantes de trabalhadores e empregadores. Para tal, a redação da Política explicita as responsabilidades e ações a serem desenvolvidas pelos diferentes órgãos envolvidos na proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores (DIAS; SILVA, 2013).

A despeito da trajetória descrita, o trabalho ainda se caracteriza como cenário de relações sociais permeadas por iniquidades, poder e dominação. A atividade laboral exige o engajamento da subjetividade do trabalhador em um contexto hierarquizado, ordenado e repleto de constrangimentos. Essas relações colonizam a subjetividade do trabalhador, o que faz com que o trabalho não acabe quando se deixa o local de atuação (MONTEIRO; VIEIRA; MENDES, 2015).

Nessa lógica, a centralidade do trabalho na vida do homem pode ser percebida na construção de sua identidade, na realização de si mesmo, na saúde mental e mesmo na saúde somática. A atividade laboral pode favorecer a saúde, tendo um papel estruturante, ou contribuir para desestabilização, levando o sujeito à descompensação, o que ratifica a premissa de que o trabalho jamais é neutro, considerando-se este ponto de vista (DEJOURS, 2015).

Apesar dos avanços observados no campo da saúde mental do trabalhador, ainda persiste a dificuldade para a definição de condutas e procedimentos estruturados para a investigação e acompanhamento dos trabalhadores com sofrimento mental relacionado à atividade laboral. Os fatores contribuintes nesse contexto dizem respeito à complexidade que permeia a instalação dos distúrbios psíquicos e a dificuldade em se realizar diagnósticos diferenciais que contemplem o possível estabelecimento de seu nexos causal com o trabalho (MERLO, 2014).

A seguir apresentam-se as interfaces entre a atividade laboral, a saúde e o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem.

2.2 INTERFACES ENTRE O TRABALHO, A SAÚDE E O ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área de saúde possui 3,5 milhões de profissionais, destes, 50% atuam na enfermagem, o que representa um contingente de 1,7 milhão de trabalhadores¹. Conforme dados de uma pesquisa sobre o perfil dos profissionais de enfermagem no Brasil, 20% do quadro profissional são de enfermeiros e 80%, de técnicos e auxiliares de enfermagem (FIOCRUZ; COFEN, 2015).

A enfermagem insere-se no setor terciário da economia, na prestação de serviços à saúde. Em função disso, sofre os impactos econômicos e sociais inerentes ao capitalismo. Nesse sentido, as más condições de trabalho são uma realidade inquestionável no contexto brasileiro e que se manifestam por meio do adoecimento dos trabalhadores, cuja real dimensão parece não estar aparente nas estatísticas oficiais (FELLI, 2012).

O contexto laboral da enfermagem possui especificidades como atenção ininterrupta ao paciente, atividades de cunho administrativo, exigência profissional constante, prestação de serviços técnicos específicos que implicam no cuidado, interação humana e trabalho afetivo. Soma-se a isso sua inserção no atual modelo capitalista em que há exigência de polivalência, flexibilidade, resultados e altos índices de desempenho por parte dos trabalhadores. Essas exigências se dão em torno de um trabalho imaterial que produz um bem intangível, o cuidado, o qual possui consumo e produção concomitantes. Assim, caracteriza-se um fazer propenso à invisibilidade e ao não reconhecimento, o qual pode ter repercussões nocivas à saúde dos trabalhadores (TRAESEL; MERLO, 2011).

¹ Conforme Machado (2012) as terminologias “profissional de saúde”, “trabalhador de saúde” e “trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS)” parecem ser semelhantes, mas possuem diferenças, especialmente quando se considera a participação destes nas equipes de saúde. Nessa direção, os profissionais de saúde se referem a todos que possuem formação profissional específica ou qualificação para o desempenho das atividades relacionadas ao cuidado ou a ações de saúde, independentemente de estarem atuando ou não no setor de saúde. Os trabalhadores de saúde são todos os que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde em estabelecimentos ou atividades de saúde, podendo possuir ou não formação específica para o exercício da atividade laboral nesse setor. Já os trabalhadores do SUS são todos os trabalhadores de saúde que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o SUS. A partir desse entendimento, neste estudo, optou-se pela terminologia “trabalhadores de enfermagem”. Essa opção se justifica por contemplar simultaneamente o exercício da atividade laboral no setor da saúde e a habilitação profissional nas diferentes categorias profissionais da enfermagem.

A possibilidade de adoecimento dos trabalhadores também se justifica na medida em que desempenham uma atividade laboral de natureza insalubre, considerada penosa e perigosa, que os expõe a uma série de riscos ocupacionais. Além disso, o caráter ininterrupto da assistência faz com que o impacto das más condições de trabalho seja mais intenso entre os integrantes da equipe de enfermagem (FELLI, 2012).

A saúde dos trabalhadores que atuam em serviços de saúde possui nuances paradoxais. As instituições hospitalares priorizam o atendimento aos pacientes desconsiderando, muitas vezes, a saúde de quem executa o trabalho (MARQUES et al., 2015). Contraditoriamente, os próprios trabalhadores de enfermagem, ao realizarem o cuidado do outro, esquecem o cuidar de si mesmos e dos espaços em que atuam (RIBEIRO et al., 2012). Esse contexto é preocupante, uma vez que para o cuidado se processar há necessidade prévia de que o cuidador proveja o cuidado de si (SANTOS et al., 2012).

Nesse sentido, uma análise sobre as vivências coletivas de um grupo de enfermeiras identificou a utilização da estratégia de negação do próprio corpo por parte das trabalhadoras. As participantes relataram o descuido em relação à sua saúde, a qual é deixada em segundo plano até que se chegue a um limite imposto pela dor ou incapacidade, momento em que se “admite” a necessidade de ajuda ou de cuidados. Assim, ainda persiste na enfermagem uma cultura de negligência em relação à própria saúde e à negação da dor, o que pode trazer danos à saúde dos trabalhadores (TRAESEL; MERLO, 2011).

O descuido de si dos trabalhadores de enfermagem também perpassa por questões como os ritmos intensos de trabalho e sobrecarga de atividades nos cenários hospitalares. Nessa direção, pesquisas têm identificado um número reduzido de trabalhadores para prestar a assistência de enfermagem diuturnamente, o que remete à intensificação dos ritmos de trabalho e à possibilidade de desgaste dos trabalhadores (FELLI, 2012; FELLI et al., 2015).

Nessa perspectiva, acredita-se que o fortalecimento da enfermagem também perpassa pelo incremento de ações voltadas à saúde dos trabalhadores. Para tal, há necessidade de adoção de medidas de promoção e proteção à saúde, além do acompanhamento sistemático dos indicadores para a avaliação da saúde dos membros da equipe de enfermagem (FELLI et al., 2015).

Assim, ratifica-se que o não comparecimento ao trabalho pode ser um dos indicadores de saúde dos trabalhadores de enfermagem. A seguir, são apresentados conceitos em relação ao absenteísmo e algumas aproximações com o contexto de trabalho da enfermagem.

2.3 ASPECTOS CONCEITUAIS DO ABSENTEÍSMO E APROXIMAÇÕES COM O CONTEXTO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

Considerando-se os conceitos já apresentados, neste item constam aspectos conceituais complementares em relação ao absenteísmo. Tem-se a intenção de fortalecer o embasamento teórico da pesquisa e apresentar resultados de estudos com trabalhadores de enfermagem que remetem a possíveis aproximações entre o absenteísmo e o contexto de trabalho da enfermagem.

A palavra “absenteísmo” possui origem na língua francesa (*absentéisme*), sendo empregada em situações de falta de assiduidade ao trabalho ou outras obrigações sociais quando esta seria esperada. Como sinônimos são utilizados os termos “ausentismo” e “absentismo” (CHIAVENATO, 2009).

As ausências dos trabalhadores ao cenário laboral podem ser classificadas em previstas e não previstas. As previstas correspondem aos dias de folga por descanso semanal remunerado, feriados e férias. As ausências não previstas são os dias correspondentes às faltas, licenças e suspensões (KURCGANT, 2012).

O absenteísmo também pode ser classificado conforme a descrição que se segue (ABREU; SIMÕES, 2009; SANCINETTI et al., 2009; OLIVEIRA, 2014).

- Voluntário - quando a ausência do trabalho ocorre por razões particulares não justificadas por doença;
- Legal - quando se refere às faltas amparadas por lei, tais como maternidade, gala, nojo, doação de sangue e serviço militar;
- Compulsório - trata-se de impedimento ao trabalho em função de suspensão imposta pelo empregador;
- Patologia profissional - quando as ausências são motivadas por acidente de trabalho ou doença profissional;
- Por doença - contempla todas as ausências por doença ou procedimento médico, excetuando-se as patologias profissionais.

Nessa direção, uma revisão sistemática de literatura sobre o absenteísmo na enfermagem, incluindo estudos publicados entre 1986 e 2006, em âmbito mundial, afirma que se trata de uma problemática recorrente, com determinantes pouco conhecidos e que necessita

ser investigada de forma detalhada. Ainda, os autores mencionaram a ausência de uma teoria que dê sustentação ao absenteísmo (DAVEY et al., 2009).

Os estudos convergem no que se refere à relevância, alta incidência, implicações negativas, complexidade e etiologia multifatorial do AD em trabalhadores de enfermagem (FERREIRA et al., 2011; FAKIN; TANAKA; CARMAGNAMI, 2012; FERREIRA et al., 2012). Apesar disso, o absenteísmo é abordado de maneiras diversas, conforme a realidade em que o fenômeno é investigado, o que dificulta a comparação dos resultados de diferentes pesquisas (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015).

Tal diversidade também se observa no que se refere à abordagem da interface entre o absenteísmo e o contexto de trabalho da enfermagem, o qual abrange a organização do trabalho, as condições laborais e as relações socioprofissionais. A interface mais explorada nos estudos diz respeito à relação entre o AD e a sobrecarga de trabalho (elemento da organização do trabalho). Nessa linha, as pesquisas ratificam que o absenteísmo causa sobrecarga na equipe em que está presente (FERREIRA et al., 2011; FAKIN; TANAKA; CARMAGNAMI, 2012; FERREIRA et al., 2012).

Investigação realizada em um pronto-socorro de um hospital universitário público, localizado no Nordeste do Brasil, considera que o elevado índice de ausências dos trabalhadores de enfermagem pode ter contribuído para a sobrecarga de trabalho da equipe no setor investigado. Além disso, expressa que a reposição do quadro de pessoal por rotatividade é dificultada nas instituições dessa natureza pelo fato de possuírem ingresso via concurso público, os quais ocorrem de forma esporádica (FAKIN; TANAKA; CARMAGNAMI, 2012).

Estudo identificou a associação entre carga de trabalho e o AD entre trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos e privados da Finlândia. Transcorrida uma década da realização dessa pesquisa, persiste a carência de evidências disponíveis sobre as consequências negativas da sobrecarga de trabalho para a saúde dos trabalhadores de enfermagem (RAUHALA et al., 2007).

No contexto brasileiro, investigação em um hospital de ensino identificou que a média mensal de afastamentos por doença foi inversamente proporcional à taxa de ocupação nas unidades investigadas, o que sugere que os afastamentos ocorreram após os trabalhadores terem sido submetidos a ritmos maiores de trabalho. Nessa perspectiva, os pesquisadores afirmam que o absenteísmo pode ser uma consequência do desgaste do trabalhador, a partir da intensificação do ritmo de trabalho e acréscimo das cargas laborais, sendo as cargas fisiológicas decorrentes das demandas aumentadas e as psíquicas, relacionadas à pressão para execução das atividades em um determinado espaço de tempo (SANCINETTI et al., 2009).

Estudo afirma que condições de trabalho satisfatórias possuem reflexos positivos na execução das atividades, na segurança do paciente e na própria satisfação dos trabalhadores de enfermagem. Apesar disso, se reconhece que essa não é a realidade de grande parte dos serviços de saúde do Brasil. Nesse sentido, as autoras alertam que condições de trabalho inadequadas podem prejudicar a saúde dos trabalhadores, pois acentuam os riscos inerentes ao exercício laboral da enfermagem (PRESTES et al., 2015).

No que se refere à interface entre o absenteísmo e o contexto laboral no âmbito das relações socioprofissionais, investigação sugere que novas pesquisas explorem o absenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem como uma reação aos problemas com os superiores, conflitos pela hierarquia e perda de comprometimento. Conforme os autores, o absenteísmo pode estar associado à perda de sentido do trabalho ou a práticas retaliatórias nas relações hierárquicas no ambiente hospitalar. Nessa linha, recomenda-se que o absenteísmo seja investigado a partir de uma perspectiva que o considere como um mecanismo de resistência dos trabalhadores (RODRIGUES; BARRICHELLO; MORIN, 2016).

Diante do exposto, sugere-se a existência de relação entre o AD e o contexto de trabalho da enfermagem. Da mesma forma, reafirma-se a necessidade de maior compreensão dos elementos implicados nesta relação. Tal compreensão poderá subsidiar medidas em prol da saúde dos trabalhadores de enfermagem.

No próximo item apresenta-se uma revisão integrativa de literatura sobre o AD em trabalhadores de enfermagem em âmbito hospitalar.

2.4 ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

O trabalho da enfermagem constitui-se em uma atividade vital para a saúde da população, porém a natureza dessa ocupação pode resultar em efeitos potencialmente negativos à saúde dos trabalhadores. Nessa direção, reitera-se a necessidade de esforços conjuntos por parte dos trabalhadores e gestores, a fim de se promoverem contextos laborais que favoreçam a saúde e o bem-estar ou, pelo menos, possam minimizar seus possíveis efeitos nocivos (PERRI et al., 2015).

Os trabalhadores de enfermagem convivem com elementos do processo de trabalho como duplos ou triplos vínculos empregatícios, escalas de trabalho em períodos noturnos e de finais de semana. Tais elementos sugerem uma rotina acelerada e com sobreposição de

atividades em espaços e tempos de trabalho remunerado e demais aspectos da vida cotidiana (PEREIRA, 2015).

Esse contexto, somado às especificidades do exercício profissional das categorias que compõem a enfermagem, como a atuação junto a pessoas em situação de adoecimento e constante exposição a riscos ocupacionais, remete à possibilidade de agravos à saúde desses trabalhadores (MACHADO et al., 2014). A necessidade de afastamento das atividades laborais por motivos de saúde pode ser uma consequência de tais agravos.

O absenteísmo refere-se à ausência do trabalhador ao seu trabalho quando seria esperada a sua presença, por qualquer motivo, seja vinculado à questão de saúde ou não. Considera-se como absenteísmo-doença (AD) a ausência ao trabalho motivada por doença ou necessidade de procedimentos de saúde justificadas mediante atestado médico, excluindo-se as ausências atribuídas aos acidentes de trabalho (FELLI et al., 2015; BRASIL, 2015).

O AD representa a principal causa de não comparecimento ao trabalho nas instituições de saúde (KURCGANT et al., 2015; GUIMARÃES; FELLI, 2016), sendo considerado um dos problemas administrativos mais onerosos para qualquer instituição (FERNANDES et al., 2011). Estima-se que pelo menos 75% das ausências não previstas na equipe de enfermagem ocorram por licença médica (FELLI et al., 2015).

A enfermagem é mais propensa ao absenteísmo se comparada a outros grupos de trabalhadores (FELLI et al., 2015; DAVEY et al., 2009). A partir disso, estudos nacionais (DISSEN et al., 2014; SANTANA et al., 2016) e internacionais (DAVEY et al., 2009; MUDALY; NKOSI, 2015) têm investigado esse fenômeno, considerado uma problemática em âmbito global (DAVEY et al., 2009; MUDALY; NKOSI, 2015).

Frente ao exposto, reitera-se o AD como uma questão relevante nos serviços de saúde que também reflete as condições de trabalho. Além disso, o AD pode comprometer a saúde dos trabalhadores, a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem (DAVEY et al., 2009) e a segurança do paciente.

Apesar de existirem estudos de revisão sobre o absenteísmo na enfermagem (DAVEY et al., 2009; MARTINATO et al., 2010; SANTOS et al., 2014) há lacunas no conhecimento em relação aos fatores associados aos afastamentos por doença nesse grupo de trabalhadores. Acredita-se que a síntese das evidências disponíveis poderá fornecer um panorama sobre o AD e oferecer subsídios teóricos para a proposição de possíveis intervenções e novas investigações sobre a temática.

Frente a isso, delineou-se este estudo de revisão com o objetivo de identificar as evidências sobre os fatores associados ao AD em trabalhadores de enfermagem que atuam no âmbito hospitalar.

Em relação ao método, realizou-se um estudo de revisão integrativa da literatura que contemplou seis etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e definição dos objetivos; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; apresentação da revisão e da síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão de pesquisa foi: “Quais são as evidências disponíveis nos artigos científicos sobre os fatores associados ao AD em trabalhadores de enfermagem que atuam em âmbito hospitalar?”

O levantamento das publicações foi realizado em maio de 2016 nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed/ Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus e *Indice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud* (IBECS).

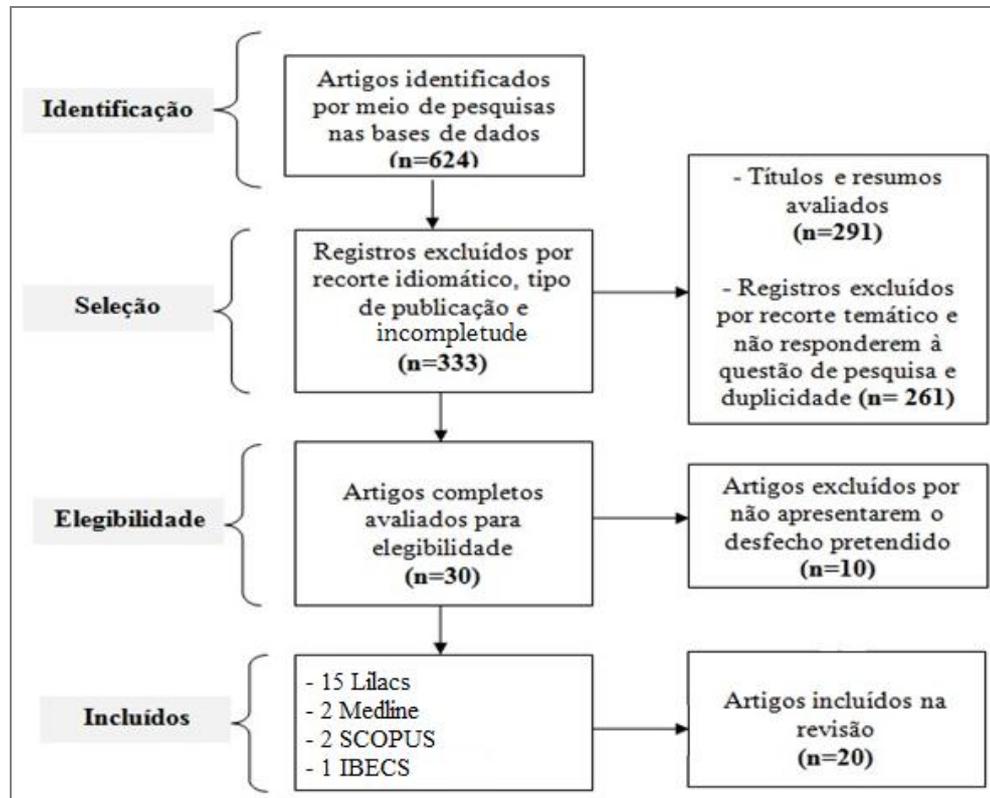
Os descritores utilizados foram “absenteísmo” (*absenteeism*) e “enfermagem” (*nursing*), extraídos do Banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH) e combinados por meio do operador booleano “AND”. A busca foi adaptada às particularidades de cada base consultada.

Para seleção dos estudos, realizou-se a leitura dos títulos e resumos. Os critérios de inclusão foram: produções no formato de artigos científicos oriundos de pesquisas originais realizadas com trabalhadores de enfermagem em serviços hospitalares; disponíveis *online* e gratuitamente, na íntegra; publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol; e que respondessem à questão de pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos e que não apresentassem o desfecho “absenteísmo-doença”. Não foi estabelecido recorte temporal.

A busca resultou em 624 produções, que foram selecionadas a partir da leitura dos títulos e resumos. Além disso, foram utilizados os recursos das bases que possibilitam o filtro dos resultados da busca, de acordo com as especificidades da pesquisa.

A Figura 1 apresenta o fluxo de seleção dos artigos que compuseram o *corpus* da revisão (N=20).

Figura 1 – Diagrama de identificação, seleção e inclusão dos estudos para o desenvolvimento da pesquisa nas bases PubMed/ Medline, SCOPUS, LILACS e IB ECS. Brasil, 2016



Fonte: Elaborado pela Autora.

Realizou-se a leitura dos artigos selecionados, a fim de extrair informações que foram organizadas em instrumento estruturado com as informações: referência; país onde o estudo foi realizado; objetivo; delineamento; cenário e população; nível de evidência; e principais resultados (associações encontradas). Para a avaliação quanto aos níveis de evidência utilizou-se a classificação em sete níveis (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005). O instrumento foi preenchido de forma dupla e independente, a fim de minimizar possíveis divergências de análise. Não houve divergência na avaliação das publicações.

Posteriormente à definição dos artigos que compuseram o *corpus* da pesquisa, realizou-se a categorização dos resultados considerando-se os seguintes aspectos: fatores sociodemográficos e laborais associados ao AD ($p < 0,05$), outros aspectos relacionados ao AD, os principais acometimentos que motivaram o AD e patologias relacionadas ao maior número de dias de trabalho perdidos.

Quanto aos aspectos éticos, procurou-se apresentar de forma fidedigna as ideias e resultados obtidos dos estudos empregados na revisão. Da mesma forma, as fontes originais encontram-se citadas no texto.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos estudos incluídos na revisão.

Tabela 1 – Caracterização dos artigos analisados. PubMed/Medline, LILACS, Scopus e IBECs, 2016. (N=20)

	N	%
Procedência		
Brasil	18	90
Canadá	1	5
Finlândia	1	5
Período de publicação		
< 2000	1	5
2000 – 2005	1	5
2006 – 2010	7	35
2011 – 2015	11	55
Delineamento quantitativo		
Transversal	2	10
Prospectivo	2	10
Retrospectivo	16	80
Nível de evidência		
VI	19	95
IV	1	5
Total	20	100

Conforme a Tabela 1, identifica-se a predominância de estudos brasileiros (n=18; 90%). Quanto ao período de publicação, houve um crescente de produções sobre a temática, sendo a maior parte publicada entre os anos de 2011 e 2015 (n= 11; 55%). Todas as pesquisas apresentaram abordagem quantitativa. A maioria dos estudos utilizou desenho retrospectivo (n=16; 80%) e apresentou baixo nível de evidência (n=19; 95%).

O Quadro 1 apresenta a síntese de cada produção que respondeu à questão de pesquisa. Constam informações quanto à referência, objetivo, método e principais resultados dos estudos incluídos na revisão.

Quadro 1 – Síntese das produções que responderam a questão de pesquisa. PubMed/ Medline, LILACS, Scopus e IBECs, 2016

(continua)

Referência e número do artigo	Objetivo	Método	Resultados
1- MARQUES et al., (2015)	Analisar o AD da equipe de enfermagem.	Quantitativo, retrospectivo. População*: N=602 Cenário: hospital universitário.	As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, os transtornos mentais e comportamentais foram as principais causas de licenças.
2- LUCCA; RODRIGUES, (2015)	Descrever as causas do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem de um hospital público universitário.	Quantitativo, descritivo e transversal. População*: N=1028. Cenário: hospital universitário.	Houve um número maior de ausências dos auxiliares de enfermagem quando comparados com os técnicos de enfermagem; e desses também superiores, se comparados com os enfermeiros. Os transtornos mentais e as doenças osteomusculares foram as principais causas de afastamento.
3- CALIL; JERICÓ; FERROCA, (2015)	Investigar a relação entre a variável idade e a ocorrência de ausências não previstas da equipe de enfermagem.	Quantitativo, descritivo, retrospectivo. População*: N=652 Cenário: hospital de ensino.	Houve maior frequência de agravos do sistema osteomuscular e aparelho respiratório. Os transtornos mentais apresentaram maior duração média e dias perdidos. A idade não se constituiu em fator que influencia a ocorrência de ausências.
4- BARGAS; MONTEIRO, (2014)	Avaliar a associação do AD com o perfil sociodemográfico e relacioná-lo ao trabalho dos profissionais de enfermagem.	Quantitativo, retrospectivo, exploratório. População*: N=994 Cenário: hospital universitário público.	Os fatores associados foram grupo etário, escolaridade, função, turno de trabalho, tempo na instituição e local de trabalho. Não houve associação entre absenteísmo e sexo.
5- FORMENTON; MININEL; LAUS, (2012)	Analisar o AD na equipe de enfermagem de uma operadora de planos de saúde.	Quantitativo, retrospectivo, documental. População*: N=202 Cenário: unidades de uma operadora de planos de saúde.	A maioria dos afastados pertencia à unidade hospitalar e geraram uma média de 1,76 afastamento por profissional, decorrentes de doenças do aparelho respiratório. A média de dias perdidos de trabalho foi 5,39, sendo maior entre técnicos de enfermagem.
6- FURLAN; STANCATO, (2013)	Comparar os fatores geradores do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem de dois hospitais.	Quantitativo, descritivo e documental. Amostra*: n=325 Cenário: hospital público estadual e privado.	O absenteísmo tem um caráter multifatorial, o que contribui para aumentar sua complexidade, e esses fatores afetam de forma semelhante a instituição pública e a privada. O turno de trabalho e o cargo se associaram ao absenteísmo.

(continua)

7- FERREIRA et al., (2012)	Analisar fatores associados ao AD autorreferidos em trabalhadores de enfermagem.	Quantitativo, transversal, População*: N=1509 Cenário: hospitais públicos.	As frequências de AD foram de 20,3% para poucos dias e 16,6% para muitos dias. Mais de um emprego, doenças osteomusculares, autoavaliação da saúde como ruim ou regular apresentaram chances mais elevadas de absenteísmo. Comparados aos enfermeiros, os auxiliares tiveram menor chance de referir poucos dias e os técnicos, maiores chances de apresentar muitos dias de ausência. Chances mais elevadas de referir muitos dias de ausência foram observadas entre os servidores públicos em relação aos contratados e entre os casados, separados, divorciados e viúvos, comparados aos solteiros.
8- FAKIN; TANAKA; CARMAGNANI, (2012)	Verificar e analisar as ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de adultos de um hospital universitário.	Quantitativo, observacional e prospectivo. População*: N= média de 96,8 Cenário: pronto-socorro de um hospital universitário.	O absenteísmo foi considerado elevado e motivado, sobretudo, pelas licenças para tratamento de saúde doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, transtornos mentais e comportamentais.
9- FERREIRA et al., (2011)	Identificar e analisar as causas de absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem do serviço de internação através de auditoria em fichas de afastamentos não programados.	Quantitativo, retrospectivo. Amostra*: n= 349 Cenário: hospital universitário.	Os motivos mais frequentes das licenças médicas foram os relacionados ao sistema osteomuscular (20,63%).
10- MAGALHÃES et al., (2011)	Identificar as causas de absenteísmo do pessoal de enfermagem das unidades do Hospital Universitário.	Quantitativo, descritivo, retrospectivo. População*: N=70 Cenário: hospital universitário.	As doenças do sistema osteomuscular e as psíquicas foram as causas mais frequentes das licenças analisadas em todas as categorias estudadas no ambiente laboral.
11- CARVALHO et al., (2010)	Identificar o quantitativo de trabalhadores de enfermagem afastados por licença de saúde num período de doze meses e levantar as causas dessas licenças.	Quantitativo, descritivo, documental. População*: N=360 Cenário: hospital universitário.	Os motivos de afastamento foram fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde e as doenças osteomusculares.

(continua)

12- SANCINETTI et al., (2009)	Analisar a quantidade e as causas de afastamentos por doença dos profissionais de enfermagem e sua relação com taxa de ocupação das unidades de internação de um hospital de ensino.	Quantitativo, descritivo, transversal. População: trabalhadores de enfermagem (n=647). Cenário: hospital de ensino	Os técnicos de enfermagem apresentaram a maior quantidade de licenças por doença. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram as principais causas de afastamento. O percentual mensal de licenças por doença foi inversamente proporcional à taxa de ocupação.
13- ABREU; SIMÕES, (2009)	Caracterizar o índice de absenteísmo e classificar as ausências ao trabalho por motivo de doença entre os profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.	Quantitativo, descritivo, retrospectivo. População: N=636 Cenário: hospital universitário	Os principais tipos de adoecimento foram os problemas osteomusculares e do tecido conjuntivo.
14- SILVA; MARZIALE, (2006)	Identificar os problemas de saúde que acometem os trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário utilizando-se o índice de absenteísmo-doença e comparar a incidência dos problemas de saúde em relação à categoria profissional, ao local de trabalho e ao sexo entre trabalhadores de enfermagem.	Quantitativo, retrospectivo. População: N=199 Cenário: hospital universitário.	Os problemas de saúde mais frequentes ocorreram entre auxiliares de enfermagem, relacionados ao sistema respiratório e geniturinário. Foi detectada diferença significativa entre as médias de AD entre auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Não houve evidência de associação entre os problemas de saúde e sexo.
15- GODOY et al., (2006)	Analisar as causas de afastamento do trabalho por motivo doença em uma rede de hospitais públicos.	Quantitativo, retrospectivo População*: (n=?) Cenário: 16 unidades hospitalares.	As causas de AD mais frequentes foram doenças do aparelho respiratório e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Transtorno mental resulta, geralmente, em licenças prolongadas sugerindo desgaste psíquico do trabalhador.
16- REIS et al., (2003)	Analisar os afastamentos de curta duração (até 30 dias) de profissionais de enfermagem de um hospital universitário.	Quantitativo, análise multivariada. População*: N= 965. Cenário: hospital universitário	Os diagnósticos mais frequentes foram os relacionados ao aparelho respiratório. Para afastamentos, não foram encontradas diferenças para sexo e idade. A análise multivariável, ao considerar separadamente os sexos, mostrou efeito apenas do vínculo empregatício para mulheres e homens.

(conclusão)

17- BOURBONNAIS et al., (1992)	Avaliar a associação entre afastamento do trabalho por licença médica e características laborais, como carga de trabalho, tipo de hospital e unidade de trabalho.	Estudo quantitativo, com regressão logística múltipla. Cenário: sete hospitais gerais.	Foram encontradas associações significativas entre o AD e a relação enfermeiro-paciente e o tempo de permanência do paciente. O AD foi mais frequente entre os enfermeiros que permaneciam em tempo integral junto aos pacientes e entre os que atuavam à noite. Estas associações foram independentes da idade, tempo de serviço neste hospital ou unidade de trabalho.
18- COSTA; VIERA; SENA, (2009)	Identificar causas do absenteísmo relacionado a doenças, justificado por atestado ou licença médica, entre os funcionários da enfermagem de um hospital público.	Quantitativo, descritivo. População*: n=143 Cenário: hospital escola	Os principais motivos de AD foram por problemas osteomusculares e enfermidades do aparelho respiratório. As unidades com maiores índices de absenteísmo foram de terapia intensiva e clínica médica.
19- RAUHALA et al., (2006)	Examinar se a carga de trabalho associada ao paciente está relacionada ao absenteísmo por doença entre enfermeiros e quantificar a perda potencial de dias de trabalho resultante da ausência por doença relacionada à sobrecarga de trabalho.	Quantitativo, do tipo coorte observacional. População*: N=877 Cenário: cinco hospitais públicos e três distritos hospitalares finlandeses.	O AD foi maior entre os enfermeiros com maior sobrecarga de trabalho. Houve mais adoecimento e maior número de dias de afastamento.
20- TRINDADE et al., (2014)	Analisar as causas do absenteísmo entre a equipe de enfermagem de um hospital público na região oeste de Santa Catarina, e, ainda, conhecer o perfil do grupo populacional em que mais ocorre o absenteísmo na realidade investigada.	Quantitativo, descritivo, retrospectivo. População*: N=458 Cenário: hospital público.	Houve associação entre função e AD, com maior propensão dos técnicos de enfermagem. A maior incidência foi das doenças infecciosas e parasitárias e osteomusculares.

* Equipe de enfermagem.

Fonte: Elaborada pela Autora.

O Quadro 2 apresenta os fatores sociodemográficos e laborais que se associaram com o AD nos estudos que compuseram o *corpus* da revisão. Além disso, constam os principais acometimentos que motivaram o AD e as patologias relacionadas ao maior número de dias perdidos identificadas nas publicações.

Quadro 2 – Fatores relacionados ao absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem que atuam em âmbito hospitalar. PubMed/ Medline, LILACS, Scopus e IBECs, 2016. (N=20)

Fatores relacionados ao AD		Evidências e número do artigo
Sociodemográficos	Faixa etária/idade	Associação presente ^{4,7} Associação ausente ^{3, 12, 14, 316-17, 20} Não se aplica ^{1-2, 5-6, 8-11, 13, 18-19}
	Sexo	Associação presente ^{7, 16} Associação ausente ^{4, 12, 14, 17, 20} Não se aplica ^{1-3, 5-6, -11, 13, 18-19}
	Situação conjugal	Associação presente ⁷ Associação ausente ⁴ Não se aplica ^{1-3, 5-6, 8-20}
	Escolaridade (grau de instrução)	Associação presente ^{4,7} Não se aplica ^{1-3, 5-6, 8-20}
Laborais	Categoria profissional	Associação presente ^{2, 4, 7, 12, 14, 17, 20} Associação ausente ¹⁶ Não se aplica ^{1, 3, 5, 8-11, 13, 15, 18-19}
	Tempo de atuação	Associação presente ⁴ Associação ausente ⁷ Não se aplica ^{1-3, 5-6, 8-20}
	Turno de trabalho	Associação presente ^{4, 6, 17} Não se aplica ^{1-3, 5, 7-16, 18-20}
	Duplo emprego	Associação presente ⁷ Não se aplica ^{1-6, 8-20}
	Vínculo	Associação presente ^{7, 16} Associação ausente ⁴ Não se aplica ^{1-3, 5-6, 8-15, 17-20}
Principais acometimentos relacionados ao AD	Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	19,7% ¹ - 20,97% ² - 16,1% ³ - 14,5% ⁸ - 23,2% ⁹ - 55,3% ¹⁰ - 18,7% ¹³ - 24% ¹⁸
	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde**	30,6% ¹¹
	Aparelho respiratório	13,4% ⁵ - 16,6% ¹⁴ - 16,2% ¹⁵ - 18,2% ¹⁶
	Doenças infecciosas e parasitárias	4% ²⁰
	Não se aplica*	4, 6, 7, 12, 17, 19
Patologias relacionadas ao maior número de dias perdidos	Transtornos mentais e comportamentais	24,8% ² - 35% ³ - 78,9% ⁸
	Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	41,5% ¹²
	Não se aplica*	1, 4-7, 9-11, 13-20

Fonte: Elaborado pela Autora.

* Não se aplica corresponde à associação não testada (sem significância estatística)/ resultado não mencionado no estudo.

** Capítulo XXI da Classificação Internacional de Doenças.

Conforme o Quadro 2, há evidências de que o AD possui associação com a faixa etária dos trabalhadores de enfermagem (FERREIRA et al., 2012; BARGAS; MONTEIRO, 2014). Além disso, também houve associação significativa com sexo feminino (FERREIRA et al., 2012; BARGAS; MONTEIRO, 2014), situação conjugal (FERREIRA et al., 2012) e menor escolaridade (FERREIRA et al., 2012; BARGAS; MONTEIRO, 2014).

Quando analisada a associação com o AD, os trabalhadores mais jovens associam-se a menos dias de ausências ao trabalho (FERREIRA et al., 2012; BARGAS; MONTEIRO, 2014). A idade relaciona-se a maior propensão a doenças crônicas e, conseqüentemente, maiores chances de absenteísmo (FERREIRA et al., 2012).

Quanto à associação entre o sexo feminino e o AD, pesquisa afirma que, ao se analisar aspectos relacionados à saúde dos trabalhadores de enfermagem, não se pode desconsiderar as questões de gênero, devido à predominância histórica de mulheres na profissão. Assim, há necessidade de considerar que as condições laborais podem ter um impacto diferenciado na saúde de trabalhadores e trabalhadoras, uma vez que o trabalho doméstico, ainda comumente atribuído às mulheres, pode interagir e potencializar as cargas presentes no trabalho remunerado (MACHADO et al., 2014).

Situação semelhante ocorre em relação à situação conjugal, em que se evidenciou que trabalhadores casados e separados possuem maiores chances de muitos dias de ausência autorreferida ao trabalho (FERREIRA et al., 2012). Esse resultado também remete à possibilidade de as demandas familiares e a sobrecarga de atividades domésticas comprometerem os espaços de autocuidado, descanso e lazer, com repercussões negativas à saúde dos trabalhadores.

O AD associou-se a categoria profissional em 35% (n=7) das pesquisas, sendo em três com o cargo auxiliar de enfermagem (SILVA; MARZIALE, 2006; BARGAS; MONTEIRO, 2014; LUCCA; RODRIGUES, 2015), em três com técnico em enfermagem (SANCINETTI et al., 2009; FERREIRA et al., 2012; TRINDADE et al., 2014) e com uma não especificada (BOURBONNAIS et al., 1992). Essas evidências remetem à organização do trabalho entre os integrantes da equipe de enfermagem em âmbito hospitalar e, normalmente, os auxiliares e técnicos desenvolvem um maior número de atividades junto ao paciente. Comparativamente aos demais membros da equipe de enfermagem, os enfermeiros desempenham um maior número de atividades de cunho administrativo que representam menor risco de contaminação e doenças. Além disso, tendem a assumir posições de liderança na equipe, o que sugere maior assiduidade (FERREIRA et al., 2012; BARGAS; MONTEIRO, 2014).

Os outros fatores laborais relacionados ao AD em trabalhadores de enfermagem foram turno de trabalho (BOURBONNAIS et al., 1992; FURLAN; STANCATO, 2013; BARGAS; MONTEIRO, 2014), tempo de atuação (BARGAS; MONTEIRO, 2014), presença de duplo emprego (FERREIRA et al., 2012) e vínculo empregatício (REIS et al., 2003; FERREIRA et al., 2012). Um estudo não especificou a qual tempo de atuação e turno de trabalho o AD se associou (BARGAS; MONTEIRO, 2014). Nas demais pesquisas houve associação entre AD

e o turno da manhã (FURLAN; STANCATO, 2013) e noturno (BOURBONNAIS et al., 1992).

O trabalho em turnos, especialmente o desenvolvido no período noturno, é reconhecido como um aspecto interveniente nos ritmos biológicos e potencialmente desfavorável à saúde dos trabalhadores (MENDES; MARTINO, 2012; SILVA et al., 2016). Apesar disso, há necessidade de fortalecer as evidências disponíveis em relação à sua associação com o AD entre os integrantes da equipe de enfermagem.

Estudo com trabalhadores de um hospital do Sul do Brasil identificou um maior número de afastamentos por transtornos mentais e comportamentais entre os que possuíam menor nível de instrução, o que também remete à necessidade de duplo emprego para a complementação de rendimentos. Esse contexto potencializa o desgaste físico e psicológico do trabalhador. Além disso, há o comprometimento dos momentos destinados ao lazer e ao convívio social (SANTANA et al., 2016).

No que se refere ao vínculo empregatício, houve associação entre AD e vínculo estatutário (REIS et al., 2003; FERREIRA et al., 2012). Nesse sentido, aspectos como a garantia de direitos entre os trabalhadores estatutários e a possibilidade de demissão de contratados após longos períodos de afastamento reforçam a necessidade de pesquisas mais aprofundadas sobre os fatores implicados no absenteísmo entre os servidores públicos (FERREIRA et al., 2012).

As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram mencionadas como uma das principais causas do AD em 40% (n=8) das investigações, com registros que variaram de 14,5% a 55,3% dos afastamentos (ABREU; SIMÕES, 2009; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; FERREIRA et al., 2011; MAGALHÃES et al., 2011; FORMETON; MININEL; LAUS, 2014; MARQUES et al., 2015; LUCCA; RODRIGUES, 2015; CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015). Pesquisas brasileiras identificaram danos à saúde relacionados ao trabalho em enfermeiros que atuavam em unidades de clínica cirúrgica (SILVA et al., 2016) e em trabalhadores de enfermagem em serviços de hemodiálise (PRESTES et al., 2016). Em ambas, os danos físicos se sobressaíram em relação aos danos psicossociais, com destaque para a presença de dores nas pernas e nas costas (SILVA et al., 2016; PRESTES et al., 2016).

Apesar de as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo serem recorrentes como principais causas de AD, é preciso considerar a possibilidade de somatização frente às demandas psicológicas no exercício laboral da enfermagem. Nessa direção, estudo de revisão sistemática de literatura confirma a relação entre o estresse

psicológico e acometimentos musculoesqueléticos, especialmente com manifestações de sintomas em nível de coluna lombar e cervical (LEÓN; FORNÉS, 2016).

Em quatro estudos, as doenças do aparelho respiratório foram identificadas como as principais causas de AD, com percentuais de que oscilaram de 13,4% a 18,2% (REIS et al., 2003; GODOY et al., 2006; SILVA; MARZIALE, 2006; FORMETON; MININEL; LAUS, 2014). Esse resultado converge com o encontrado em uma investigação realizada no Nordeste do Brasil em que os agravos à saúde mais referidos por auxiliares e técnicos em enfermagem tinham relação com o sistema respiratório, possivelmente pelo contato mais frequente e próximo ao paciente (MACHADO et al., 2014).

As evidências quanto às principais motivações de AD identificadas nesta revisão reiteram o resultado de uma investigação epidemiológica sobre os problemas de saúde e suas consequências. Dentre os desgastes sofridos pelos trabalhadores de enfermagem identificou-se prevalência de 31% de doenças do sistema osteomuscular e 20,3% de acometimentos relacionados ao sistema respiratório (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

Apesar de não serem as principais causas de AD nos estudos analisados, os transtornos mentais e comportamentais foram as patologias relacionadas ao maior número de dias de trabalho perdidos (24,8 a 78,9%) (FAKIN; TANAKA; CARMAGNANI, 2012; LUCCA; RODRIGUES, 2015; CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015). Pesquisa aponta que esses transtornos representam a terceira causa de afastamentos de longa duração em trabalhadores brasileiros e se constituem em uma das principais causas de adoecimento relacionadas ao trabalho (SANTANA et al., 2016).

O AD também se associou a outros fatores (BOURBONNAIS et al., 1992; SILVA; MARZIALE, 2006; RAUHALA et al., 2007; SANCINETTI et al., 2009; FERREIRA et al., 2012) como obesidade, cor autorreferida e prática de atividade física (FERREIRA et al., 2012). De forma semelhante, fatores que dizem respeito ao contexto laboral, como a taxa de ocupação e sobrecarga de trabalho (RAUHALA et al., 2007; SANCINETTI et al., 2009), condições de trabalho (SILVA; MARZIALE, 2006), carga de trabalho e tempo de permanência do paciente também se relacionaram às ausências dos trabalhadores de enfermagem por motivos de saúde (BOURBONNAIS et al., 1992).

Os estudos mencionaram que o AD entre os trabalhadores de enfermagem que atuam em serviços hospitalares possui determinantes multifatoriais (BOURBONNAIS et al., 1992; REIS et al., 2003; GODOY et al., 2006; FERREIRA et al., 2011; FERREIRA et al., 2012; FURLAN; STANCATO, 2013; BARGAS; MONTEIRO, 2014; FORMETON; MININEL; LAUS, 2014) e complexos (GODOY et al., 2006; SILVA; MARIZALE, 2006; FERREIRA

et al., 2011; FERREIRA et al., 2012; FURLAN; STANCATO, 2013; BARGAS; MONTEIRO, 2014; FORMETON; MININEL; LAUS, 2014; TRINDADE et al., 2014). Além disso, a interface entre o AD e a sobrecarga de trabalho foi recorrente nas publicações que compuseram o *corpus* da pesquisa (BOURBONNAIS et al., 1992; SILVA; MARZIALE, 2006; GODOY et al., 2006; RAUHALA et al., 2007; ABREU; SIMÕES, 2009; COSTA; VIEIRA, 2009; SANCINETTI et al., 2009; CARVALHO et al., 2010; FERREIRA et al., 2011; FAKIN; TANAKA; CARMAGNANI, 2012; FERREIRA et al., 2012; FURLAN; STANCATO, 2013; FORMETON; MININEL; LAUS, 2014; TRINDADE et al., 2014; MARQUES et al., 2015; LUCCA; RODRIGUES, 2015; CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015).

Investigações demonstram que o absenteísmo pode desencadear um fenômeno “em cascata”, tendo em vista que a ausência de um integrante da equipe implica na redistribuição de suas atividades, o que causa sobrecarga aos demais pela necessidade de imprimir um ritmo mais acelerado à atividade laboral. Tal sobrecarga pode causar desgaste aos trabalhadores presentes, com potenciais repercussões desfavoráveis à sua saúde (MARTINATO et al., 2010; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014).

Nessa direção, pesquisa com a equipe de enfermagem em um pronto-socorro evidenciou que os meses com picos de AD precederam uma elevação nas ausências por doenças osteomusculares. A partir disso, infere-se a possibilidade de a variação mensal das ausências por doenças osteomusculares ser um reflexo da sobrecarga de trabalho causada pelos demais tipos de afastamento e pelo número insuficiente de trabalhadores (FAKIN; TANAKA; CARMAGNAMI, 2012).

Os estudos convergem no que se refere à relevância, alta incidência, implicações negativas, complexidade e etiologia multifatorial do AD em trabalhadores de enfermagem (FERREIRA et al., 2011; FERREIRA et al., 2012; FAKIN; TANAKA; CARMAGNAMI, 2012). Apesar disso, o absenteísmo é abordado de maneiras diversas, conforme a realidade em que o fenômeno é investigado, o que dificulta a comparação dos resultados das pesquisas (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015), aspecto limitador deste estudo.

Conforme as evidências disponíveis na literatura, o AD entre os trabalhadores de enfermagem que atuam em cenários hospitalares encontra-se associado a características individuais, laborais e aos aspectos do contexto laboral como a sobrecarga de trabalho, o que reforça o caráter complexo e multifatorial do fenômeno em investigação. Houve predomínio de publicações com abordagem quantitativa e com baixo nível de evidência.

Frente a isso, conclui-se que persiste a necessidade de conferir maior robustez teórica em relação ao conhecimento sobre o AD em trabalhadores de enfermagem que atuam no âmbito hospitalar. Da mesma forma, há lacunas no que se refere à compreensão dos possíveis fatores e mecanismos implicados em sua gênese, especialmente no que se refere à interface com o contexto de trabalho.

Tais lacunas podem ser preenchidas a partir de estudos com alto nível de evidência, porém há vazios relacionados a aspectos subjetivos do trabalho que remetem à necessidade de investigações de cunho qualitativo que favoreçam a compreensão de suas implicações no AD. A partir disso, aponta-se a necessidade de pesquisas com métodos mistos que investiguem os possíveis fatores associados e interfaces de forma simultânea.

3 MÉTODO

Neste capítulo, será descrito o método proposto para a pesquisa. Constam a abordagem e delineamento do estudo, o local, a população, os instrumentos para a obtenção dos dados, a descrição das variáveis, o tratamento e análise dos dados, bem como os procedimentos éticos e apresentação dos resultados.

3.1 ABORDAGEM E DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de métodos mistos, com desenho do tipo sequencial explanatório. Os estudos de métodos mistos combinam abordagens quantitativas e qualitativas em uma mesma pesquisa (CRESWELL, 2010; FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013; SANTOS et al., 2017), o que possibilita uma análise mais completa e abrangente do objeto de investigação, a partir de resultados que se complementam mutuamente (SANTOS et al., 2017).

O método quantitativo avalia frequência, gravidade e tendência de agravos. Trata-se de probabilidades, associações estatisticamente significativas para se conhecer uma realidade (HULLEY et al., 2015). Já a abordagem qualitativa considera a existência de “*uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes*” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2014, p. 82).

Além disso, os métodos mistos são ferramentas importantes para a investigação de processos e sistemas complexos na área da saúde (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). Conforme Minayo (2014), a utilização de diferentes técnicas e métodos de pesquisa multiplica as tentativas de aproximação em relação ao objeto de estudo.

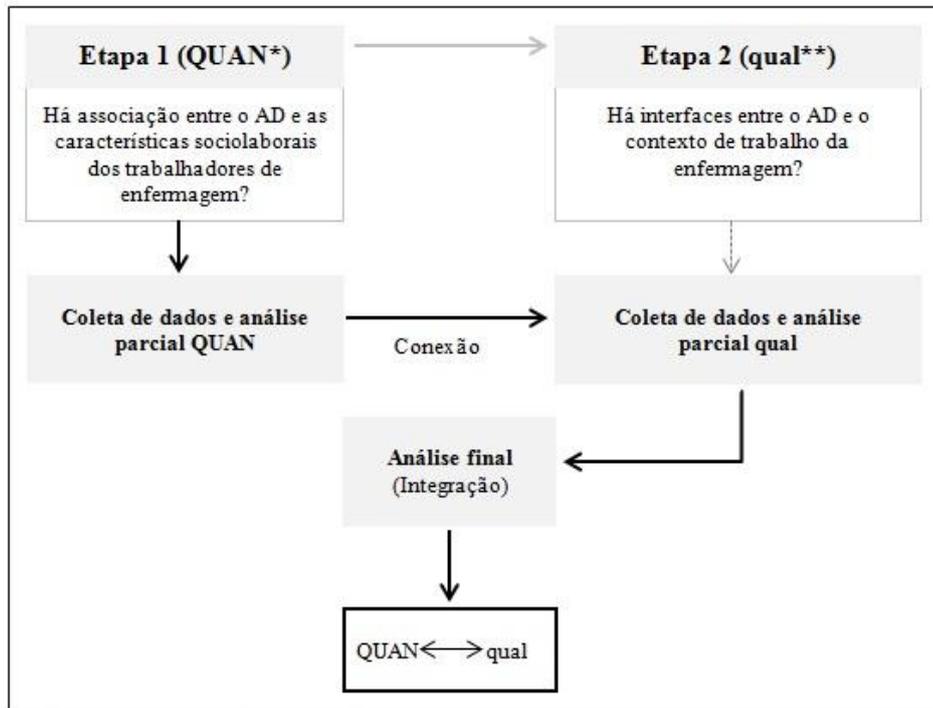
O emprego de métodos mistos de pesquisa necessita de planejamento em relação a quatro aspectos: distribuição de tempo na coleta de dados; atribuição de peso em relação às abordagens adotadas; a combinação dos dados; e a teorização ou transformação a partir da perspectiva teórica adotada. Em relação ao primeiro aspecto a coleta de dados pode ser conduzida ao mesmo tempo (concomitante) ou realizada em etapas (sequencial). Na atribuição de peso, segundo aspecto, pode ser priorizada uma das abordagens ou atribuído peso semelhante a ambas, conforme os interesses do pesquisador. O terceiro aspecto compreende a combinação dos estágios do estudo e da maneira de mixar os resultados. Quanto aos estágios, a combinação pode ocorrer no período de coleta, na análise dos dados, na interpretação dos resultados ou nas três fases. Os resultados podem ser combinados por meio de conexão, integração ou incorporação. A conexão prevê a combinação das abordagens

com a análise de dados da primeira fase do estudo e a coleta de dados da segunda fase. A integração se dá quando os bancos de dados quantitativos e qualitativos estão integrados e produzem informações que se complementam mutuamente. Já, na incorporação, ocorre a coleta de dados secundários que servem de apoio para os resultados de um banco de dados principal. O quarto aspecto aborda a perspectiva teórica que irá conduzir a investigação de método misto, a qual pode estar explícita ou implícita (CRESWELL, 2010; SANTOS et al., 2017).

Neste estudo, adotou-se o delineamento sequencial explanatório que ocorre em duas fases interativas e distintas, com o desenvolvimento de uma etapa com abordagem quantitativa seguida por uma qualitativa. Nesse desenho, a interpretação dos resultados qualitativos auxilia na compreensão dos resultados quantitativos iniciais (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

Na primeira etapa (Etapa 1, quantitativa), foi realizado um estudo transversal retrospectivo com fonte de dados documentais, considerando-se todos os episódios de AD dos trabalhadores de enfermagem com início no ano de 2016. Na segunda etapa (Etapa 2), empregou-se um desenho qualitativo com realização de entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores de enfermagem. Procurou-se atribuir peso semelhante aos resultados de ambas as etapas, conforme suas especificidades. Os dados foram combinados por meio da conexão dos resultados quantitativos com os critérios de seleção dos participantes da etapa qualitativa e também a partir da integração dos resultados e discussão.

Figura 2 – Etapas da pesquisa, conforme desenho sequencial explanatório



*QUAN: quantitativa; ** qual: qualitativa.

Fonte: Adaptada de Creswell (2010).

A seguir, apresenta-se o local de realização da pesquisa.

3.2 LOCAL DE PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Universitário (HU) do Sul do Brasil. Trata-se de um hospital geral, de ensino, público, de nível terciário, com atendimento exclusivamente pelo SUS.

Neste momento, o hospital possui seu Planejamento Estratégico vinculado ao Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e ao Plano de Desenvolvimento Institucional da Universidade ao qual se encontra vinculado. Nessa direção, a gestão do hospital também está vinculada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Trata-se de uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação que possui como atribuições, a administração de unidades hospitalares e a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Diante desse contexto de reestruturação, houve o estabelecimento e cumprimento de metas de contratações de pessoal (em regime de contratação celetista), ampliação do número de leitos e de atendimentos. Assim, atualmente, coexistem no hospital diferentes regimes de contratação dos trabalhadores, ou seja, permaneceram os servidores públicos federais vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU) dos servidores públicos civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais (BRASIL, 1990) e a eles se somaram os empregados públicos contratados pela EBSEH em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

O contexto descrito remete à coexistência de trabalhadores com a mesma habilitação profissional e atribuições nos setores, porém com regimes de contratação diferentes. Essa diferença pode se refletir em elementos relevantes para a saúde do trabalhador, como a carga horária de trabalho a ser cumprida, os direitos trabalhistas, o plano de carreira e a própria remuneração percebida, dentre outros.

3.3 POPULAÇÃO

Conforme informações obtidas junto à Gerência Administrativa da instituição, no ano de 2016, atuavam no hospital cerca de 1.800 trabalhadores, sendo aproximadamente 1.100 estatutários e 700 contratados pelo regime celetista. O quadro da enfermagem era composto por um quantitativo de 940 trabalhadores. Destes, 560 estavam vinculados ao regime estatutário (170 enfermeiros, 250 técnicos em enfermagem e 140 auxiliares de enfermagem) e 380, ao regime celetista (155 enfermeiros e 225 técnicos em enfermagem).

A população da Etapa 1 (quantitativa) foi constituída por todos os trabalhadores de enfermagem em atividade no HU com episódios de AD, no ano de 2016.

Na etapa 2, participaram 20 trabalhadores de enfermagem que tiveram, pelo menos, um episódio de AD incluídos na etapa inicial da pesquisa.

O Quadro 3 apresenta uma síntese dos procedimentos metodológicos da pesquisa.

Quadro 3 – Resumo dos procedimentos metodológicos da pesquisa

Desenho da pesquisa	Pesquisa de método misto com desenho sequencial explanatório	
	Quantitativo	Qualitativo
	Pesquisa documental, retrospectiva	Pesquisa de campo
Objetivos específicos	- Caracterizar o AD nos trabalhadores de enfermagem do HU. - Verificar associações entre o AD e as características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem.	- Identificar interfaces entre o AD e o contexto de trabalho da enfermagem no HU. - Conhecer as percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD.
População/participantes	- 1.744 episódios de AD	- 20 trabalhadores de enfermagem
Coleta dos dados	- Formulário de caracterização do AD	- Entrevistas semiestruturadas
Análise dos dados	- Análise estatística descritiva e analítica.	- Análise de conteúdo temática.

Fonte: Adaptado de Santos et al. (2017).

No próximo subitem estão descritos os critérios de elegibilidade adotados na investigação.

3.3.1 Critérios de elegibilidade

3.3.1.1 Critérios de elegibilidade na Etapa 1 (quantitativa)

Na Etapa 1 foram incluídos todos episódios de AD dos trabalhadores de enfermagem com atuação (exercício profissional) no HU com início no ano de 2016. Os critérios de inclusão e exclusão encontram-se no Quadro 4.

Quadro 4 – Critérios de elegibilidade utilizados na Etapa 1 (quantitativa)

Inclusão	Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Episódios de AD de trabalhadores de enfermagem com lotação e exercício no HU (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). - Episódios de AD (licenças para o tratamento da própria saúde do trabalhador) justificados por atestados médicos ou odontológicos. - Episódios de AD com início no período compreendido entre 01/01/2016 e 31/12/2016. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absenteísmo por doença profissional, acidente de trabalho, licença gestante e outros tipos de ausências não previstas. - Episódios de AD sem a CID.

Fonte: Elaborado pela Autora (2017).

A partir dos critérios de elegibilidade, foram contabilizados 1.744 afastamentos em 600 trabalhadores de enfermagem. Houve exclusão de quatro episódios de AD em que não

constava a Classificação Internacional de Doenças (CID). Dois foram de trabalhadores estatutários e dois, de celetistas. Os episódios de AD excluídos contabilizaram oito dias de afastamento.

3.3.1.2 Critérios de elegibilidade e participantes na Etapa 2 (qualitativa)

Na Etapa 2 (qualitativa) participaram trabalhadores de enfermagem que apresentaram, pelo menos, um episódio de AD incluído na Etapa 1 (quantitativa). Para tal, foram utilizados os critérios de seleção descritos no quadro a seguir.

Quadro 5 – Critérios de elegibilidade utilizados na Etapa 2 (qualitativa)

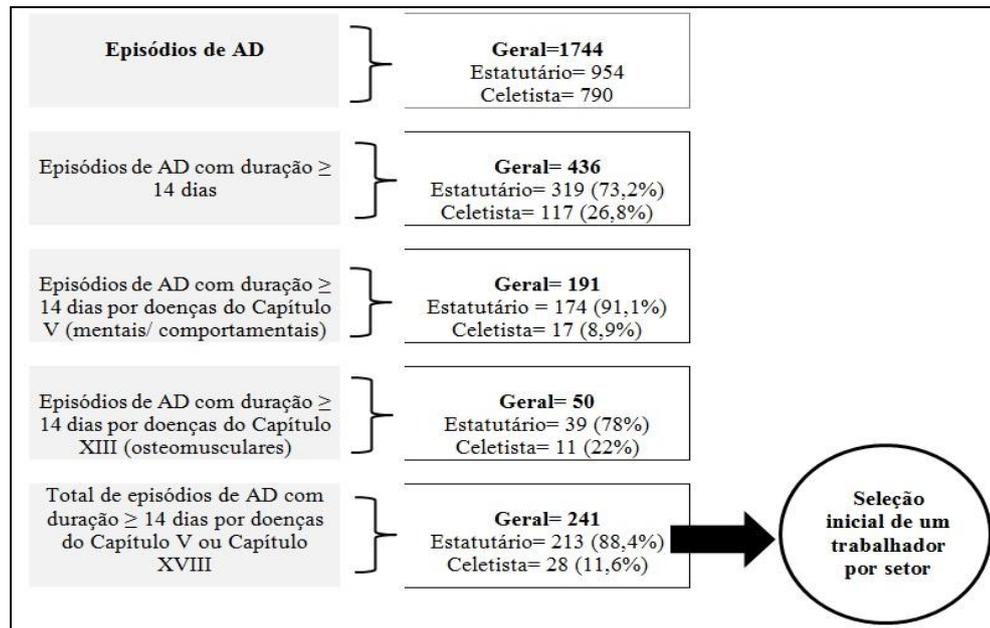
Inclusão	Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhador com, pelo menos, um episódio de AD incluído na Etapa 1. - Trabalhador com, pelo menos, um episódio de AD com duração igual ou superior a 14 dias e que tenha sido atribuído a transtornos mentais/comportamentais ou osteomusculares. - Trabalhadores em exercício das atividades laborais no período de coleta dos dados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhadores afastados das atividades laborais por férias ou licenças de qualquer natureza.

Fonte: Elaborado pela Autora (2017).

Conforme prevê o desenho sequencial explanatório, os critérios de seleção dos possíveis participantes da Etapa 2 foram delineados a partir dos resultados obtidos na etapa inicial, no sentido de complementá-los e aprofundá-los. Nessa lógica, optou-se por incluir trabalhadores que tivessem apresentado, pelo menos, um afastamento de longa duração (período igual ou superior a 14 dias) atribuído a um dos grupos de doenças mais expressivos em relação ao número de episódios de AD e número de dias de trabalho perdidos.

A Figura 3 mostra como foram selecionados os participantes da segunda etapa do estudo (qualitativa).

Figura 3 – Seleção dos participantes da Etapa 2 (qualitativa)



Fonte: Elaborado pela Autora.

A abordagem qualitativa não se detém na representatividade numérica ou no quantitativo de depoimentos, e sim se baseia na rede de significados, a partir da sua interlocução. Nessa perspectiva, priorizam-se o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de significação. Assim, o número ideal de participantes em estudos qualitativos é aquele que reflete a realidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo (MINAYO, 2014).

A partir desse entendimento e dos critérios de seleção adotados, optou-se por, inicialmente, entrevistar um trabalhador de cada um dos 22 setores do HU considerados na Etapa 1 (Quadro 6, subitem 3.4.1). Essa opção se deu no intuito de contemplar o contexto laboral da enfermagem no HU como um todo, procurando identificar elementos comuns e específicos dos diferentes setores e suas possíveis interfaces com o AD.

Sequencialmente, elaborou-se uma lista nominal dos possíveis participantes por setor de atuação, na qual também constavam o cargo e o regime de contratação. A partir da consulta ao banco de dados da primeira etapa, identificou-se que nos setores de Pronto-Socorro pediátrico e Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) não houve trabalhadores com episódios de AD que atendessem aos critérios de elegibilidade para participação na segunda etapa da pesquisa.

Assim, inicialmente, selecionou-se um representante de cada um dos demais 20 setores do HU. Nos setores em que havia mais de um possível participante, realizou-se um

sorteio manual para a seleção do trabalhador a ser convidado para participar da entrevista. Esse procedimento foi realizado em 18 setores e o número de trabalhadores incluídos nos sorteios por setor variou de 2 a 9.

Após a realização das 20 entrevistas previstas inicialmente, adotou-se o critério de saturação dos dados para determinar o encerramento da coleta de dados da etapa qualitativa. Conforme Minayo (2014, p. 197),

por critério de saturação se entende o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. No entanto, provisoriamente o investigador pode e deve prever um montante de entrevistas e de outras técnicas de abordagem a serem depois balizadas em campo, à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para seu trabalho.

Menciona-se que não houve recusas entre os trabalhadores convidados para participarem da entrevista. A seguir, são descritos os instrumentos utilizados para a obtenção dos dados.

3.4 INSTRUMENTOS PARA A OBTENÇÃO DOS DADOS

3.4.1 Formulário para caracterização do AD

Esse instrumento continha informações em relação às características sociolaborais dos trabalhadores que apresentaram AD com início no ano de 2016, bem como as informações em relação ao afastamento propriamente ditas. O instrumento foi construído pela autora do estudo, considerando-se as variáveis já pesquisadas em outras investigações sobre a temática, bem como as informações disponíveis na instituição (APÊNDICE A).

No Quadro 6, consta a descrição das variáveis que compuseram o formulário utilizado na Etapa 1 em relação ao tipo e apresentação.

Quadro 6 – Descrição das variáveis coletadas por meio do formulário de caracterização sociolaboral (Etapa 1) quanto ao tipo e apresentação

(continua)

Variável	Apresentação
Data de nascimento	- Idade (anos) ¹
Data de admissão	- Tempo de trabalho (em anos) ¹
Sexo	- Feminino - Masculino
Cargo	- Auxiliar de enfermagem - Técnico em enfermagem - Enfermeiro

(conclusão)

Setor/ unidade	Qualitativa	- Ambulatórios de quimioterapia e radioterapia - Ambulatórios I e II (Alas A e B) - Atenção psicossocial - Centro cirúrgico - Centro obstétrico - Processamento de materiais esterilizados - Pronto-socorro adulto - Pronto-socorro pediátrico - Recuperação pós-anestésica - Cirurgia geral - Materno-infantil - Clínica médica I - Clínica médica II - Nefrologia - Saúde da criança e do adolescente - Cuidado intensivo adulto - Cuidado intensivo cardiológico adulto - Cuidado intensivo pediátrico - Cuidado intensivo neonatal - Centro de tratamento de criança com câncer - CTCRIAC - Centro de transplante de medula óssea - CTMO - Outro ²
Regime de contratação	Qualitativa	- Estatutário (RJU) - Celetista (CLT)
Outro emprego na área da saúde ³	Qualitativa, dicotômica	- Sim - Não
Turno de trabalho	Qualitativa	- Diurno - Noturno - Intermediário/misto
Número de dias de AD	Quantitativo	Em dias ¹
Motivo do AD	Qualitativo	Capítulos de doenças da CID - 10 ⁴
Período da semana de início do AD	Qualitativo	Segunda-feira Terça a quinta-feira Sexta-feira Final de semana (sábado ou domingo) Feriado ⁵
Número do AD no ano de 2016	Quantitativo	-

¹ Apresentação por meio de medidas de tendência central e dispersão e categorização em intervalos interquartílicos.

² 'Outros' correspondeu aos setores que não possuem assistência de enfermagem direta e/ou ininterrupta ao paciente: Serviço de hemodinâmica; Laboratório de análises clínicas; Divisão de gestão de pessoas; Supervisão nutricional; Unidade de vigilância em saúde; Ouvidoria; Traçados gráficos; Diagnóstico por imagem; Hotelaria hospitalar; Serviço de pneumologia; Unidade de gestão e internação; Hemoterapia; Higienização gestão de resíduos; Padronização de materiais; Núcleo de ensino e pesquisa; Pesquisa clínica.

³ A presença de outro emprego na área da saúde foi consultada em fonte de dados públicos por meio de acesso ao portal de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/consulta.jsp>.

⁴ Classificação Internacional por Capítulo de Doenças: I- Infeciosas e parasitárias (A 00 -B99); II- Neoplasias (C 00 - D 48); III- Sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários (D 50 - D 89); IV- Endócrinas, nutricionais e metabólicas (E 00 - E 90); V- Transtornos mentais e comportamentais (F 00 - F 99); VI- Sistema nervoso (G 00 - G 99); VII- Olho e anexos (H 00-H 59); VIII- Ouvido e da apófise mastoide (H 60- H 95); IX- Aparelho circulatório (I 00 - I 99); X- Aparelho respiratório (J 00 - J 99); XI- Aparelho digestivo (K 00 - K 93); XII- Pele e do tecido subcutâneo (L 00 - L99); XIII Sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M 00 - M 99); XIV- Aparelho geniturinário (N 00 - N99); XV- Gravidez, parto e puerpério (O 00 - O 99); XVI- Afecções originadas no período perinatal (P 00 - P 96); XVII- Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q 00 - Q 99); XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R 00 - R 99); XIX- Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (S 00 - T 98); XX- Causas externas de morbidade e de mortalidade (V 01 - Y 98); XXI- Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z 00 - Z 99).

⁵ Os feriados considerados encontram-se no APÊNDICE B. Não foram considerados os feriados que coincidiram com sábados ou domingos no ano de 2016.

3.4.2 Roteiro para as entrevistas semiestruturadas

Na Etapa 2, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores de enfermagem. Para tal, utilizou-se um roteiro organizado em tópicos temáticos, de modo a contemplar as variáveis que pudessem sustentar a produção de dados empíricos acerca do tema de interesse da pesquisa (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2014).

Os tópicos serviram como lembretes para orientar e guiar o andamento da interlocução entre entrevistador e entrevistado. Assim, buscou-se permitir a flexibilidade nos diálogos e absorção de novos temas e questões de relevância que pudessem emergir durante a entrevista (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2014; MINAYO, 2014).

Utilizou-se um roteiro com questões fechadas para a caracterização sociolaboral dos participantes e com tópicos temáticos em relação ao objeto de estudo (APÊNDICE C).

3.5 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados iniciou após a obtenção do parecer favorável para a realização da pesquisa pelo Comitê de Ética da instituição. A seguir, estão descritas as etapas de obtenção dos dados.

3.5.1 Etapa 1

Na Etapa 1, foram coletados os dados de natureza quantitativa, documental e retrospectivos, no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Utilizou-se um formulário de pesquisa (APÊNDICE A) com preenchimento manual, a partir de consulta às informações disponíveis nos sistemas de informação da instituição, conforme o vínculo empregatício do trabalhador.

Os dados dos trabalhadores estatutários foram obtidos junto ao setor de Perícia Oficial em Saúde (Peof). Já os dados dos trabalhadores celetistas foram obtidos no setor de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) do HU. Os setores disponibilizaram os registros oficiais de AD e os dados dos trabalhadores, conforme o formato que dispunham.

O setor de Peof forneceu um arquivo digital com os dados no formato de tabelas do programa Excel, os quais foram importados do Sistema de Informações Educacionais (SIE), utilizado pela Universidade à qual o HU encontra-se vinculado, a partir de acesso privativo do servidor responsável pelos registros estatísticos do setor. No SOST foram fornecidos dois

arquivos digitais no formato de tabelas do programa Excel, um com informações relativas aos episódios de AD propriamente ditos e o outro com os dados sociolaborais dos trabalhadores contratados pelo regime celetista.

As informações referentes às variáveis “turno de trabalho” e “setor de atuação” dos trabalhadores, de ambos os regimes de contratação, foram obtidas junto à Divisão de Enfermagem do HU. Esses dados também foram disponibilizados no formato de tabela digital do programa Excel.

3.5.2 Etapa 2

Na Etapa 2, foram coletados os dados de natureza qualitativa, com pesquisa de campo, a qual foi desenvolvida no período de abril a junho de 2017. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores de enfermagem, conforme critérios de seleção descritos no subitem 3.3.1.2.

Os prováveis participantes foram abordados nos locais de trabalho, informados sobre os objetivos do estudo e as questões éticas que envolvem a pesquisa com seres humanos, como o anonimato e o caráter voluntário da participação. Sequencialmente, foram consultados quanto a melhor data e horário para a entrevista, conforme as especificidades de cada setor.

Mediante agendamento prévio, as entrevistas foram realizadas anteriormente ou durante o turno de trabalho, conforme preferência do trabalhador, nos setores de atuação, em salas reservadas de modo a proporcionar privacidade aos respondentes. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos e foram audiogravadas para posterior transcrição e análise, a partir da consulta e concordância do participante.

A seguir, estão descritas as etapas de análise dos dados.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1 Análise quantitativa (Etapa 1)

Os dados da Etapa 1 foram digitados em planilha eletrônica e analisados no programa PASW Statistic® (*Predictive Analytics Software*), versão 20.0 for Windows. Todos os dados foram digitados pela pesquisadora estudante do curso de doutorado, com o intuito de garantir a confidencialidade das informações e anonimato das identidades e CID dos trabalhadores de enfermagem.

Quanto ao controle de qualidade, todos os dados foram submetidos à conferência ao final de cada dia de digitação. Após a digitação, utilizaram-se as ferramentas de verificação de casos duplicados e de casos incomuns. Em seguida, os dados foram conferidos quanto aos rótulos de valores e a existência de casas em branco por variável.

Após a verificação de possíveis inconsistências, os dados foram submetidos à análise propriamente dita. Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva, de modo que as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e proporções e as variáveis contínuas, a partir de medidas de tendência central e dispersão: mediana, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo observado. Posteriormente, realizaram-se as categorizações para as análises bivariadas.

Nas análises de associação, aplicaram-se os testes Qui-Quadrado ou Exato de Fisher e calcularam-se as razões de chances (*Odds Ratio*), com intervalo de confiança de 95%. Nos testes, foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças que apresentaram um $p < 0,05$.

Realizou-se o cálculo dos resíduos ajustados nos casos em que houve associação global constatada ($p < 0,05$), a fim de identificar a associação local significativa entre as categorias. Conforme Agranonik, Hiraokata e Camey (2010), o valor do resíduo ajustado superior a 1,96 em valor absoluto indica a associação significativa entre duas categorias, sendo a força de associação proporcional ao valor absoluto do resíduo ajustado, ou seja, quanto maior o resíduo ajustado, maior a força da associação.

Além disso, foram calculados os índices de frequência (if) e Índice de Gravidade (IG) de AD (COUTO, 1987; SILVA; MARZIALE, 2006; GEHRING JUNIOR et al., 2007). Esses índices representam indicadores de absenteísmo reconhecidos internacionalmente e podem favorecer comparações com resultados de outros estudos (GEHRING JUNIOR et al., 2007). Para tal, utilizaram-se as fórmulas a seguir.

- if = número de episódios de AD no período / número de trabalhadores no período;
- IG = número de dias de AD no período / número de trabalhadores no período.

3.6.2 Análise qualitativa (Etapa 2)

Os dados audiogravados nas entrevistas foram transcritos de forma literal em um editor de textos e submetidos à análise qualitativa. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, a qual se propõe a constituir núcleos de sentido em uma comunicação, de

modo que sua presença ou repetição possuam significados em relação ao fenômeno pesquisado (MINAYO, 2014).

Essa técnica possibilita fazer inferências sobre dados de um determinado contexto por meio de procedimentos especializados e específicos, os quais são desenvolvidos a partir das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e interpretação (MINAYO, 2014). A seguir, encontra-se descrita a trajetória de análise percorrida neste estudo.

Na etapa de pré-análise realizou-se a leitura flutuante das entrevistas no sentido de dar início ao processo de apreensão dos conteúdos e reconhecimento do *corpus* da pesquisa. Sequencialmente, procedeu-se à leitura exaustiva do material de análise, a fim de possibilitar a retomada da hipótese e objetivos do estudo.

Na fase de exploração do material, identificaram-se os eixos temáticos e núcleos de sentido e suas repetições ao longo dos discursos. A análise abarcou dois eixos temáticos: interfaces entre o AD e o contexto de trabalho da enfermagem no HU; e percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD. Em cada eixo, os núcleos foram reduzidos a palavras ou a expressões significativas e organizados em um quadro sinóptico no qual constavam a sua ocorrência e localização nas entrevistas. Os núcleos receberam títulos provisórios e utilizou-se marcação cromática a fim de facilitar a sua identificação no *corpus* da pesquisa para posterior criação de arquivos individuais com os fragmentos de falas correspondentes a cada núcleo de sentido (pré-categorias).

Na terceira etapa procedeu-se ao tratamento dos dados, inferências e interpretação dos resultados. Para tal, realizou-se a leitura individual de cada eixo temático e núcleos significantes, a qual foi complementada por uma nova leitura das entrevistas na íntegra, a fim de identificar significados, repetições, inter-relações e contradições no decorrer dos relatos. Além disso, delimitaram-se as ideias centrais e secundárias e sua interlocução nos relatos dos participantes em relação ao objeto de estudo e aos resultados obtidos na etapa quantitativa.

Os depoimentos foram codificados pela letra 'T' (trabalhador), seguida de números arábicos sequenciais, conforme a ordem de realização das entrevistas (T1 ao T20). Esse procedimento objetivou manter o anonimato em relação à identidade dos participantes.

A partir dos resultados obtidos nas duas etapas da pesquisa, realizou-se uma análise comparativa dos mesmos. Essa análise objetivou identificar consonâncias, divergências, possíveis interfaces e, especialmente, aprofundar os resultados quantitativos (Etapa 1) a partir da escuta dos trabalhadores de enfermagem (Etapa 2, qualitativa).

Nesse sentido, buscou-se analisar as associações do AD com as características sociolaborais dos trabalhadores e suas interfaces com o contexto de trabalho da enfermagem na perspectiva da possível complementaridade entre os resultados objetivos (índices de AD e associações estatísticas) e os subjetivos (percepções e vivências dos trabalhadores). Assim, os relatos dos trabalhadores possibilitaram aprofundar, atribuir sentidos e significados aos resultados numéricos identificados na etapa inicial.

A seguir são apresentadas as considerações éticas da pesquisa.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo atendeu aos preceitos éticos vigentes para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. Respeitaram-se os trâmites e as recomendações previstas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto foi registrado no Sistema de Informações para Ensino (SIE) e encaminhado para avaliação institucional. Mediante obtenção das autorizações institucionais, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e enviado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de pesquisa.

A coleta de dados teve início após obtenção de autorização formal do CEP para a realização do estudo com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) número 589561116.0000.5643

Os autores se comprometeram a resguardar o anonimato dos participantes, conforme expresso no Termo de Confidencialidade ou de Responsabilidade do Pesquisador (ANEXO A). O TCLE foi disponibilizado, em duas vias, a todos os trabalhadores participantes da Etapa 2 (APÊNDICE D).

Na Etapa 2, os trabalhadores foram informados de que sua participação possuía caráter voluntário e poderia ser interrompida a qualquer momento, conforme o desejo do participante. Também foram expostos os objetivos da pesquisa, os riscos, benefícios, ausência de custos em relação à participação no estudo e de remuneração financeira pelo fornecimento dos dados.

Os questionários permanecerão armazenados na sala e os dados no computador de uso particular da Profa. Enfa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck, localizado na Av. Roraima, 1000- 97105-900- Santa Maria/RS, Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, 3º andar, sala 1305 A, durante um período de cinco anos. Após esse período os instrumentos impressos serão destruídos.

3.7.1 Riscos

O estudo não apresentou riscos potenciais ou reais à saúde dos participantes, porém a temática estudada poderia ter causado algum desconforto ao trabalhador durante sua participação. Os participantes tiveram a liberdade de desistir da pesquisa, porém não houve menção à desistência durante a realização das entrevistas.

3.7.2 Benefícios

Como benefício individual menciona-se o estabelecimento de um momento de escuta dos participantes em relação ao seu adoecimento e, conseqüentemente, o estímulo à reflexão em relação às possíveis interfaces entre a atividade laboral e a saúde do trabalhador. Nesse sentido, os participantes demonstraram receptividade em relação à temática pesquisada e satisfação em ‘serem ouvidos’.

Espera-se que este estudo confira maior robustez ao conhecimento teórico em relação ao AD na enfermagem. Almeja-se dar visibilidade à temática, bem como para a necessidade de ações de promoção à saúde dos trabalhadores, o que também poderá ter repercussões positivas em outras esferas como a segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde.

3.8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa compõem uma Tese que será apresentada e defendida em Banca Examinadora de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Além disso, a pesquisadora se compromete a publicar os resultados em meios de divulgação científica e compartilhar os achados com os trabalhadores de enfermagem e gestores da instituição.

Os gestores, coordenadores e trabalhadores de enfermagem serão convidados a acessar a tese na página do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM por meio de notificação por *e-mail* com o *link* de acesso ao seu conteúdo na íntegra. Nesse *e-mail* será informada a disponibilidade da pesquisadora para apresentar os resultados nos setores do hospital, conforme interesse dos integrantes das equipes de enfermagem.

4 RESULTADOS

Este capítulo é composto por dois itens. No primeiro, constam os resultados da Etapa 1 (quantitativa), acrescidos de alguns trechos de entrevistas (Etapa 2) que complementam os resultados numéricos. No segundo item, são apresentados os resultados da Etapa 2, os quais dizem respeito à caracterização dos participantes, às interfaces entre o AD e o contexto de trabalho da enfermagem no HU, bem como as percepções e vivências dos participantes em relação ao objeto de estudo.

4.1 RESULTADOS DA ETAPA 1 (QUANTITATIVA) E SUA EXPRESSÃO NA FALA DOS TRABALHADORES (ETAPA 2)

Neste item são apresentados predominantemente os resultados da Etapa 1 da pesquisa (quantitativa) e optou-se por complementá-los com trechos das entrevistas (Etapa 2) no sentido de favorecer a sua compreensão, a partir dos depoimentos dos trabalhadores. Essa opção também se justifica por contemplar o desenho sequencial explanatório, o qual prevê que os resultados obtidos na etapa quantitativa possam ser explicados qualitativamente.

No ano de 2016 foram computados 1.744 episódios de AD nos trabalhadores de enfermagem que atuavam no HU, sendo 954 (54,7%) de trabalhadores estatutários e 790 (45,3%) de trabalhadores celetistas. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos episódios de AD nos trabalhadores de enfermagem do HU conforme o regime de trabalho.

Tabela 2 – Distribuição dos episódios de AD nos trabalhadores de enfermagem do HU segundo o número de trabalhadores em atividade por mês conforme o regime de trabalho. Brasil, 2016. (N=1.744)

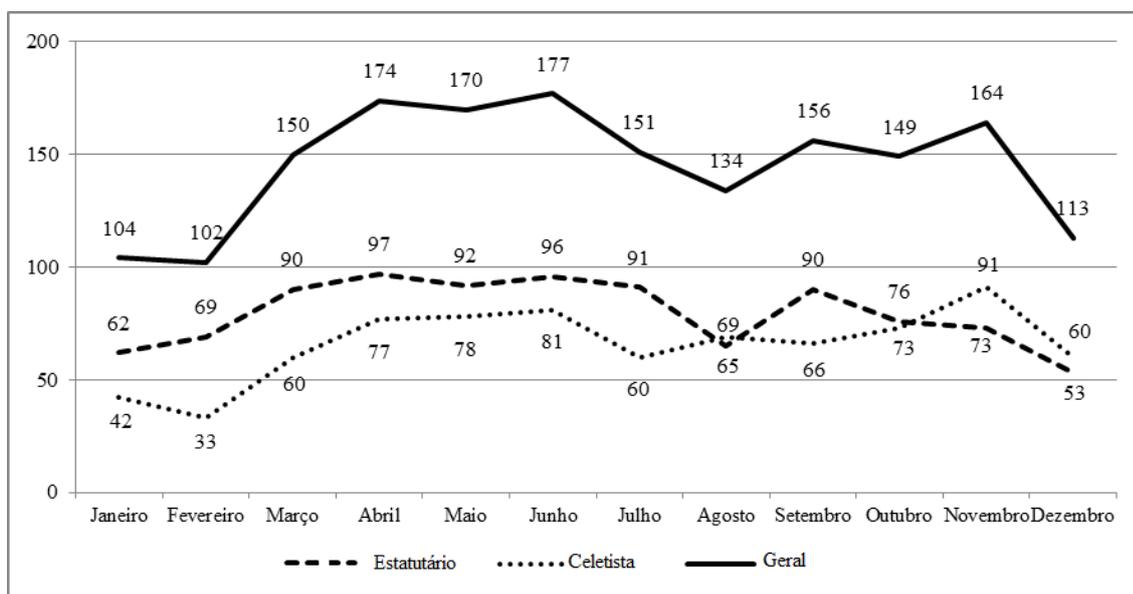
Mês de início	Estatutários		Celetistas		Geral	
	Nº de trabalhadores	Episódios AD	Nº de trabalhadores	Episódios AD	Episódios AD	%
Janeiro	574	62	375	42	104	6,0
Fevereiro	568	69	383	33	102	5,8
Março	563	90	382	60	150	8,6
Abril	561	97	381	77	174	10,0
Maio	559	92	380	78	170	9,7
Junho	558	96	381	81	177	10,1
Julho	556	91	381	60	151	8,7
Agosto	556	65	381	69	134	7,7
Setembro	555	90	381	66	156	8,9
Outubro	554	76	381	73	149	8,5
Novembro	554	73	380	91	164	9,4
Dezembro	553	53	419	60	113	6,6
Ano de 2016	559 ¹	954	384 ¹	790	1.744	100,0

¹ Quantitativo médio de trabalhadores por regime de contratação no ano.

Conforme a Tabela 2, considerando-se a totalidade dos trabalhadores, a maior parcela dos episódios de AD teve início no trimestre compreendido entre os meses de abril a junho. Os meses que registraram o menor número de afastamentos foram fevereiro, janeiro e dezembro.

O Gráfico 1 ilustra a distribuição dos episódios de AD dos trabalhadores de enfermagem do HU conforme o mês de início dos afastamentos e o regime de trabalho.

Gráfico 1 – Distribuição dos episódios de AD dos trabalhadores de enfermagem segundo os meses do ano de início e regime de trabalho. Brasil, 2016. (N=1.744)



Considerando-se a totalidade dos episódios de AD, é possível identificar que, no decorrer do ano considerado, houve um crescente no número de episódios de AD a partir do mês de março até o mês de junho. Nos meses seguintes, houve um declínio e posterior oscilação no número de afastamentos, com pelo menos 113 novos episódios de AD ao mês.

No trimestre compreendido entre abril e junho houve os maiores registros de AD nos trabalhadores de enfermagem de ambos os regimes de contratação. Identificou-se que nos meses de novembro e dezembro os afastamentos por motivos de saúde dos trabalhadores celetistas superaram os registrados entre os estatutários (Gráfico 1).

Na Tabela 3 constam o comparativo do número de trabalhadores que apresentaram pelo menos um afastamento por motivo de saúde com início no ano considerado, o índice de frequência (if) de AD, o Índice de Gravidade (IG) de AD e o número máximo de afastamentos por trabalhador conforme o regime de contratação.

Tabela 3 – Caracterização dos episódios de AD considerando-se o quantitativo médio de trabalhadores, if, dias de afastamento, IG e número máximo de episódios por trabalhador segundo o regime de contratação dos trabalhadores de enfermagem. Brasil, 2016. (N=1.744)

Regime de trabalho	Quantitativo médio de trabalhadores ¹	Trabalhadores com AD ²		Episódios de AD	if	Dias de afastamento	IG	Número máximo de episódios ³
		N	%					
Estatutário	559	343	61,4	954	1,7	12.831	22,9	12
Celetista	384	257	66,9	790	2,1	5.705	14,8	19
Geral	943	600	63,6	1.744	1,8	18.536	19,6	19

¹ Considerou-se o quantitativo médio de trabalhadores no ano (distribuição mensal na Tabela 1).

² Trabalhadores que apresentaram pelo menos um episódio de AD com início no ano de 2016.

³ Número máximo de episódios de AD por trabalhador com início no ano considerado.

Conforme a Tabela 3, a maioria dos trabalhadores (63,3%, n= 600) apresentou pelo menos um episódio de AD no ano de 2016. Ao se analisar o AD por regime trabalho, identificou-se que 61,4% dos estatutários e 66,9% dos celetistas apresentaram afastamento das atividades laborais no período de referência.

No ano de 2016, houve um maior índice de frequência de afastamentos dos trabalhadores celetistas (2,1) quando comparados aos estatutários (1,7), o que também ocorreu em relação ao número máximo de episódios de AD por trabalhador. Já os trabalhadores estatutários apresentaram um maior quantitativo de dias de afastamento das atividades laborais por motivo de saúde, o que sugere maior gravidade do AD, se comparados aos celetistas.

A Tabela 4 apresenta a caracterização dos episódios e o somatório de dias de AD dos trabalhadores de enfermagem do HU por cargo e regime de contratação.

Tabela 4 – Caracterização do AD segundo cargo e regime de contratação dos trabalhadores de enfermagem. Brasil, 2016. (N=1.744)

Regime de trabalho	Cargo	Número de trabalhadores ¹	Episódios de AD	Trabalhadores com AD (%) ²	if	∑ dias de AD	IG
Estatutário	Enfermeiro	170	236	57,6% (n=98)	1,4	2.938	17,3
	Téc. enfermagem	250	490	62,8% (n=157)	2,0	6.521	26,1
	Aux. enfermagem	139	228	63,3% (n=88)	1,6	3.372	24,2
Celetista	Enfermeiro	157	317	71,3% (n=112)	2	2.170	13,8
	Téc. enfermagem	227	473	63,9% (n=145)	2,1	3.535	15,6

							(conclusão)
Geral	Enfermeiro	327	553	64,2% (n=210)	1,7	5.108	15,6
	Téc. enfermagem	477	963	63,3% (n=302)	2	10.056	21,1
	Aux. enfermagem	139	228	63,3% (n=88)	1,6	3.372	24,2

¹ Quantitativo médio no ano considerado.

² Percentual relativo ao número de trabalhadores por cargo e regime.

A Tabela 4 mostra que, em ambos os regimes de contratação, a incidência de AD mais alta (963 episódios) e o maior número de dias de AD (10.056) ocorreu no cargo de técnico em enfermagem. Entre os estatutários identificaram-se 490 ocorrências de LTS, o que representou 6.521 dias de afastamento de 157 servidores. Entre os celetistas houve 473 episódios de AD, os quais totalizaram 3.535 dias de afastamento de 145 trabalhadores.

Nos enfermeiros, houve 553 episódios de AD que corresponderam a 5.108 dias de afastamento das atividades laborais de 210 trabalhadores. Comparando-se os regimes de contratação, observa-se que o número de episódios e o índice de frequência de AD foram superiores nos enfermeiros celetistas. Já o número de dias de afastamento e o índice de gravidade de AD foram maiores entre os estatutários (Tabela 4).

Dentre os auxiliares de enfermagem, houve registro de 228 episódios de AD, totalizando 3.372 dias de afastamento de 88 trabalhadores. A totalidade de trabalhadores dessa categoria profissional estava vinculada ao regime estatutário.

A Tabela 5 apresenta a caracterização dos episódios de AD quanto ao tempo de duração, período da semana de início e episódio de AD por trabalhador no ano segundo o regime de contratação.

Tabela 5 – Caracterização dos episódios de AD segundo o tempo de duração, período da semana de início e número de episódios de AD do trabalhador no ano por regime de trabalho. Brasil, 2016. (N=1.744)

Variáveis	Geral		Estatutário		Celetista		p valor ³
	N	%	n	%	n	%	
(continua)							
Tempo de duração do AD (dias) ¹							
1 dia	421	24,1	144	15,1	277	35,1 ²	<0,001
2 dias	324	18,6	188	19,7	136	17,2	
3 a 13 dias	563	32,3	303	31,8	260	32,9	
≥ 14 dias	436	25,0	319	33,4 ²	117	14,8	
Período da semana de início							
Segunda-feira	315	18,1	176	18,4	139	17,6	0,132
Terça a quinta-feira	849	48,7	440	46,1	409	51,8	
Sexta-feira	290	16,5	175	18,3	115	14,6	
Final de semana	268	15,4	150	15,7	118	14,9	
Feriado	22	1,3	13	1,5	9	1,1	

								(conclusão)
Episódio de AD do trabalhador no ano ¹								
1 episódio	600	34,4	343	36,0	257	32,5		
2 episódios	394	22,6	223	23,4	171	21,6	0,002	
3 episódios	266	15,3	152	15,9	114	14,4		
≥ 4 episódios	484	27,7	236	24,7	248	31,5²		
Total	1.744	100,0	954	100,0	790	100,0		

¹ Em intervalos interquartílicos.

² Associação estatisticamente significativa (resíduos ajustados > 2).

³ Teste Qui-Quadrado.

Quanto ao tempo de duração do AD, a mediana foi de três dias por episódio (média = 10,63; DP= 16,60; mínimo= 1; máximo= 156) considerando-se a totalidade dos trabalhadores. No regime estatutário a mediana foi de cinco dias por episódio (média = 13,44; DP= 18,02; mínimo= 1; máximo= 156). Considerando-se os trabalhadores celetistas, a mediana foi de dois dias por episódio de AD (média = 7,22; DP= 14,02; mínimo=1; máximo=139).

Houve associação significativa entre o tempo de duração do episódio de AD e o regime de trabalho ($p < 0,001$). Os episódios de AD dos trabalhadores estatutários se associaram a afastamentos com duração igual ou superior a 14 dias, enquanto que os afastamentos dos trabalhadores celetistas se associaram a afastamentos de um dia.

Na etapa 2 (qualitativa), houve menção às associações evidenciadas na primeira etapa da pesquisa (quantitativa), conforme mostram os trechos a seguir.

O pessoal celetista, logo que entraram, eles tinham um pouco de receio com essa questão de atestado. Para nós estatutários é uma coisa mais fácil, não que vá conseguir atestado frio, não é isso, mas por causa da tua estabilidade, esse número de atestados não vai interferir muito. Quem era celetista tinha um pouco mais de receio com isso, mas depois eu acho que eles foram se informando mais das coisas e acabaram perdendo esse medo. T19

Tem uma colega celetista que sente muita dor, ela toma um horror de medicação, o médico sugeriu que ela saísse de atestado. Ela implorou para o médico: 'Não me coloca de atestado, porque se eu sair de atestado eu não recebo e eu preciso'. Eu não sabia disso, ela [colega] quem me falou: 'Eu não posso sair de atestado, diz que eu estou bem.' T8

No que se refere ao período da semana de início do afastamento, identificou-se que a maior parcela ocorreu de terça a quinta-feira (48,7%, n= 849). Não houve associação entre o dia da semana de início do AD e o regime de contratação dos trabalhadores de enfermagem ($p > 0,05$).

Dentre os trabalhadores que tiveram algum afastamento para tratamento de saúde com início ano considerado, a maior parcela apresentou um episódio de AD (34,4%, n= 600). A média foi de 2,91 (DP= 2,43) episódios de AD por trabalhador, com variação de um a

19 afastamentos contabilizados por trabalhador. Nessa variável, houve associação de quatro ou mais episódios de AD por trabalhador no ano com o regime celetista ($p= 0,002$) (Tabela 5).

A Tabela 6 apresenta a caracterização sociolaboral dos trabalhadores de enfermagem segundo os episódios de AD com início no ano de 2016 por regime de trabalho.

Tabela 6 – Caracterização sociolaboral dos trabalhadores de enfermagem segundo episódios de AD por regime de trabalho. Brasil, 2016. (N=1.744)

Variáveis	Geral		Estatutário		Celetista		p valor ¹	
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								
	Feminino	1.576	90,4	864	90,6	712	90,1	0,800
	Masculino	168	9,6	90	9,4	78	9,9	
Faixa etária (anos) ²								
	20 a 33 anos	433	24,8	49	5,1	384	48,6⁴	<0,001
	34 a 40 anos	481	27,6	233	24,4	248	31,4	
	41 a 47 anos	383	22,0	258	27,0	125	15,8	
	≥ 48 anos	447	25,6	414	43,4⁴	33	4,2	
Cargo								
	Enfermeiro	553	31,7	236	24,7	317	40,1⁴	<0,001
	Técnico em enfermagem	963	55,2	490	51,4	473	59,9	
	Auxiliar de enfermagem	228	13,1	228	23,9⁴	-	-	
Tempo de contratação (anos) ³								
	≤ 1,5anos	433	24,8⁴	-	-	433	54,8	<0,001
	1,6 a 8 anos	423	24,3	66	6,9	357	45,2	
	9 a 13 anos	378	21,7	378	39,6	-	-	
	≥ 14 anos	510	29,2	510	53,5⁴	-	-	
Turno de trabalho								
	Diurno	1.171	67,1	526	55,1	645	81,6⁴	<0,001
	Noturno	494	28,3	366	38,4⁴	128	16,2	
	Misto/Intermediário	38	2,2	21	2,2	17	2,2	
	Não informado	41	2,4	41	4,3	-	-	
Outro empregado na área da saúde								
	Sim	110	6,3	51	5,3	59	7,5	0,070
	Não	1.634	93,7	903	94,7	731	92,5	
Total		1.744	100,0	954	100,0	790	100,0	

¹ Teste Qui-Quadrado.

² Categorização em intervalos interquartílicos (Mediana= 40; \bar{X} = 41; DP= 9,3; Min= 20; Max= 67).

³ Categorização em intervalos interquartílicos (Mediana= 9; \bar{X} = 9,5; DP= 8,91; Min= 0,17; Max= 36).

⁴ Associação estatisticamente significativa (resíduos ajustados > 2).

Como mostra a Tabela 6, na variável sexo houve semelhança na distribuição do AD nos diferentes regimes de trabalho ($p > 0,05$). Em ambos identificou-se que um percentual superior a 90% dos episódios de AD foi procedente de trabalhadoras do sexo feminino.

Considerando-se os episódios de AD no ano, identificou-se diferença significativa quanto à faixa etária dos trabalhadores em relação aos regimes de trabalho ($p < 0,001$). Os episódios de AD no regime estatutário se associaram a idade igual ou superior a 48 anos, enquanto que no regime celetista houve associação com a faixa etária compreendida entre 20 e 33 anos.

Nesse sentido, na segunda etapa (qualitativa), T10 fez a seguinte colocação:

Os estatutários são pessoas com mais idade e que estão trabalhando há mais tempo, 20, 30 anos, e os celetistas não, são pessoas que estão trabalhando há bem menos tempo. Isso acaba se refletindo na saúde e nos atestados também, eles [celetistas] serão nós [estatutários] amanhã. T10

Observou-se, ainda, associação significativa entre o cargo e o regime de trabalho, quando considerados os episódios de AD ($p < 0,001$). Nesse sentido, os episódios de AD dos trabalhadores de enfermagem estatutários apresentaram associação com o cargo de auxiliar de enfermagem e os afastamentos dos celetistas, com o cargo de enfermeiro.

De forma semelhante, em relação ao tempo de contratação identificou-se associação estatisticamente significativa com regime de trabalho ($p < 0,001$). Nessa variável, os episódios de AD do regime estatutário se associaram com maior tempo de contratação, na faixa igual ou superior a 14 anos; já os episódios de AD no regime celetista apresentaram associação com menor tempo de contratação, na faixa inferior ou igual a 1,5 ano. O tempo máximo de contratação entre os trabalhadores celetistas que apresentaram AD com início no ano de 2016 foi de 2,2 anos.

As associações do AD com a faixa etária dos trabalhadores e o tempo de atuação identificadas na Etapa 1 (quantitativa) apresentaram convergência com o conteúdo das entrevistas (Etapa 2, qualitativa), como mostram os trechos a seguir.

O que eu vejo é o tempo de trabalho. A enfermagem tem um tempo limite, tem um ponto em que tu começa a passar esse tempo, aí começa a “estourar” o cansaço. A gente se sente mais cansada, é mais nesse sentido. As gurias mais novas, dificilmente elas pegam atestado, só quando é uma doença orgânica mesmo, mas a parte psicológica é a idade, é muito tempo trabalhando. Tu não tens como trabalhar com 60 anos em um plantão. A tua visão já está detonada, a tua vitalidade é detonada, tu não tens como correr, como andar a noite inteira. A tua cabeça está boa, a tua cabeça te manda e na tua cabeça tu fazes mil e uma coisas, mas o teu corpo não obedece. T13

Nós da enfermagem, uma média de 20 anos, num “pique”, que tu estás bem, depois tu estás um “caco” e uns [trabalhadores] até antes, outros se estendem um pouquinho mais. O meu médico me disse: ‘Vocês [trabalhadores de enfermagem] levantam muito peso, enquanto os outros estão descansando, vocês estão lá, nos finais de semana, às vezes, noite, às vezes, têm outro emprego, ou têm atividade de casa ou ainda estudam concomitantemente ao trabalho.’ É um trabalho braçal que leva a algumas lesões no corpo com o decorrer do tempo e é verdade, porque eu tinha um “pique”, puxa vida!, eu fazia coisas que hoje eu não consigo, eu fico muito cansada. T5

Agora, com 60 anos, com dois empregos, realmente, minha saúde está só piorando [risos]. Está piorando bastante, porque agora a sobrecarga veio bastante. T2

A variável “outro emprego na área da saúde” não apresentou associação com o AD ($p > 0,05$). Em relação ao turno de trabalho, os episódios de AD no regime estatutário se

associaram ao turno da noite e os episódios celetistas se associaram à atuação diurna ($p < 0,001$).

A seguir, os trechos de entrevistas (etapa 2, qualitativa) referem-se à associação entre o AD nos diferentes regimes de vinculação dos trabalhadores e o turno de atuação, identificados na primeira etapa.

Eu fiquei no setor quando quase todos os funcionários antigos [estatutários] saíram. Quase toda a equipe do setor hoje, uns 80%, é celetista. Os estatutários que ficaram acabaram indo para a noite, isso ocorreu em vários setores. T17

Depois que a empresa entrou [nova gestão do hospital] houve uma mudança muito grande, entrou um número muito grande de funcionários nas unidades. Os mais antigos, alguns, pediram para sair [do setor em que estavam] e a maioria [que ficou] foi para a noite. T18

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos episódios de AD segundo os motivos relacionados aos afastamentos, agrupados por capítulo de doenças.

Tabela 7 – Distribuição dos episódios de AD por capítulos de doenças. Brasil, 2016. (N=1.744)

Capítulos de doenças ¹	Estatutário		Celetista		Geral		p valor*
	n	%	N	%	n	%	
I – Infeciosas e parasitárias	78	8,2	67	8,5	145	8,3	0,818
II – Neoplasias	27	2,9	12	1,5	39	2,3	0,065
III- Sangue o órgãos hematopoiéticos	6	0,6	3	0,4	9	0,5	0,470
IV – Endócrinas, nutricionais e metabólicas	9	0,9	9	1,1	18	1,0	0,687
V – Mentais e comportamentais	226	23,7	52	6,6	278	16,0	<0,001²
VI- Sistema nervoso	22	2,3	21	2,7	43	2,5	0,637
VII- Olho e anexos	30	3,1	28	3,5	58	3,3	0,643
VIII – Ouvido e anexos	19	2,0	15	1,9	34	1,9	0,089
IX- Aparelho circulatório	21	2,2	16	2,0	37	2,1	0,080
X- Aparelho respiratório	122	12,8	143	18,1	265	15,2	0,002 ³
XI- Aparelho digestivo	46	4,8	33	4,2	79	4,5	0,519
XII- Pele e tecido subcutâneo	20	2,1	22	2,8	42	2,4	0,351
XIII- Osteomusculares e tecido conjuntivo	131	13,7	86	10,9	217	12,5	0,073
XIV- Aparelho geniturinário	45	4,7	34	4,3	79	4,5	0,680
XV- Gravidez, parto e puerpério	24	2,5	96	12,2	120	6,9	<0,001³
XVII- Malformações congênitas	2	0,2	-	-	2	0,1	0,198
XVIII – Resultados anormais de exames	27	2,9	11	1,4	38	2,2	0,041²
XIX- Lesões, envenenamentos e outras	35	3,7	47	5,9	82	4,7	0,025³
XX- Causas externas de morbimortalidade	1	0,1	2	0,2	3	0,2	0,457
XXI- Contato com serviços de saúde	38	4,0	55	7,0	93	5,3	0,006³
Causas odontológicas	25	2,6	38	4,8	63	3,6	0,015³
Total	954	100,0	790	100,0	1.744	100,0	-

* Teste Qui-Quadrado.

¹ Não se identificaram episódios de AD por doenças do Capítulo XVI.

² Associação significativa com o regime de contratação estatutário (resíduos ajustados > 2).

³ Associação significativa com regime de contratação celetista (resíduos ajustados > 2).

Conforme a Tabela 7, as principais causas do AD entre os trabalhadores de enfermagem do HU foram as doenças mentais e comportamentais (16,0%; n=278), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (15,2%; n=265) e doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (12,5%; n=217). Quanto às causas do AD no regime estatutário, identificou-se um maior percentual de afastamentos por doenças mentais e comportamentais (23,7%, n=226), pelas doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (13,7%; n=131) e doenças do aparelho respiratório (12,8%; n=122). Já, no regime celetista, o maior percentual de afastamentos foi atribuído a doenças do sistema respiratório (18,1%; 143), seguidas por motivos relacionados à gravidez parto e puerpério (12,2%; n=96) e doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (10,9%; n=86).

Quando avaliado se existia associação entre os motivos de AD e os regimes de contratação, identificou-se associação entre o regime estatutário e os afastamentos relativos às doenças mentais e comportamentais ($p < 0,001$) e aos sinais e sintomas com resultados anormais de exames ($p < 0,041$).

Além disso, houve associação significativa entre regime celetista e os afastamentos motivados por doenças do aparelho respiratório ($p = 0,002$); gravidez, parto e puerpério ($p < 0,001$); lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas ($p = 0,025$); fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde ($p = 0,006$) e por motivos odontológicos ($p = 0,015$).

Na Tabela 8 consta a distribuição do número de dias de AD no ano considerada por capítulo de doenças e regime de contratação.

Tabela 8 – Caracterização do número de dias de AD por capítulo de doenças e regime de contratação. Brasil, 2016. (N=1.744)

Capítulos de doenças do CID-10 ¹	(continua)					
	Σ dias estatutário		Σ dias celetista		Σ dias Geral	
	n	%	n	%	n	%
I – Infeciosas e parasitárias	273	2,1	275	4,8	548	2,9
II – Neoplasias	999	7,8	413	7,2	1.412	7,6
III- Sangue o órgãos hematopoiéticos	114	0,9	85	1,5	199	1,1
IV – Endócrinas, nutricionais e metabólicas	144	1,1	110	1,9	254	1,4
V – Mentais e comportamentais	5.993	46,7	699	12,2	6.692	36,1
VI- Sistema nervoso	162	1,3	91	1,6	253	1,4
VII- Olho e anexos	189	1,5	79	1,4	268	1,4
VIII – Ouvido e anexos	98	0,8	252	4,4	350	1,9
IX- Aparelho circulatório	105	0,8	97	1,7	202	1,1
X- Aparelho respiratório	475	3,7	307	5,4	782	4,2
XI- Aparelho digestivo	345	2,7	155	2,7	500	2,7
XII- Pele e tecido subcutâneo	177	1,4	264	4,6	441	2,4
XIII- Osteomusculares e tecido conjuntivo	1.702	13,3	584	10,2	2.286	12,3
XIV- Aparelho geniturinário	344	2,7	199	3,5	543	2,9

	(conclusão)					
XV- Gravidez, parto e puerpério	571	4,4	1.459	25,6	2.030	11,0
XVII- Malformações congênicas	5	< 0,1	-	-	5	< 0,1
XVIII – Resultados anormais de exames	116	0,9	26	0,4	142	0,8
XIX- Lesões, envenenamentos e outras	559	4,4	401	7,0	960	5,2
XX- Causas externas de morbimortalidade	5	< 0,1	3	< 0,1	8	< 0,1
XXI- Contato com serviços de saúde	377	2,9	138	2,4	515	2,8
Causas odontológicas	78	0,6	68	1,2	146	0,8
Total	12.831	100,0	5.705	100,0	18.536	100,0

¹ A não representação do capítulo XVI se deve ao fato da não identificação de episódios de AD com referência ao mesmo.

A Tabela 8 mostra que as doenças mentais e comportamentais contabilizaram 6.692 (36,1%) dias de AD dos trabalhadores de enfermagem do HU. Os outros dois capítulos de doenças que motivaram a maior parcela de dias de afastamento foram relacionados ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (2.286 dias) e aos agravos relacionados à gravidez, parto e puerpério (2.030 dias).

Os participantes da segunda etapa (qualitativa) discorreram acerca desse contexto nas entrevistas, como mostram os trechos abaixo.

Aqui tem muita gente de atestado por causa de problemas psicológicos. Tem uma colega que eu nem conheço, está só o nome dela ali na escala. Eu nunca a vi aqui [setor de atuação], dizem que é por depressão. T19

Além do físico, eu acho que de tudo o psicológico é mais, em segundo seria o físico. Na parte física, a gente sente muito a coluna, porque tu ficas horas em pé e horas na mesma posição. Às vezes, tu não consegues sentar nenhum pouquinho. Em geral, em qualquer setor, se caminha muito, fica muito tempo de pé, anda bastante. Tem tudo isso e a parte psicológica, por ver o sofrimento dos outros, tu estás ali ajudando, mas tu vêes muita coisa. Dependendo de onde tu trabalhas, coisas que tu nem imagina que possas ver em uma pessoa e que tu vêes, seja uma doença, seja uma ferida, e isso aí pesa. T4

No regime estatutário, as doenças mentais e comportamentais motivaram 46,7% dos dias de AD. Entre os trabalhadores celetistas, os agravos relacionados à gravidez, parto e puerpério contabilizaram 1.459 dias de AD, o que correspondeu a mais de 25% dos dias de afastamento registrados nesse regime de contratação (Tabela 8).

O Quadro 7 apresenta uma síntese das associações significativas entre os capítulos de doenças que motivaram os episódios de AD nos trabalhadores de enfermagem e as demais variáveis investigadas. Nessa análise foi considerada a totalidade dos trabalhadores (regimes de contratação estatutário e celetista).

Quadro 7 – Associações entre os capítulos de doenças da CID que motivaram os episódios de AD e as variáveis de interesse. Brasil, 2016. (N=1.562)

(continua)

Capítulos de doenças ¹	Variáveis com associação significativa	Descrição da associação ²
I – Infeciosas e parasitárias (n=145)	Tempo de duração do afastamento (em quartis) (< 0,001)	≤ 2 dois dias
	Classificação do número de afastamentos do trabalhador no ano (em quartis) (p= 0,027)	1 episódio
	Período da semana de início (p< 0,001)	Final de semana
	Setor de atuação (p< 0,001)	Materno infantil
II – Neoplasias (n=39)	Duração do afastamento (em quartis) (p< 0,001)	≥ 14 dias
	Faixa etária (em quartis) (p= 0,011)	≥ 48 anos
	Tempo de contratação (em quartis) (p= 0,012)	≥ 14 anos
V – Mentais e comportamentais (n=278)	Duração do afastamento (em quartis) (p < 0,001)	≥ 14 dias
	Faixa etária (em quartis) (p< 0,001)	≥ 41 anos
	Tempo de contratação (em quartis) (p< 0,001)	≥ 9 anos
	Regime de trabalho (p< 0,001)	Estatutário
	Sexo (p= 0,009)	Feminino
	Cargo (p< 0,001)	Auxiliar de enfermagem
	Setor de atuação	Processamento de materiais (p= 0,001) Saúde da criança e adolescente (p= 0,038) Ambulatórios I e II (p< 0,001) CTCRIAC (p= 0,037) Cirurgia geral (p= 0,008) Outros (p= 0,036)
VI - Sistema nervoso (n=43)	Duração do afastamento (em quartis) (p= 0,044)	1 dia
	Tempo de contratação (em quartis) (p= 0,002)	1,6 a 8 anos
	Cargo (p= 0,016)	Técnico em enfermagem
VII - Olho e anexos (n=58)	Duração do afastamento (em quartis) (p< 0,001)	3 a 13 dias
X- Aparelho respiratório (n=265)	Duração do afastamento (em quartis) (p< 0,001)	≤ 2 dias
	Tempo de contratação (em quartis) (p< 0,001)	≤ 1,5 ano
	Regime de trabalho (p= 0,002)	Celetista
	Número de afastamentos do trabalhador no ano (em quartis) (p< 0,001)	1 episódio
	Mês de início (p< 0,001)	Abril, maio e julho
	Setor de atuação	Cirurgia geral (p= 0,034) Cuidado Intensivo cardiológico (p= 0,015)
XI- Aparelho digestivo (n=79)	Tempo de duração do afastamento (em quartis) (p= 0,003)	1 dia
	Setor de atuação	Recuperação pós-anestésica (p< 0,001)
XII- Pele e tecido subcutâneo (n=42)	Tempo de contração (em quartis) (p< 0,001)	1,6 a 8 anos

(conclusão)

XIII- Osteomusculares e tecido conjuntivo (n=217)	Duração do afastamento (em quartis) (p= 0,010)	3 a 13 dias
	Tempo de contratação (em quartis) (p= 0,002)	9 a 13 anos
	Sexo (p< 0,001)	Masculino
	Cargo (p< 0,001)	Técnico em enfermagem
	Turno de trabalho (p= 0,026)	Noturno
	Número de afastamentos do trabalhador no ano (em quartis) (p= 0,010)	3 episódios
	Setor de atuação	Pronto socorro adulto (p=0,020) Recuperação pós-anestésica (p= 0,014) Centro obstétrico (p= 0,029)
XV- Gravidez, parto e puerpério (n=120)	Duração do afastamento (em quartis) (p< 0,001)	≥ 14 dias
	Faixa etária (em quartis) (p< 0,001)	≤ 40 anos
	Tempo de contratação (em quartis) (p< 0,001)	≤ 8 anos
	Regime de trabalho (p< 0,001)	Celetista
	Sexo (p< 0,001)	Feminino
	Cargo (p< 0,001)	Enfermeiro
	Turno de trabalho (p≤ 0,001)	Diurno
Número de afastamentos do trabalhador no ano (em quartis) (p≤ 0,001)	≥ 4 episódios	
XV- Gravidez, parto e puerpério (n=120)	Setor de atuação	Cuidado intensivo neonatal (p< 0,001) Outros (p< 0,001)
XVIII – Sinais/ sintomas resultados anormais de exames (n=38)	Duração do afastamento (em quartis) (p= 0,002)	1 dia
	Regime de trabalho (p= 0,041)	Estatutário
XIX- Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (n=82)	Duração do afastamento (em quartis) (p= 0,005)	3 a 13 dias
	Regime de trabalho (p= 0,025)	Celetista
	Setor de atuação	Pronto socorro adulto (p=0,019)
XXI- Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (n=93)	Duração do afastamento (em quartis) (p≤ 0,001)	1 dia
	Tempo de contratação (em quartis) (p≤ 0,001)	1,6 a 8 anos
	Regime de contratação (p= 0,006)	Celetista
	Mês de início (p≤ 0,001)	Novembro e dezembro
	Outro emprego (p= 0,033)	Não
Causas odontológicas (n=63)	Duração do afastamento (em quartis) (p= 0,000)	≤ 2 dias
	Tempo de contratação (em quartis) (p= 0,031)	≤ 1,5 ano
	Regime de trabalho (p= 0,015)	Celetista

¹As doenças dos capítulos III, IV, VIII, IX, XIV, XVII, XX não apresentaram associação significativa com as variáveis de interesse (p> 0,05).

² Teste Qui-Quadrado. Testou-se a associação entre o AD por capítulo de doença em relação às variáveis de interesse. O número de episódios de AD por capítulo de doença consta na primeira coluna.

O Quadro 7 apresenta as doenças por capítulo que tiveram alguma associação com as variáveis investigadas no estudo, o que totalizou 1.562 episódios de AD, ou seja, 89,6% dos afastamentos considerados. O restante dos episódios de AD (n= 182; 10,4%) não apresentou associação significativa com as variáveis de interesse.

Quanto às doenças mentais e comportamentais (Capítulo V), houve associação significativa com regime estatutário, sexo feminino, cargo de auxiliar de enfermagem, tempo de duração do afastamento igual ou superior a 14 dias, faixa etária do trabalhador maior ou igual a 41 anos e tempo de contratação maior ou igual a nove anos. As doenças desse capítulo apresentaram associação com seis setores de atuação, como mostra o Quadro 7.

A seguir, apresentam-se trechos de entrevistas (Etapa 2, qualitativa) que fazem alusão às associações estatísticas entre as variáveis sociolaborais e o AD por doenças mentais e comportamentais identificadas na Etapa 1 (Quadro 7).

Eles [trabalhadores celetistas] não podem se afastar por muito tempo, a diferença é que, sendo estatutário, tu podes ficar afastado o tempo que precisar e os da empresa [celetistas], eles não. A partir de 15 dias vão para o INSS e isso interfere no salário deles [celetistas]. T8

Hoje não consigo mais ler nem quebrar uma ampola, não consigo mais fazer punções [punção venosa periférica], de repente, tu te deparas que tu estás com 60 anos, com um monte de restrições, e que a gente não consegue mais ser a mesma pessoa. Tu começa a te deprimir, eu já estou nessa depressão de não aceitação disso, é muito triste chegar a esse ponto. A gente vê muita gente adoecendo, acho que emocionalmente, principalmente. Estresse, principalmente pelo estresse em si do trabalho. Eu vejo as colegas com dez, quinze anos [de trabalho] já não aguentando mais, falando que já não conseguem mais, já com bastantes queixas de saúde. T2

Eu fui parar num psiquiatra, comecei a usar medicação. Essa angústia que o trabalho me gerou é uma coisa que eu não sei lidar ainda, eu não consigo mais ir ao setor [em que atuava antes] e eu trabalhei lá mais de dez anos. Eu corto voltas para não passar por lá, porque o período que eu estive lá não me traz lembranças boas, por mais que eu esteja fazendo as minhas terapias eu ainda não consigo lidar com isso. Esse contato [com pessoas do setor anterior] me causa uma angústia muito grande. T18

Aqui é mais o desgaste psicológico por causa da morte de crianças, porque tu lidares com a morte de um adulto, não que tu te tornes mais frio, mas o adulto já viveu. No setor em que eu estava antes morria muita gente, mas aí era AIDS [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida], era muito aqueles caras assaltantes, muitos de tiros. São pessoas que procuraram aquilo ali, mas uma criança, o que é que uma criança fez para passar por um sofrimento desses? Eles [crianças internadas no setor] sofrem assim que vou te dizer, e eles parecem que vieram prontos para aquilo ali, sabe? Parece que vieram prontos, destinados, nem sei explicar, é uma coisa assim, aqui é bem complicado. T19

No que se refere às doenças do sistema respiratório (Capítulo X) identificou-se associação com o regime de trabalho celetista; tempo de contratação de até 1,5 ano; duração de até dois dias; um episódio de AD do trabalhador no ano pesquisado e setores de Cirurgia geral e Cuidado intensivo cardiológico adulto. As doenças desse capítulo se associaram aos meses de início dos afastamentos de abril, maio e julho.

Conforme descrito, na segunda Etapa (qualitativa) participaram trabalhadores que apresentaram afastamentos por motivos de adoecimento mental ou musculoesquelético.

Apesar disso, os participantes também relataram problemas respiratórios, os quais representaram a segunda causa de episódios de AD no HU (Tabela 7), o que demonstra a convergência e complementariedade dos resultados das duas etapas do estudo, conforme os trechos a seguir.

Apareceu uma asma que eu não tinha, no ano passado primeiro fiquei ruim da coluna, depois eu tive uma gripe com crise de asma, tudo junto. Fiquei muito ruim, somando tudo, fiquei cinco meses fora, fiquei muito debilitada. T16

Aqui tem muito a questão do calor e frio, eu tenho rinite, em dois meses eu tive quatro episódios de sinusite. Eu passava de atestado, trabalhava uma semana e adoecia. Eu vejo que todo o mundo usa remédio para rinite aqui, tem uns colegas que nem percebem, mas por causa dessa variação de temperatura, ainda no plantão eu já sentia a dor de garganta, tive várias, ou era garganta ou era sinusite. T8

Eu notei que a minha saúde piorou bastante em relação aos resfriados. Uma tosse seca, todo mundo tem uma tosse seca aqui, sempre tu vais ver alguém com essa tosse. Não sei se é algum produto, se é alguma coisa dos pacientes, eu tenho a imunidade baixa, sempre pego alguma coisa, sempre tem um 'encosto' [risos]. A gente não sabe se é da luva, se é algum produto químico ou se é o ar, o ambiente ou alguma coisa. A gente não consegue identificar, acaba que a gente fica com aquela tosse, fica afônica, fica com toda aquela irritação de rinite, sinusite, é de um dia para o outro, vem e te derruba. T14

As doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (Capítulo XIII) se associaram a episódios de AD com duração de 3 a 13 dias, ao sexo masculino, ao cargo de técnico em enfermagem, ao tempo de contratação entre 9 e 13 anos, ao turno de trabalho noturno e a três episódios de AD do trabalhador no ano. Os setores que apresentaram associação significativa ao AD motivado pelas doenças desse grupo foram o de Pronto-Socorro adulto, Recuperação pós-anestésica e Centro obstétrico.

A seguir, os relatos dos trabalhadores nas entrevistas (etapa 2, qualitativa) agregam sentidos às associações do AD por doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo com as variáveis sociolaborais identificadas na primeira etapa.

Eu tive uma crise de coluna, bem parecida com essa que está começando agora, na mesma época do ano passado. O que me desencadeou aquela crise foi subir com um paciente para a tomografia, de noite não tem maqueiro, não fica ninguém nessa parte que de dia tem. Aí o paciente parou [parada cardiorrespiratória] dentro do aparelho de tomografia, a gente começou a massagem cardíaca [compressões torácicas] e não tinha com quem revezar, e foi ali que eu comecei a sentir [dor nas costas]. Eu saí daquele plantão com uma coisa bem desconfortável, não chegava a ser uma dor, mas uma coisa cansada, desconfortável, e foi passando dois, três, quatro dias até que eu travei. Primeiro tirei cinco dias de atestado, depois foi renovado mais três dias, aí eu voltei a trabalhar. Passaram uns quatro dias e eu vi que aquilo estava voltando, estava retornando, aí eu conversei com o médico, ele me deu mais quinze dias para não chegar ao ponto de travar de novo. Era uma dor que eu tinha, só passava deitado, eu tomava Tramal [cloridrato de tramadol] com paracetamol, eu tomava codeína, tomava dipirona, ibuprofeno, a única maneira de passar a dor nas costas era deitando, não existia outra maneira. T3

Às vezes, és só tu de homem, aí tu fazes mais força, porque tem que ajudar. Tu ficas com aqueles pacientes mais pesados, porque tu és homem, então tu fazes mais força, não adianta achar que não, porque sim. Quando tem paciente que as gurias têm que fazer força, eu tenho que ajudar a erguer, então eu faço mais força automaticamente. T7

A minha saúde já está bastante debilitada, de tanto empurrar maca e coisa, e de forçar bastante também, agora já não posso mais com peso. Já tenho uma artrose no joelho e tenho compressão das vértebras, quando me ataca, fico em cima da cama e nem levanto. T16

Eu tenho 23 anos de enfermagem e tu acabas tendo uma rotina, ainda mais como técnico [de enfermagem], tu acabas tendo uma rotina dia após dia, acaba sendo repetitivo. Tenho uma hérnia de disco enorme na coluna que, quando resolve me infernizar a vida, é para matar. Eu comecei a trabalhar com 20 anos, com 20 anos tu derrubas um prédio e não te dói nada. Hoje eu estou quebrada, comparando no início, tem coisas que eu não consigo mais fazer, tem lugares em que eu não consigo trabalhar. T17

O Quadro 8 apresenta as razões de chance do AD por capítulo de doenças do CID em relação às demais variáveis investigadas nos casos em que houve significância estatística.

Quadro 8 – Associações do AD por Capítulo de doenças do CID com variáveis de interesse segundo a *Odds Ratio* (OR) e Intervalo de Confiança (IC). Brasil, 2016. (N=1.562)

(continua)

Variável	Categoria de referência	Associação com capítulos de doenças	OR	IC	
Regime de trabalho	Estatutário (n= 954)	Mentais e comportamentais	4,4	3,20-6,05	
		Sinais/sintomas exames anormais	2,1	1,01-4,18	
	Celetista (n= 790)	Sistema respiratório	1,5	1,16-1,96	
		Gravidez, parto e puerpério	5,4	3,39-8,47	
		Lesões, envenenamentos e outras	1,7	1,06-2,60	
		Contato com os serviços de saúde	1,8	1,18-2,76	
		Causas odontológicas	1,9	1,12-3,14	
Tempo de duração (dias) ¹	1 dia (n= 421)	Sistema nervoso	2,1	1,13-3,91	
		Sistema digestivo	2,1	1,32-3,36	
		Sinais/sintomas exames anormais	2,3	1,21-4,49	
	2 dias (n= 324)	Infeciosas e parasitárias	2,9	2,07-4,25	
		Sistema respiratório	2,7	2,06-3,55	
	3 – 13 dias (n= 563)	Motivos odontológicos	3,8	2,16-6,68	
		Olho e anexos	2,9	1,69-4,89	
		Osteomusculares e tecido conjuntivo	1,6	1,20-2,15	
		Lesões, envenenamentos e outras	2,1	1,33-3,24	
		≥ 14 dias (n= 436)	Neoplasias	4,5	2,35-8,59
			Mentais e comportamentais	10,9	8,20-14,60
Gravidez, parto e puerpério	2,7		1,82-3,88		

(conclusão)				
Tempo de contratação (anos) ¹	≤ 1,5 ano (n= 433)	Sistema respiratório	1,5	1,15-2,04
		Gravidez, parto e puerpério	2,9	1,77-3,78
		Motivos odontológicos	2	1,22-3,44
	1,6 a 8 anos (n= 423)	Sistema nervoso	2,5	1,38-4,69
		Pele e tecido subcutâneo	2,9	1,58-3,42
		Gravidez, parto e puerpério	2,1	1,40-3,02
	9 a 13 anos (n= 378)	Mentais e comportamentais	1,5	1,13-3,02
		Osteomusculares e tecido conjuntivo	1,8	1,35-2,45
≥ 14 anos (n= 510)	Mentais e comportamentais	2,3	1,73-2,93	
	Neoplasias	2,6	1,38-4,93	
Sexo	Feminino (n= 1.576)	Doenças mentais e comportamentais	2,0	1,18-3,52
	Masculino (n= 168)	Osteomusculares e tecido conjuntivo	2,2	1,47-3,6
Faixa etária ²	≤ 39 anos (n= 977)	Gravidez, parto e puerpério	69,2	17,02-280,48
	≥ 40 anos (n= 767)	Neoplasias	2,3	1,21-4,78
		Mentais e comportamentais	2,8	2,10-3,77
		Osteomusculares e tecido conjuntivo	1,4	1,04-1,89
	Lesões, envenenamentos e outras	1,6	1,02-2,61	
Cargo	Enfermeiro (n= 553)	Gravidez, parto e puerpério	4,2	2,82-6,11
	Técnico em enfermagem (n= 963)	Sistema nervoso	2,1	1,09-4,18
		Osteomusculares e tecido conjuntivo	1,7	1,23-2,25
	Auxiliar de enfermagem (n= 228)	Mentais e comportamentais	2,2	1,62-3,11
Turno de atuação	Diurno (n= 1.171)	Gravidez, parto e puerpério	3,7	2,11-6,35
	Noturno (n= 494)	Osteomusculares e tecido conjuntivo	1,5	1,08-1,98
Setor de atuação	Unidade materno-infantil (n= 69)	Infeciosas e parasitárias	2,7	1,45-5,09
	Ambulatórios I e II (n= 90)	Mentais e comportamentais	3,0	1,90-4,72
	Processamento materiais (n= 53)	Mentais e comportamentais	2,3	1,43-4,67
	Saúde da criança e adolescente (n= 73)	Mentais e comportamentais	1,8	1,03-3,07
	CTCRIAC (n= 63)	Mentais e comportamentais	1,8	1,03-3,30
	Outros (n= 244)	Mentais e comportamentais	1,4	1,02-2,02
	Cirurgia geral (n= 113)	Mentais e comportamentais	1,8	1,16-2,85
		Aparelho respiratório	1,6	1,03-2,62
	Cuidado intensivo cardiológico (n= 33)	Aparelho respiratório	2,5	1,17-5,28
	Recuperação pós-anestésica (n= 117)	Aparelho digestivo	2,9	1,57-5,53
		Osteomusculares e tecido conjuntivo	1,8	1,19-2,92
	Pronto-socorro adulto (n= 107)	Osteomusculares e tecido conjuntivo	1,8	1,08-2,96
	Centro obstétrico (n= 91)	Osteomusculares e tecido conjuntivo	1,8	1,05-3,08
	Outros (n= 244)	Gravidez, parto e puerpério	4,3	2,88-6,40
Cuidado intensivo neonatal (n= 164)	Gravidez, parto e puerpério	3,3	2,11-5,26	

¹ Categorização em intervalos interquartílicos.

² Categorização a partir da mediana.

Conforme mostra o Quadro 8, os episódios de AD motivados pelas doenças mentais e comportamentais apresentaram 10,9 vezes mais chances de possuir duração igual ou superior a 14 dias; 4,4 vezes mais chances de ocorrer no regime celetista; o dobro de chances de ocorrer em trabalhadores do sexo feminino, com idade a partir dos 40 anos, em trabalhadores com tempo de contratação igual ou superior a 14 anos; em auxiliares de enfermagem e em trabalhadores que atuavam nos setores de Processamento de materiais esterilizados e Ambulatórios I e II. Além disso, verificou-se que o AD por motivos de doenças mentais e comportamentais apresentou 1,5 vez mais chance de ocorrer entre 9 e 13 anos de contratação, bem como 1,8 vez mais chance de os trabalhadores atuarem nos setores de Saúde da criança e do adolescente, Cirurgia geral e CTCRIAC.

No que tange ao AD por doenças mentais e comportamentais e às razões de chance de sua ocorrência em relação às características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem, na etapa segunda etapa (qualitativa), o participante T4 complementou:

A enfermagem acaba com a saúde muito prejudicada, tem o desgaste físico e, principalmente, o mental. Quando tu começa a trabalhar, tu és uma coisa, depois de uns anos de serviço os problemas começam a aparecer. Eu nunca pensei que ia parar em um psiquiatra e precisar de um medicamento desses [controlado], mas chega a um ponto que o trabalho suga, principalmente o psicológico. Com o tempo, os anos vão passando e tu te estressas, porque tu queres fazer tudo, deixar tudo pronto até o final do plantão, e daí aquelas seis horas parecem que voam, voam na verdade, tu tens sempre um monte de coisa para fazer, eu ficava naquela aceleração. É uma coisa que com o tempo tu te desgastas, não adianta. Se tu trabalhas em um setor onde tem mais estresse no serviço, isso vai te afetar a mente. T4

Já os episódios de AD devido às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo apresentaram 2,2 vezes mais chances de ocorrerem no sexo masculino. Também houve maiores chances de esses afastamentos possuírem duração entre 3 e 13 dias, ocorrerem com um tempo de contratação entre 9 e 13 anos, a partir dos 40 anos de idade, no turno de trabalho noturno e nos setores de Recuperação pós-anestésica, Pronto-Socorro adulto e Centro obstétrico.

As doenças do sistema osteomuscular foram citadas pelos participantes nas entrevistas. Os depoimentos a seguir complementam os resultados do Quadro 8.

O tempo, ele é generoso com a gente, ele te dá uns brindes. Então, eu tenho hérnia de disco na lombar e mais um cisto na cervical. Quando dá as crises de travar mesmo, eu levo, no mínimo, sete a dez dias para 'destravar'. T11

Eu não me imagino me aposentando aqui, a coluna não vai aguentar. T14

No próximo item estão representados os demais resultados da segunda etapa do estudo (qualitativa).

4.2 RESULTADOS DA ETAPA 2

Os resultados da Etapa 2 foram organizados em três subitens. Inicialmente, apresenta-se a caracterização dos participantes e, sequencialmente, constam os dois eixos temáticos que emergiram a partir da análise das entrevistas. O primeiro diz respeito às interfaces entre o AD e o contexto de trabalho no HU e sua expressão a partir do sofrimento, desgaste e adoecimento dos trabalhadores de enfermagem. O segundo eixo temático traz as percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD no HU.

4.2.1 Caracterização dos participantes da Etapa 2

Na segunda etapa foram entrevistados cinco enfermeiros, 10 técnicos e cinco auxiliares de enfermagem, o que totalizou 20 participantes dos diferentes setores do HU. Destes, 14 possuíam vínculo estatutário e seis eram contratados pelo regime celetista.

A Tabela 9 mostra a caracterização dos participantes da Etapa 2 em relação à idade, tempo de atuação no HU, tempo de atuação no setor atual, média do número de dias de AD e episódios de AD no ano de 2016 por trabalhador.

Tabela 9 – Caracterização dos participantes da Etapa 2 da pesquisa (qualitativa). Brasil, 2016. (N=20)

Variável	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)*	43,65	8,78	41	28	60
Tempo de atuação no HU (anos)*	10,37	6,51	10,5	2	23
Tempo de atuação no setor (anos)	4,36	5,01	2	0,5	15
Dias de AD em 2016 *	59,55	44,01	45,5	14	156
Episódios de AD em 2016*	4,05	2,68	3	1	10

* Dados conferidos no banco de dados da Etapa 1 (quantitativa).

Os entrevistados possuíam idade na faixa dos 40 anos, tempo de atuação no HU em torno de 10 anos e no setor, tempo médio de quatro anos. Em relação aos episódios de AD, o número médio de dias de afastamento por trabalhador foi de 59,55 dias e em torno de quatro afastamentos no ano de 2016 por trabalhador (Tabela 9).

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (n= 18; 90%), com filhos (n= 16, 80%) e domiciliados no mesmo município onde se localiza o HU (n= 18; 90%). Em relação à

situação conjugal, 50% (n= 10) dos participantes não possuíam companheiro(a) ou relação conjugal estável e 25% (n= 5) moravam sozinhos.

A maior parcela dos entrevistados atuava em turnos diurnos e possuía formação além da exigida para o cargo (n= 13; 65%). A maioria dos trabalhadores informou trabalhar apenas no HU (95%, n= 19), uma parcela de 30% (n= 6) referiu fazer plantões extras por meio de APH com regularidade e três trabalhadores (15%) estavam estudando no período de coleta de dados.

Em relação à restrição de função para o exercício do cargo, seis participantes (30%) relataram possuir algum tipo de restrição formalizada junto à instituição. No que se refere à troca de setor de atuação no HU, nove trabalhadores (45%) mudaram de setor no último ano. Os trechos abaixo exemplificam essas circunstâncias.

Infelizmente, desde 2010 já estou com restrições, restrições em relação à força. A força já não está mais a mesma, em função da atrofia muscular, mais foi pela atrofia muscular e a coluna também já está bem complicada, a parte cervical. T2

Eu passei por vários setores, as pessoas não aguentam ficar muito tempo [no mesmo setor], é difícil. Eu tenho restrições porque tive duas isquemias, agora é mais complicado. Fiquei com problemas de memória, às vezes, eu esqueço alguma coisa, às vezes, vou falar e não sei, mas só isso, eu fiquei bem. T1

Pelo estresse, pelo desgaste psicológico, porque a gente perdia, perde muito paciente lá [setor anterior] e isso acabou me desgastando muito também, somando aos problemas pessoais que eu tive isso afetou o meu trabalho. Foram problemas de saúde graves na minha família e isso prejudicou o meu desempenho. Lá [setor anterior] tu precisas estar sempre atenta. Daí eu pedi para sair, não queria, mas depois de um trabalho de convencimento do meu psiquiatra eu saí. T17

Eu saí de lá faz seis meses, lá [setor anterior] é uma unidade muito pesada, os pacientes são todos pacientes que tu tens que mobilizar. São de quatro a cinco banhos de leito que tu dá por turno. Eu já não conseguia mais, tinha dias que eu saía de lá e nem conseguia caminhar. Eu fazia todo o meu serviço, essa minha dor, ela não me limita nada, eu faço tudo, mas, depois que eu faço, eu sinto as consequências, porque aí fica doendo. Fui ao médico, levei meus exames, e ele disse que não tinha condições de ficar lá [setor anterior], a opção que eu tive foi de vir para cá [setor atual]. No primeiro momento eu não quis, porque aqui [setor atual] eu acho que o negócio é mais psicológico mesmo, trabalho braçal quase não tem. Não tem trabalho braçal de força, mas a questão psicológica aqui é terrível. T19

Dos 20 participantes, a metade considerou que seu adoecimento foi decorrente do trabalho no HU, sete mencionaram que outras motivações se somaram ao exercício laboral na enfermagem e três consideraram que o AD foi decorrente de motivações alheias ao trabalho no HU. Nos trechos abaixo há uma referência a cada uma das situações.

A minha terapeuta diz, ela acredita que o meu adoecimento, 100% foi do trabalho, pela pressão do trabalho. T8

Além das dificuldades no trabalho, teve outro fator que eu fazia o mestrado junto, eu já estava entrando em parafuso com as duas coisas. T6

Aconteceu o episódio na minha vida pessoal, eu me separei, foi uma bagunça. A médica disse que eu estava passando por um estresse pós-traumático, que talvez eu já tivesse uma depressão ou uma propensão, e aí aquilo ali [separação conjugal] desencadeou uma depressão profunda. T13

No que se refere às doenças relacionadas aos episódios de AD nos participantes da Etapa 2, identificou-se que quatro trabalhadores foram acometidos por doenças do Capítulo XVIII (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo), cinco participantes se afastaram das atividades laborais por doenças do Capítulo V (mentais e comportamentais) e os demais (n=11, 55%) apresentaram episódios de AD por ambos os acometimentos. Além dos relatos nas entrevistas, estas informações foram certificadas por meio de consulta ao banco de dados da Etapa 1, a qual contou com fonte de dados documentais.

O próximo item apresenta as interfaces entre o AD e o contexto de trabalho no HU.

4.2.2 Interfaces entre o AD e o contexto de trabalho: sofrimento, desgaste e adoecimento dos trabalhadores de enfermagem

Este eixo é composto por seis categorias temáticas, as quais estão apresentadas a seguir (Quadro 9).

Quadro 9 – Categorias do eixo temático Interfaces entre o AD e o contexto de trabalho: sofrimento, desgaste e adoecimento dos trabalhadores de enfermagem. Brasil, 2017.

Eixo temático	Categorias
Interfaces entre o AD e o contexto de trabalho: sofrimento, desgaste e adoecimento dos trabalhadores de enfermagem	- Organização do trabalho no HU e seus reflexos na saúde dos trabalhadores de enfermagem
	- Condições de trabalho da enfermagem no HU
	- Relações socioprofissionais e seus reflexos na saúde dos trabalhadores de enfermagem
	- Interfaces entre o contexto laboral no HU e o AD nos trabalhadores de enfermagem
	- Adoecimento psíquico dos trabalhadores e suas formas de expressão
	- Reflexos do trabalho e do comprometimento da saúde nas demais esferas da vida do trabalhador

Fonte: Elaborado pela Autora.

A primeira categoria aborda a *organização do trabalho no HU e seus reflexos na saúde dos trabalhadores de enfermagem*. Os participantes manifestaram que a organização laboral é permeada pelo ritmo intenso de atividades, o qual se dá devido ao número e

gravidade dos pacientes sob seus cuidados, ao quantitativo insuficiente de trabalhadores, à rigidez nas normas, à fiscalização dos resultados e à cobrança de desempenho, conforme os trechos abaixo.

Trabalho tem bastante sempre, a gente sabe que as pessoas precisam. O número de pessoas que precisa é maior do que podemos atender e maior do que aquelas que procuram outro tipo de hospital. T1

Aqui é muito pesado, em todos os sentidos, tem bastante serviço, tem bastante paciente. Os pacientes só aumentam, infelizmente essa doença [câncer] só se prolifera e a gente está bem sobrecarregado, isso acaba te prejudicando, essa sobrecarga. T17

Hoje mesmo a gente chegou e estava um tumulto e todo o mundo envolvido. Se tiver assim quatro ou cinco pacientes difíceis, aquele momento em que estão internando e já tem os mais críticos é bem estressante para a equipe. É pesado, são pacientes pesados, clínicos, idosos, é mudança de decúbito, o banho, a mudança de decúbito de novo, é uma função [...]. Agora também aumentou esses pacientes, o número de pacientes na unidade. T2

Quando não há essa superlotação a gente consegue dar uma qualidade muito grande ao trabalho, não fica desgastante para o funcionário. O trabalho é estressante no dia a dia por causa da superlotação e por problemas burocráticos. Tem várias pessoas aqui com problemas de dores na coluna, muitas [pessoas]. Essa dor na coluna, eu acredito que tenha a ver com o trabalho, essa sobrecarga de trabalho da enfermagem e isso é em todos os turnos. T3

A sobrecarga de trabalho no setor. Não é só aqui, em outros setores em que eu passei também, o que eu vejo é a sobrecarga como um dos maiores problemas. Quando tem que punccionar os nenéns, tem que ir entre duas enfermeiras e o neném não é contado como paciente. Esse serviço [coleta de exames laboratoriais] não era nosso, nós perdemos um tempão coletando. Aí tem a SAE [Sistematização da Assistência de Enfermagem], tem as visitas, é bastante serviço. T10

A gente é cobrado, claro, se acontecer alguma coisa, uma emergência, mas a gente sabe que, se tu não fizeres, vão ficar falando. T4

Aqui está muita cobrança e nada de retorno. Todo mundo mais superior, cai todo mundo em cima dos técnicos [de enfermagem] e daí tu vêes que tu não tens apoio. [...] Eu venho trabalhar porque preciso e arrumar outro trabalho está difícil. Senão, vou ser bem sincera, eu já tinha abandonado, pelo cansaço, pelo estresse, pela desmotivação, pela cobrança. Todo o local de trabalho tem a sua cobrança, mas tem coisas que, se tu tivesses um apoio do teu lado, tu passavas aquela cobrança tranquila. T12

Nos trechos apresentados, os participantes utilizaram termos como “pesado” e “estressante” em alusão à sobrecarga de atividades e organização do trabalho no HU. Além disso, a cobrança por resultados também foi recorrente na fala dos trabalhadores. Esses aspectos foram reiterados por T14 e T15, os quais utilizaram as expressões “massacrante”, “massacrando” e “massacre”, conforme pode se observar abaixo.

Aqui é muito corrido, bastante corrido, é massacrante. Nós temos tudo junto num só setor, porque deixam internar de tudo aqui e eu não acho isso certo. Ontem eu estava em uma escala [de trabalho] em que tinha cinco pacientes com traqueo [traqueostomia]. Hoje está a colega e eu passei para frente, que também são pacientes graves. No fim, tu vens para a escala e está a mesma coisa. Tem vezes que tu não vais vencer o serviço e tu és muito cobrado. T14

É muita cobrança por coisas pequenas que deveriam ser cobradas no coletivo, é todo dia uma cobrança individual. A chefe chega e diz: 'Fulana, tu não checou as pastas, tem checar, porque isso, porque aquilo.' Eu estou aqui fazendo o meu trabalho e estou tentando fazer o melhor. Se eu deixei de checar as pastas foi porque estava corrido, aconteceu alguma coisa que eu esqueci, e isso pode acontecer com qualquer um. Então, fala para a equipe, porque quem esqueceu vai se dar por conta que precisa prestar mais a atenção, vai até falar: 'Bah!, esqueci ontem.' – e os outros já vão cuidar também. Hoje ela [chefe] me cobra porque eu esqueci, amanhã a colega também vai esquecer e ela vai cobrar a outra. Vai cobrando um por um, massacrando um a um, um massacre!. T15

Ainda em relação ao número elevado e à gravidade dos pacientes sob os cuidados de cada trabalhador, os participantes mencionaram que essa condição potencializa as exigências inerentes às especificidades do trabalho da enfermagem. Nesse sentido, os entrevistados apontaram aspectos da organização laboral como a pressão no tempo para a realização dos cuidados, a frequente descontinuidade na execução das atividades em função de possíveis intercorrências, bem como a repetição de tarefas.

Desde que entrei [no hospital] aumentou muito a complexidade dos pacientes, mais pacientes graves, de UTI, intubados, mais drenos, sondas, aumentou a complexidade dos pacientes, eram mais simples antes. Às vezes, a gente fica com sete pacientes, oito, seria para ficar com seis, foi o que começou a pesar, a sobrecarga. Eu acabei adoecendo, entrei em depressão, eu sempre fui de querer fazer tudo, de querer deixar tudo arrumado, isso acaba te dando um sofrimento. T4

Hoje faltou uma funcionária porque ela está doente, então nós estamos em sete [técnicos de enfermagem], então aumentou a quantidade de pacientes para cada um. Aumenta a quantidade de cuidados, de medicações, de banho, ali no início tinha sete, oito pacientes com cada um e tinha sete banhos. Então todos têm pelo menos um banho e são pacientes graves com traqueo [traqueostomia], pacientes neurológicos, clínicos, que não eram para estar aqui [setor de atuação], mandam [pacientes] para cá [setor de atuação] porque aqui tem leito. T12

A enfermagem em si caminha muito, mas em um bloco [cirúrgico] não tem como não caminhar. Tu estás na sala, levamos todo o instrumental, mas sempre falta uma coisinha. [...] Aqui não tem como medir, não tem como pesar. Tem-se uma noção de como é a terça, de como é a quarta, pode acontecer de numa terça não dar nada de noite e a gente até conseguir parar e descansar um pouquinho, assim como tem terça-feira que tu tocas a noite inteira. Quando falta gente aqui [funcionários na escala], não tem como prever o quanto isso realmente vai pesar. T11

Tu não trabalhas mais com a qualidade, tu trabalhas com a quantidade, temos metas a cumprir e toda aquela cobrança [...]. Hoje tem uma colega que está aí com uns emplastros nas costas, ela me disse que tem muita dor. Eu também tenho muita dor no ombro e punho, porque a gente faz muito movimento repetitivo. T8

A pressão no tempo para a realização das atividades e o sofrimento inerente a essa característica da organização do trabalho no HU foram reiterados por T18. Porém, o participante menciona a necessidade de as equipes acordarem que o trabalho da enfermagem é uma continuidade e que algumas tarefas podem ser deixadas em aberto para o turno seguinte, por motivos alheios à vontade dos trabalhadores, como mostra o trecho a seguir.

Eu vejo que a maioria dos técnicos [de enfermagem], principalmente, eles têm uma ansiedade muito grande de fazer aquilo no seu turno, parece que eles não se dão por conta de que a enfermagem é uma continuidade. Eu tenho sete, oito banhos para dar, mas, se eu não conseguir dar dois [banhos], o mundo não vai acabar por causa disso, o próximo turno dá [os banhos que faltaram]. Acontecem muitas intercorrências durante o turno, um paciente pode piorar, tu podes precisar levar paciente para exame. As pessoas precisam se dar por conta disso, eu não vou deixar nada de propósito para o outro turno, mas, se eu não conseguir fazer, sinto muito, meu colega do outro turno vai ter que dar continuidade para isso. As pessoas acabam sofrendo por isso, querem fazer, fazer, e nessa ânsia de fazer tudo tu acabas fazendo mal feito, porque tu ficas só te baseando no tempo que tu tem para aquilo, que as horas estão passando e que tu não fizeste e, muitas vezes, tu não dá atenção para os pacientes. Às vezes, eles [pacientes] querem uma conversa, querem alguma coisa, e tu estás ali, tu estás ouvindo, mas tu não estás escutando, tu não fazes a escuta, isso acaba trazendo muito sofrimento para o trabalhador. T18

Outros aspectos que compõe esta categoria dizem respeito à divisão entre quem planeja e executa, à rigidez nas normas e a burocracia. Conforme os participantes, a rigidez nas normas é mais acentuada para os trabalhadores celetistas, porém os trabalhadores estatutários também se inserem nesse contexto, especialmente nas normas relacionadas à organização e gestão da instituição.

A nossa escala, aqui, acaba sendo muito maçante o dia [trabalho diurno], tu estás de plantão todos os dias, parece que tu nunca saís do hospital. Tu não descansas a tua cabeça, tu estás sempre no hospital. Em um mês sem feriados, a gente [trabalhadores celetistas] tem só quatro folgas. Então, é bem pesado, se tu folgares um sábado e um domingo juntos, aí ficam só duas folgas para três semanas. Daí tu tens que fazer algum dia de 12 [horas de plantão] para poder folgar no outro, não é folga, é um descanso, vamos dizer, dar um intervalo ali, é pesado. Quando tem feriado é melhor. T6

Sendo celetista, dificulta bastante a questão da escala, isso me incomoda bastante. Eu me vejo amarrada e impossibilitada de fazer muitas coisas em função da escala, é muito restrita, a gente nunca consegue tirar três dias de folga. T9

Para os celetistas pesa a rigidez na escala, eles [celetistas] não podem fazer 12 [horas de trabalho] durante a semana, tem umas regras de intervalos, isso é bem complicado porque limita muito. Muitas vezes, as gurias chegavam e queriam fazer as trocas, só que as trocas não se enquadravam nos critérios que eles [celetistas] tinham. E daí fica aquela coisa que para os estatutários pode, e não é isso, os critérios são diferentes, tu acabas conseguindo fazer mais trocas em virtude disso e os celetistas não. T18

O problema dos colegas celetistas é que são CLT, é a lei deles, não é nem pela chefia. São as leis da empresa e, infelizmente, a CLT é assim. Quando é a favor do setor, daí pode, quando é o funcionário que necessita, aí não pode. T13

Para uma troca [de turno de trabalho] precisa fazer um memorando tantos dias antes e tem que justificar o porquê que tu precisas trocar, tem que ser autorizado pela direção, antes tinha muito mais flexibilidade. [...] Eu fui trocar e todas as minhas colegas que poderiam trocar eram celetistas e eles não trocavam, e daí? Não tem de não se submeter, aceitar ou não aceitar, porque a troca, tu precisas de outra pessoa, é uma via de mão dupla, então é goela abaixo, tu não tens escolha. T8

Nos trechos a seguir, apresentam-se realidades divergentes em relação à flexibilidade nas escalas de trabalho da enfermagem nos diferentes setores do hospital. Nesse sentido, podem-se observar os reflexos da organização do trabalho em relação ao número de afastamentos por motivos de saúde em cada setor.

Aqui [setor atual] só tem funcionário estatutário e a escala não é tão complicada como nas unidades. Se eu tiver uma intercorrência, alguma coisa grave, eu até consigo sair para resolver e pagar o que faltar de horas ou minutos em outro momento. Já, nas unidades, isso é quase impossível, porque aí tem as escalas e quem é que vai ficar com os teus pacientes? Nas unidades tu apresentas o atestado e deu!, aqui a gente ainda consegue ter essa flexibilidade. Às vezes, tu só consegues um exame tal horário da manhã ou, às vezes, consegue de tarde, mas muito cedo tarde, não daria tempo de sair daqui. Aí tu vens, trabalha até o horário que der, faz o teu exame e no outro dia tu pagas [o tempo de trabalho que faltou]. Aqui é mais flexível e tu cumpres a carga horária igual. T16

Eu preciso de trocas em função das consultas médicas, nos especialistas que eu me trato, eles atendem à tarde. Eu precisei de várias trocas, aí ninguém quer trocar, porque ninguém quer perder um final de semana. Eu sempre troquei com todo o mundo, só que as trocas que eu fiz para ajudar algum colega, as minhas também foram contadas. Eu precisei ir ao médico e ninguém quis trocar. Eu tinha os exames de manhã e a consulta à tarde, como é que eu ia fazer? Ninguém quis trocar comigo, eu cheguei para ela [enfermeira] e disse: Vou ter que apresentar um atestado. Eu fiquei na lista de espera para conseguir a consulta, eu recém tinha descoberto esse problema [hipertensão arterial], estou controlando, não podia deixar de ir. Eu não me arrependo, nem que me descontem no final do mês, eu não ia deixar de ir, daqui a pouco me dá um AVC [acidente vascular cerebral] aqui, alguma coisa, quem é que vai me cuidar? Ninguém, aqui ninguém vai me cuidar. T14

Nesse sentido, T15 mencionou:

Se a pessoa já está com um problema para resolver, precisa de dois ou três dias, quatro dias que seja, e não consegue uma folga na escala, aí então ela já tem dois problemas ao invés de um, e é aí que vêm os atestados. É assim que as pessoas vão adoecendo, ainda mais quando uns ganham e outros não. T15

As condições de trabalho da enfermagem no HU compõem a segunda categoria do eixo temático que trata da interface entre o contexto de trabalho e o AD. Nessa categoria, três participantes consideraram as condições de trabalho como boas no geral, conforme mostram os trechos abaixo.

Quando eu vim para cá, eu me assustei por ser SUS. A demanda gigante, o tipo de paciente, isso me apavorou no começo. Com relação ao material e às condições de trabalho, eu acho tranquilo. As pessoas se esforçam bastante para a gente sempre ter material disponível, para não faltar. T9

No geral, as condições de trabalho são boas, eventualmente, assim, falta alguma coisa, mas nada que chegue a fazer muita diferença. T13

As condições de trabalho são boas, agora, ultimamente têm faltado alguns materiais, algumas coisas assim, mas se dá um jeito. T7

Os demais trabalhadores citaram que o ambiente físico inadequado, a falta de materiais e a carência de equipamentos comprometem a execução das atividades laborais. Além disso, os participantes também elencaram reflexos negativos das condições de trabalho descritas na saúde dos trabalhadores e na qualidade da assistência prestada.

Os nossos leitos não são como os dos andares [demais setores], eles são altos. Eu que sou baixinha sofro muito com isso, está tudo quase que da minha altura, então o peso aumenta. Tu vais sempre fazer mais força para deitar, virar esse paciente para manusear o paciente com a higiene, banho e coisas assim. Aqui não existe aquela enfermaria com os leitos fixos, aqui tem que arrumar uma enfermaria para o feminino, os leitos ficam se movimentando e são pesados. Eu não tenho mais condições de movimentar [os leitos], eu travo, eu não saio mais do lugar. Material tem faltado, aqui é uma unidade especial, não tem como prever que tu vais precisar de dez lençóis, dez toalhas de banho e dez mudas de roupa, porque, dependendo da própria patologia, tem umas medicações em que a diurese aumenta. Aí tu imaginas um paciente assim no inverno, não ter cobertor suficiente, não ter lençol, como é que tu vais deixar o paciente molhado, com frio? Temos pacientes obesos, acima de 120, 130 quilos, para esses pacientes sempre tem deficiência de roupas, porque eles também vão urinar mais, vai trocar mais o leito, e a gente sofre muito com essa falta de roupa. T2

Existe falta em todos os sentidos, é de instrumental, é medicação, isso causa um estresse danado. Tem falta de gente, mas a falta de material é pior ainda, é muito horrível de dizer 'não tem'. Eu tive que aprender que eu precisava dizer 'não tem', 'mas dá um jeito', 'não tem'. T11

A gente já teve falta de luvas, seringas, seringas de 10 ml passou um bom período que não tinha. As medicações também têm faltado, já teve vezes que não tinha material para a cirurgia. Quando falta roupa, nós damos os banhos com os restos que sobraram do dia anterior ou improvisando, pedindo nas outras unidades, outras unidades também vêm pedir [lençóis emprestados] para nós. Aí a gente vê que não somos só nós que passamos por isso, as unidades vizinhas também. [...]T5

As condições de trabalho estão deixando a desejar. Falta material para a gente, tem curativos que a gente acaba fazendo com luva estéril porque não tem o material de curativo. Os lençóis, agora deu uma melhorada, mas, às vezes, tu atrasas tudo. Já cansou de chegar [lençóis] ao meio-dia e a gente ter que pegar o [lençol] de cima, colocar embaixo, pegar uma colcha e colocar de móvel, a gente vai improvisando. T12

Desde que eu entrei no hospital, os lençóis são um problema, nós temos que fazer uma 'ginástica'. Além do estresse pela quantidade de serviço, outra coisa que

estressa é chegar e já ter que ir correndo para a salinha de curativo pegar material para poder trabalhar. Parece uma guerra, tu já pegas um carrinho e tudo o que tu tens para pegar, tu tens que agilizar, ter as tuas coisas para não atrasar o serviço. A gente se desdobra de mil maneiras para conseguir vencer aquilo ali e deixar tudo arrumado, sempre a gente dá um jeito e, quando a gente não consegue, então, isso aí dá um estresse, porque eu penso: meu Deus, eu tenho que dar banho naquele paciente, eu preciso, e o que é que eu vou fazer, eu não tenho nem roupa! Acaba te levando a um adoecimento da mente, porque tu lidas todo o tempo sob pressão. T4

O problema já começa na chegada com o elevador que está estragado. De manhã cedo, eu nem espero mais, subo os cinco andares de escada, já chego para trabalhar suada. Para eles [gestão] faltar lençol, luva, fralda não é nada. Agora, tu imaginas ter todos os banhos para dar e não ter água quente e lençóis. Atrasa tudo, o trabalho não fica bom, tu gastas uma energia enorme pensando em como dar um jeito, coloca o lençol de cima para baixo, faz a colcha de lençol, e a gente ainda sai frustrada. T15

Nós pedimos maqueiro para no setor, porque a gente não estava mais aguentando. Era medicação atrasada, tudo atrasado, porque, às vezes, na minha escala tinha três pacientes para descer para bloco [bloco cirúrgico], RX, tomo [tomografia] e não tinha ninguém para transporte e, às vezes, nem maca para levar. Eles conseguiram dois maqueiros, só que não supriu, não mudou muita coisa. O elevador é outra coisa que complica, um elevador só funcionando é bem complicado. T14

Falta bastante material, tem dias que acaba ficando ainda mais corrido por causa disso. T16

Nesta categoria, os participantes citaram algumas alternativas utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem quando há falta ou menor qualidade dos materiais no HU. Além disso, houve menção à carência financeira de alguns pacientes e à organização dos trabalhadores de enfermagem para auxiliá-los nesses casos.

Agora tem um controle de gastos maior e daí os materiais vêm com menor qualidade também. Aqui não é tanto a falta de material, mas a questão da qualidade ou, às vezes, falta alguma coisa específica que tinha, e daí não estão mais comprando. Já aconteceu de a gente não ter um material para fixar o tubo [cânula endotraqueal] e aí não vinha, a gente usava esparadrapo, mas machucava as crianças. Aí a gente fez vaquinha e comprou, com o nosso dinheiro [risos]. A gente se junta e compra, produtos de higiene também, às vezes, a gente compra coisas para as crianças, porque os [materiais] que vêm, às vezes, não são tão bons. T6

Temos pacientes com uma situação financeira bem precária e, do jeito que eles chegam, muitas vezes, ficam, porque não tem um chinelo, não tem material de higiene e aí não tem nem a roupa. A gente pede doações e a gente traz também. Não tem como esperar que a família traga, é muito difícil, porque são pacientes de longe, são familiares que não têm condições também. Antes tínhamos essas coisas, desde escova de dente o hospital dava para os pacientes. Agora está tudo esgotado, nós [trabalhadores] também fizemos o nosso lado, assim de ajudar, a gente se une, se junta, faz [risos]. T2

O participante T18 menciona que a falta de materiais como seringas, agulhas e luvas no hospital, recorrente em determinados períodos, se trata de uma questão de “mais fácil resolução” quando comparada à carência de equipamentos. Além disso, o trecho a seguir

apresenta outros aspectos relacionados às condições de trabalho, como necessidade de imprevisto, possibilidade de risco à segurança do paciente e sofrimento do trabalhador diante do contexto descrito.

Tem pouco monitor [cardíaco], pouco oxímetro, e aí tu tens que escolher entre um paciente e outro para ver quem precisa mais daquele aparelho, naquele momento. Eu acho bem difícil [...] tu sabes que, na verdade, aquele paciente que tu estás tirando também precisa do equipamento, mas tu tens que fazer uma escolha, tu tens que optar, para mim isso é o pior. A falta de seringa, a falta de agulha, a falta de luva, essas coisas que sempre faltam em determinados períodos do ano, isso aí são coisas que tu consegues jogar, tu consegues pedir emprestado para uma unidade que usa menos, mas essa coisa de equipamento eu acho complicado. T18

A terceira categoria diz respeito às *relações socioprofissionais no contexto de trabalho e seus reflexos na saúde dos trabalhadores de enfermagem*. Os participantes discorreram sobre as interações profissionais, dificuldades de comunicação e insatisfação em relação aos modos de gestão no ambiente laboral.

No que se refere às interações profissionais, houve consenso entre os entrevistados quanto à importância do bom relacionamento interpessoal para o desenvolvimento do trabalho e saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, a integração da equipe e cooperação entre os colegas foram elencadas como elementos essenciais no contexto laboral da enfermagem.

A equipe aqui [setor] é muito boa, muito unida, graças a Deus. Os colegas estão sempre prontos uns para ajudar aos outros. T3

A gente sempre se ajuda muito aqui. Quando pega um plantão com uma equipe completa em que todos estão juntos, aí parece que tudo vai tranquilo. A gente consegue trabalhar sem um grande estresse, os riscos diminuem, porque tu tens uma segurança, com o colega, com o enfermeiro, seja com quem tu estiveres trabalhando, tu tens essa segurança. T2

Quando as pessoas se tratam bem, quando tem uma equipe que tem os afins, a coisa flui e não fica ali empacada, parada. Isso me faz bem. T11

Essa colaboração mútua na equipe é interessante. Tem lugares em que as pessoas não se ajudam, que ninguém faz nada para o outro. Aqui a maioria vai enxergando o que precisa e vai fazendo. T6

As coisas fluem quando o trabalho é em equipe, dessa ajuda, de trabalhar junto com os colegas. A união entre os colegas é uma coisa muito importante para o teu serviço. É um trabalho em equipe, todo o mundo, uma equipe multidisciplinar, a enfermeira, os técnicos e os colegas das outras áreas. Quando a gente pode contar, trabalhar junto, se ajudar, isso faz muito bem, eu me sinto muito bem, saio daqui contente, satisfeita. Quando a gente pode, se ajuda sempre entre nós, não se ajuda mais não é por não querer, mas é porque tem bastante coisa mesmo e cada um tem que vencer o seu serviço. T4

A fala de T4 reforça a importância do bom relacionamento interpessoal, da cooperação entre os trabalhadores e do desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar para a realização do cuidado e bem-estar do trabalhador. Porém, o trecho introduz outro aspecto que diz respeito ao comprometimento das interações profissionais devido à sobrecarga de trabalho.

Tem dias que tu não aguentas a dor, não te aguentas de cansada. Ontem eu tinha vontade de sentar e chorar. Eu não tinha força para nada, e é raro com quem tu podes contar. As escalas são muito puxadas, o máximo que eles [colegas] podem fazer são as coisas deles, não têm condições de te ajudar. Na medida do possível, uns ajudam os outros. Depende de quem está na escala, às vezes, tu olhas na escala e pensa: Hoje eu vou ter pouca ajuda. [...] Quando eu estava ruim da coluna, me dava umas crises de dor que eu não aguentava e comecei a travar, eu não conseguia nem caminhar. Era um sábado, e eu vim trabalhar, quem deu banho no meu paciente foi a fisioterapeuta, porque não tinha ninguém [da enfermagem] para me ajudar. T12

Nesta categoria, os participantes também mencionaram a existência de dificuldades na comunicação entre os trabalhadores no contexto laboral investigado. Os trechos abaixo ilustram esse aspecto.

A comunicação aqui é um problema, a comunicação com a equipe de enfermagem mesmo. T10

A gente se desgasta muito na instituição pública porque a gente tem um problema sério de comunicação. Aqui ninguém sabe de nada, tu podes dizer duzentas vezes a mesma coisa para as pessoas, que ninguém sabe e ninguém é o responsável. Isso cansa demais e são coisas que me deixam doente. Tem uma coisa que prejudica uma instituição que nem a nossa, é que as coisas mudam o tempo todo, hoje é assim porque a empresa tal venceu a licitação, amanhã já não é mais assim, quando as pessoas se acostumam com aquilo, já não é mais assim. As informações vão passando aos pedaços, as coisas vão chegando desencontradas e a comunicação é um fator muito sério para as nossas relações, na segurança do paciente, na nossa assistência, em tudo o que a gente vai fazer. T20

Conforme os participantes, parte dos conflitos no ambiente laboral provém de disputas profissionais relacionadas tanto às categorias profissionais que compõem a enfermagem, quanto aos diferentes regimes de contratação dos trabalhadores no HU. Nesse contexto, os conflitos também são permeados por outros elementos, como perfil de cada trabalhador, posturas adotadas por alguns integrantes da equipe e problemas de comunicação. Nesse contexto, a maioria dos relatos fez alusão a conflitos entre os integrantes da equipe de enfermagem.

A gente percebe a diferença aqui no setor entre enfermeiro e técnico. Na parte de cuidados temos ajuda deles [enfermeiros], mas nessa parte de conhecimento eu sinto muita distância. Aqui tem essa diferença, tem coisas que eu gostaria de sugerir, mas eu não sou ninguém aqui dentro, sou só uma técnica [de enfermagem]. A gente tem que andar junto, se uma ideia é boa, custa aceitar só porque eu sou uma técnica?

Também tem essa falta de diálogo, se tu estás vendo que eu preciso da manhã e a colega da tarde, porque é que tu me não deixas de manhã e a colega de tarde? Parece que é só para cutucar, parece que é de propósito, parece que é por maldade que as coisas são feitas. Bem assim, não é nada favorecido, poderia ser, tem gente que não precisa e conseguiu ir para o turno que queria. A gente se sente um lixo, sinceramente. T14

Tem épocas que é bem pesado aqui, agora mesmo é uma época que isso aqui está bem pesado. A energia daqui está “atritante”, tem muita briga de egos aqui dentro. Tem um grupo muito grande de enfermeiras [ênfase], não é de técnicos, e está havendo essas disputas. T11

As relações aqui são bem complicadas, tem as [pessoas] que manipulam, aí está meio tumultuado a coisa. Cada vez que entra um enfermeiro novo, os técnicos [de enfermagem] parece que querem manipular aquela pessoa que entra. Não é só com os enfermeiros novos, comigo tentaram também, são pessoas assim que têm um posicionamento forte e reclamam de tudo, e daí também não fazem. Aí tu tens que ficar cobrando, ficar de olho, ver se fez ou se não fez, e ficam também te testando para ver o teu conhecimento, se tu avaliou, o que é que tu fez ou que tu não fez. T10

Os regimes de trabalho diferentes impactam direto, eles [celetistas] têm menos folgas e tem coisas que acabam gerando conflitos. Eu, particularmente, penso e digo que somos todos colegas, tento misturar, mas eu vejo muito conflito em função disso. T8

Aqui tem muito essa coisa de celetista e estatutário. Os funcionários celetistas e o pessoal mais antigo [estatutários], Nossa Senhora!, se digladiam direto, e onde disserem que não existe, claro que existe! Existe sim e em todos os setores, existia no setor em que eu estava antes e existe aqui, e aqui é pior [conflitos de trabalhadores de regimes de contratação diferentes]. Não se considera que sejam colegas, a gente [celetista] não é colega deles [estatutários]. T19

O participante T19 utiliza um termo bélico “digladiam” em alusão aos confrontos entre os trabalhadores de enfermagem. No mesmo trecho, na percepção deste entrevistado, os trabalhadores celetistas não são considerados como colegas. Nesse sentido, o participante T18 apresenta uma percepção divergente, como mostra o trecho a seguir.

A gente teve uma mudança muito grande, entrou um número muito grande de funcionários e esses funcionários novos que entraram, eles tinham um perfil de muitos direitos e poucos deveres, então tudo incomodava. Qualquer coisa que tu fosses falar que fosse para melhorar a assistência ao paciente, tudo eles encaravam como pessoal. E não só comigo, no geral, tudo era pessoal, tudo era “pegação” de pé, tudo era assédio, que estavam assediando. Então aquilo foi se tornando uma coisa insustentável, porque nada estava bom, coisas pequenas. Teve um dia que chegou ao ponto da secretária me ligar porque os técnicos estavam se negando a levar um paciente para exame, porque não era função deles, era função do maqueiro. T18

Diante do contexto descrito, em algumas entrevistas houve manifestações de desgaste e sofrimento psíquico devido a dificuldades de interação profissional entre os integrantes da

equipe de enfermagem. Nos trechos a seguir, identificam-se reflexos negativos do comprometimento das relações socioprofissionais na saúde dos trabalhadores.

Eu amava trabalhar aqui, amava esse lugar, ainda gosto, mais muito menos. As coisas mudaram muito, muito mesmo, a gente não consegue fazer mais nada junto, nem uma festa de final de ano, nada. Até um amigo secreto é difícil, nem isso a gente faz mais, se falar em amigo secreto alguém vai dizer: 'Bah!, mas e se eu tirar a fulana, melhor eu nem entrar.', a coisa está nesse nível de desunião. T15

Eu não tenho nenhuma vontade de vir trabalhar, nenhuma mesmo, em função das pessoas, tem muitas coisas que eu não concordo. De um tempo para cá, eu estou bem desmotivada de trabalhar nessa unidade, por mim, eu já teria saído há muito tempo, porque não entendem o lado do funcionário. Tu vê coisas que te desagradam, tem uns [colegas] que ganham privilégios, e daí tu está vendo isso e tu não tem armas para se defender. Às vezes, tu pedes uma folga, aí tu vê que o outro [colega] ganhou e tu não, isso vai te desmotivando. T12

Conforme relatado pelos participantes, com a adesão do HU à nova gestão houve a contratação de um elevado número de trabalhadores por meio do regime celetista. A seleção ocorreu por meio de concurso público em nível nacional, o que possibilitou o ingresso de trabalhadores de todas as regiões do país na instituição. Nesse sentido, além das disputas profissionais, T9 citou a dificuldade de adaptação cultural e de comunicação no HU. O trecho abaixo ilustra como se deu a interação profissional do trabalhador de outra região do país recém-admitido no HU.

Eu tive muita dificuldade por conta da cultura, por causa do vocabulário até, eu ouvi várias coisas que eu nunca tinha ouvido antes, que eu nem sabia o que era, isso dificultou muito. O povo de onde eu vim é muito diferente, são pessoas mais reservadas, eu estranhei muito aqui, eu achava tudo muito invasivo, me sentia invadida na minha privacidade, as pessoas querendo saber muito de mim, aquilo me ofendia de certa forma, e aí eu me fechei mais ainda e foi mais difícil ainda a adaptação. [...]

Em menor proporção, também houve menção a desgaste por conflitos com integrantes da equipe médica. Esses conflitos foram motivados por discordância em relação à conduta adotada e mais acentuados nos setores de assistência à criança e/ou adolescente.

Com a equipe médica a gente não tem autonomia, algumas coisas tu não pode opinar e esse lado eu acho mais frustrante, ou tu até podes opinar, mas a tua opinião nem sempre é respeitada. T6

Eu acredito que a conduta, como à noite são só [médicos] residentes e eles rodam muito, tem dois perfis de residentes. Tem aquele que troca ideia contigo, que é multidisciplinar, que conversa e que aceita alguma coisa que tu falas. Tem aquele outro [perfil de médico residente] que não: 'Eu sou o residente e tu és a enfermeira.' Então parece que ele faz questão de negar aquilo que tu pedes para mostrar que ele vale mais. T13

Quanto às relações socioprofissionais relacionadas aos modos de gestão, os entrevistados referiram a falta de espaços de diálogo e a exclusão dos trabalhadores dos processos de decisão. A sensação de ‘não ser ouvido’ foi recorrente no decorrer das entrevistas, conforme os trechos abaixo.

É muita mudança e também é muito vertical tudo o que vem, vem hoje e amanhã tu tens que fazer assim. Agora tem uns códigos novos que tem que usar, ontem apareceu essa folha e amanhã tu tens que fazer, só que ninguém mostrou como é que é que tem que fazer. Ninguém sabe, já perguntei para todos os colegas e nenhum sabe como funciona, mas amanhã a gente tem que colocar em prática. Só vêm ordens, ninguém fala nada do que é, porque que é, porque não é, vem uma coisa nova e tu tens que engolir, eu acho que essa parte é muito ruim. T6

Falta flexibilidade, conversar, ouvir, eu não consigo ser ouvida. Teve uma mudança grande depois que entrou a empresa, a gente tinha muito mais autonomia, agora as coisas são impostas, eu senti muito isso. As mudanças, por exemplo, antes era conversado, perguntado o que a gente achava, apresentado as coisas. Agora não, quando a gente chega e já mudou. T8

Eu vejo que as pessoas querem implantar uma coisa que é benéfica para o paciente, mas simplesmente querem te enfiar goela abaixo. Não explicam o porquê do benefício, qual o benefício que vai trazer para o paciente, porque que é melhor, não é dito isso. T9

A organização do setor é uma coisa que precisaria melhorar muito. Eu tenho ideias, eu gostaria de sugerir, mas eu não sou ninguém aqui dentro. T14

As chefias não foram eleitas por nossa vontade, nem com a nossa consulta, elas vão aparecendo, a gente não sabe quem é o nosso chefe. Não temos oportunidades de sentar com as nossas gerências, de levar os problemas, ninguém nos escuta. Tem coisas muito sérias aqui e que a gente não vê perspectiva de melhora, é outra forma de administrar, é outra perspectiva de administração. O trabalhador fica lá na ponta, recebendo o paciente e vendo as dificuldades e aí a gente faz os encaminhamentos para onde? A gente não tem para onde fazer os encaminhamentos, não é para a gente assumir [os pacientes], porque temos que pensar como empresa, mas se a gente não assume, aí mandamos [o paciente] para onde? Porque na rede [de saúde] não tem nada. A gente não tem a oportunidade de dizer essas coisas, quando a gente diz isso, só fazem assim para a gente: ‘Ah é, aham, hum, ah é...’. Então, assim não está bom, do jeito que está hoje não está bom! [ênfase na fala]. T20

Ainda na categoria que diz respeito às relações socioprofissionais, os participantes mencionaram que posturas e condutas do coordenador de enfermagem do setor podem se refletir positiva ou negativamente no número de afastamentos por motivos de saúde entre os integrantes da equipe. Os trechos abaixo exemplificam as relações mencionadas pelos trabalhadores.

Tem uma coisa aqui que a gente percebe, existe um *post* no Face [rede social Facebook] que diz: ‘Tem chefias que têm o poder de adoecer a equipe.’. A gente tem uma pessoa na chefia assim, que tem umas épocas em que parece que ela perde o foco e fica todo o mundo meio perdido. Eu percebo que, quando ela [chefia] está em

harmonia, dá bem menos atestado. Dá bem para perceber que, quando essa chefia se desarmoniza, ela desarmoniza a equipe inteira. Ali pode contar que dali a pouco tem gente de atestado por A, B, C, D, Z, enfim. T11

Eu disse para a chefe parar com essas cobranças por coisas pequenas, isso desmotiva as pessoas: Avalia o que realmente precisa ser valorizado e avalia o que dá para deixar passar. – eu cheguei e disse para ela [coordenadora de enfermagem do setor]. Estavam demais as cobranças individuais por coisas pequenas, ainda está, mas, dependendo do que tu falares: ‘Como assim, tu me diz como eu tenho que fazer? Eu sou a chefe!’. E eu sou só técnica, ela é a ‘líder’, mas tem líderes que não sabem liderar e isso adoce a equipe [silêncio]. T15

A nossa coordenadora, ela é extremamente flexível e ela consegue ajustar as coisas, arrumar um lado, sem descobrir o outro. Ela é uma pessoa que tem o perfil do líder, do coordenador de hoje, é a aquela pessoa que soma. T13

Na quarta categoria – *interfaces entre o contexto laboral no HU e o AD nos trabalhadores de enfermagem* –, os participantes relataram situações de esgotamento físico e emocional decorrentes do ambiente laboral em que estavam inseridos. Os trechos a seguir introduzem a categoria.

Saio do plantão em um estado de cansaço que parece que um trem passou em cima, Nossa Senhora! T2

A gente tem saído daqui torta, com dor nas pernas. Eu estou com artrose no joelho, então a gente sai daqui desmontada de tanto caminhar. T16

A gente sai [do plantão noturno] de manhã, assim ó [expressão de cansaço], muito cansada, as energias se vão. Tu chegas cheia de energia, com aquele pique, e tu sais de manhã murcinha, que nem uma flor que não foi aguada, porque a noite te esgotou tudo o que tu tinhas. T5

Eu vejo que o pessoal comenta, reclamam que estão cansados, com dor nisso, dor nos braços, dor nas pernas. A gente vê isso aí, porque a gente sente também, quando a coisa está assim de um jeito que tu corres, corres e tu não paras, tu te sentes cansado mesmo [ênfase]. T7

Estamos com pouca gente, a equipe está bem esgotada, porque a gente tem pouca folga, tu pedes folga e nunca ganhas, porque falta sempre um monte de gente para trabalhar. T19

Quando eu saio daqui [setor] eu me sinto sugada emocionalmente. T9

Nesse sentido, os trabalhadores também citaram interfaces específicas da organização laboral, condições de trabalho e relações socioprofissionais com o adoecimento e afastamentos para tratamento de saúde dos integrantes da equipe de enfermagem. Os trechos que se seguem denotam o comprometimento da saúde dos trabalhadores em âmbito físico e psíquico relacionado ao contexto laboral investigado.

A parte musculoesquelética é o que mais afasta aqui, em função de dor nas pernas, braços e costas. Às vezes, tem escalas que são pesadas e tu tens que fazer bastante força, e aquilo ali vai repetindo e aí tu vais fazendo força, aquilo ali vai machucando. Tu melhora um pouquinho, mas aí tu já vens [trabalhar] de novo e aí já faz força, e assim vai indo, aí tu vais fazendo força e vais machucando. Tu vais para casa e toma um remédio, alivia. Depois tu vens [trabalhar] de novo e força, cada vez aquilo ali vai te... [silêncio] que nem um músculo, que tu vais espichando e ele vai arrebentando, vai espichando e ele vai arrebentado, mas tu vais tomando a medicação e ele vai melhorando. Então é assim na base do sufoco e da medicação. T7

Eu canso de virar paciente sozinha, paciente obeso, paciente acamado. Agora mesmo, chega a estar me puxando a perna direita, eu não aguento de dor na minha coluna, na lombar, mas eu tenho até o final do plantão para aguentar. Eu fui afastada no ano passado para tratamento psiquiátrico, eu ainda estou em tratamento. Eu tomo medicação para ansiedade, eu sou muito ansiosa e pela rotina, pelo estresse, pela cobrança. Agora já me surgiu esse problema na coluna. Estou com hérnia de disco e com desgaste nas vértebras pela rotina do serviço. T12

Eu sinto uma canseira em tempo integral que eu queria comer deitada. Eu queria deitar e que me colocassem uma sonda para eu não precisar nem mastigar, de tanto cansaço que eu tenho, acho que é uma canseira psicológica, uma estafa. Aqui é muita cobrança, tu tens que cuidar para o teu paciente estar bem, tu tens que cuidar para não se indispor com o familiar, com o teu colega, cuidar para não te indispor com o teu chefe, e lidar com pessoas não é fácil. T19

Na cirurgia que estava saindo agora, faltou uma bacia. A gente precisou e não tinha uma bacia, isso incomoda, me causa sofrimento, porque aquilo ali vai gerar estresse na equipe. Ninguém é obrigado a ser mal educado e nem deve ser, mas acaba gerando um estresse e, às vezes, a pessoa até acaba falando coisa que nem deve, acontece seguido. Causa bastante transtorno isso de não ter as coisas, quando falta medicação ou coisas assim. T11

Tu vais alternar um decúbito, aí tem uma cama que não funciona, que é antiga, não ergue. Tem que abaixar quase no chão, e tu ficas ali muito tempo com o paciente, faz curativo, tudo naquela posição. Quando tu vais retornar para a posição ereta das costas, tu trava de tanta dor. Já aconteceu comigo, de eu ficar naquela posição e eu não conseguir levantar. Aí tu imaginas a pessoa de mais idade que já tenha problema de coluna, que nem os outros colegas têm. T14

Sem querer, tu acabas sendo egoísta, porque tu tens as tuas coisas. Tem épocas que tu esconde o material para ti para ter as coisas, para ti vencer as tuas coisas, claro que a gente se empresta, mas quem pegar primeiro lençol vai primeiro ajeitar os seus [pacientes] e depois, se sobrar, vai ceder para o colega. Às vezes, a gente se combina, vamos ver quem realmente precisa mais ou então vamos dividir. Acaba na equipe alguns [colegas] sendo mais individualistas e mais egoístas, porque tu tens as coisas para fazer e azar, tu tens que vencer o teu serviço. T4

Os relatos apontam interlocuções entre o contexto laboral no HU e o comprometimento da saúde dos integrantes da equipe de enfermagem. Em uma perspectiva mais ampliada, os participantes mencionaram como os prejuízos à assistência e à segurança do paciente desgastam os trabalhadores, especialmente em âmbito psíquico, conforme os trechos a seguir.

Esses dias eu me estranhei com secretária, eram 18 horas e ela disse: ‘Aqui está a pasta do 12 [paciente do leito 12][.]’. Eu disse: Não, recém levei, ele teve alta. Aí ela disse: ‘Tu não entendeu que o paciente internou?’. Aí eu disse: Colega, só um pouquinho, calma, se internou um paciente, eu não estou sabendo, ninguém me falou nada, tu podes falar direito comigo? Ela [secretária] me xingou, foi bem indelicada. Ninguém avisou e isso acontece sempre aqui, sempre a falta de comunicação, isso me incomoda muito, essa desorganização em relação ao paciente. T14

Coisas simples como um hidratante faz dois anos que a gente vem tentando viabilizar e não consegue. Tem coisas que chateiam muito a gente, desgastam e chateiam. A gente lida com a falta de dinheiro, a gente entende, não é pela vontade individual das chefias, a gente entende, só que isso desgasta quem quer fazer o melhor, quem pensa na segurança do paciente. Como evitar uma lesão por pressão se não tem o sabonete adequado para o banho, um creme para hidratar a pele, um colchão decente para colocar o paciente em cima? Nós vamos tratar deles [pacientes] depois que a lesão abrir. Isso desgasta muito a gente, isso desgasta demais o psicológico! [ênfase]. T20

O trecho a seguir complementa as diferentes interfaces entre o contexto de trabalho “caótico” e o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem. A fala de T17 contempla as condições laborais, a organização do trabalho, bem como possíveis repercussões negativas nas relações socioprofissionais, quando menciona que “as pessoas chegam para trabalhar, parecem que estão indo para a guerra”.

A enfermagem está doente! [ênfase na fala], totalmente doente, pela sobrecarga de trabalho, pelas condições de trabalho, pela situação que estão os hospitais, a situação é caótica, o pessoal está doente. As pessoas chegam para trabalhar, parecem que estão indo para a guerra, parecem que estão indo para um lugar que não é para o teu bem, que não te satisfaz, que não te traz nenhuma satisfação pessoal, parece que não é um ambiente que vai te fazer bem. As olheiras no pessoal da enfermagem são absurdas, o pessoal não dorme direito, o pessoal não trabalha direito, porque não tem condições. O pessoal não tem um ambiente propício para desenvolverem seu trabalho, porque o que os hospitais querem é produção. Eles acumulam pacientes e tem que acumular, porque, se aqui não pegar os pacientes, quem é que vai atender? Se o hospital não pegar os pacientes que têm câncer e não têm um convênio, quem é que vai tratar esses pacientes? Vai acumulando [pacientes] e o grupo fica o mesmo, não aumenta o número de funcionários para atender, não aumenta o número de salas, o pessoal está doente, a enfermagem está à beira de um colapso! T17

A sobrecarga de trabalho possui implicações negativas na saúde dos trabalhadores de enfermagem, as quais podem ser diretas quando o trabalhador adocece e necessita se afastar das atividades laborais para tratamento de saúde, ou indiretas mediante aumento das demandas de trabalho pelo adoecimento e afastamento dos outros integrantes da equipe. Esse contexto reforça a sensação de caos supracitada, conforme os trechos abaixo.

Tem uma colega, agora ela está de atestado, mas antes de sair ela estava ‘viajando na maionese’. Ela estava bem depressiva e ansiosa, ela passando por um problema familiar, só que ela não se concentrava aqui e nem se concentrava lá. Isso afeta a equipe, porque a pessoa deixa muitas coisas por fazer ou pode fazer um erro, e daí tu tens que estar cuidando. Além de cuidar o teu serviço, tu tens que estar cuidando o

do outro, o que ele está deixando, o que ele não vai fazendo, ou ver se não tem nada errado. Isso sobrecarrega e angustia muito mais do que ter um a menos na escala. T6

Todos os dias tem alguém falando que não aguenta mais, que quer sair daqui [setor]. A chefe diz que não libera, porque não tem quem colocar no lugar. Aí, se a pessoa não aguenta, acaba saindo de atestado, e quando vê são três, quatro [colegas] de atestado, a escala vira um caos. Eu também penso em sair daqui, só não pedi para trocar de unidade porque tenho medo de me colocarem em um lugar pior. T15

O aumento das demandas de trabalho decorrente do AD também ocorre em médio e longo prazo, tendo em vista que os integrantes da equipe que permanecem em atividade passam a realizar plantões extras a fim de suprir o quantitativo de trabalhadores previstos por turno. No caso dos estatutários, há uma remuneração adicional por plantão extra [APH], já os celetistas acumulam os períodos adicionais sob a forma de banco de horas, as quais nem sempre podem ser usufruídas devido ao déficit de trabalhadores para compor as escalas da enfermagem nos setores, como mostram os trechos abaixo.

Como agora tem dois colegas de atestado, a gente acaba fazendo os plantões extras de APH. T17

Eles sempre tentam achar alguém para cobrir os atestados, chamam alguém ou tem aqueles APH que o pessoal estatutário faz, é um dinheiro bom que ganham para vir cobrir essas horas. T19

Quando tem APH eu faço, às vezes, a gente faz esses plantões de 12 [horas] porque precisa do dinheiro. Eles [trabalhadores celetistas] não podem fazer, então gera mais saúde para o trabalhador celetista e menos para nós [estatutários], porque a gente pode fazer muitos plantões, tu pensas que tens que pagar ou comprar alguma coisa, aí tu acabas fazendo [plantão extra]. Tu estás de folga, te ligam: ‘Tu podes vir? Fulano entrou em atestado’. A gente se sente mal em dizer não, tem toda aquela questão. E daí tu paras e pensas, a tua saúde, o teu descanso vão ficando em segundo plano, chega a um momento que vai estourar. T5

A gente tem dois meses para tirar as horas a mais que a gente fez [regime celetista]. Nós não ganhamos hora extra, a agente não ganha APH, a gente ganha em horas. Só que, se não der para tirar nesses dois meses, a gente perde. T6

Querem que eles [celetistas] façam hora extra por folga, mas como é que tu vais tirar folga se não tem quem fique no teu lugar? É uma coisa maluça. T13

A próxima categoria, intitulada “*adoecimento psíquico dos trabalhadores e suas formas de expressão*”, apresenta os sintomas e manifestações físicas do adoecimento psíquico por meio de processos de somatização das tensões vivenciadas no ambiente laboral. Diante tais manifestações há a tendência de o trabalhador, inicialmente, investigar uma possível causa física para seu estado de saúde. Esse processo perpassa desde a negação, até a expressão do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho por meio do AD.

Só fui consultar quando eu não aguentei. Eu achava que era uma indigestão, alguma coisa que eu tinha comido, mas era de estresse, era de não dormir, de cansaço. Na hora de dar um diagnóstico não achavam o que eu tinha, eu fui contra o meu próprio organismo, estava demais. T5

Perguntam se essa minha hipertensão não tem um fundo emocional e eu digo que não, porque eu não sinto nada, mas no fundo eu acho que tem, porque aqui [setor atual] é muito cansativo, exaustivo. Talvez tenha um fundo emocional, do esgotamento, antes da crise [de hipertensão] mais séria teve um domingo que eu fiz 12 [horas de plantão], foi muito pesado, eu saí daqui de arrasto, ainda fui a última a passar o plantão. Saí daqui [setor] chorando, cheguei em casa passado das 8 da noite, chorando de cansada. Eu não sabia se eu tomava banho, se eu comia, eu não sabia o que eu fazia, era uma exaustão que nem sei explicar. Foi horrível, tudo junto, só me deitei na cama e nem consegui levantar para nada, nem para comer, tomar banho, nada, não deu, eu simplesmente não tinha força. T14

A minha pressão subiu, coisa que eu nunca tive. Eu comecei com taquicardia quando chegava para trabalhar e ficava naquela ansiedade, parecia que eu não ia vencer o meu serviço, eu tinha aquela sensação de que eu não ia vencer aquele estresse. Fiquei com medo, procurei um cardiologista, fiz todos os exames e realmente era só por estresse do serviço. Ele [médico cardiologista] me encaminhou para um psiquiatra, e daí ele me deu medicação e me afastou por um mês para ver como eu ia ficar. T4

Eu custei muito, quem me deu a primeira medicação foi um [médico] clínico, eu fui nele para pedir uns exames por causa de uns problemas de estômago, eu andava com umas dores de estômago, tudo em função do próprio estresse. Ele [médico] me aconselhou a procurar um psiquiatra, me deu uma medicação para eu dar uma calmada, porque achou que eu estava entrando em depressão. Só que isso foi em dezembro, eu tomei um pouco a medicação, daí fui protelando. Primeiro demorei a comprar [antidepressivo], daí eu pensei: Vou tomar isso e vou melhorar. Mas a medicação me deixava dopada. Cheguei a marcar algumas consultas no psiquiatra e desmarcava de última hora [risos]. Então, foi de dezembro a junho que eu levei para me dar conta que eu precisava realmente me tratar, mas eu fui ao psiquiatra achando que ele ia só me dar outra medicação e ele já me deu um atestado de cara. Aí eu disse: Ah, mas eu não preciso. Ele [médico psiquiatra] disse: 'Mas tu não tem condições de trabalhar, não tem como tu ficares no hospital desse jeito.'. T18

Essas dores que o pessoal tem aqui são psicossomáticas, como se fosse uma dor na alma, sabe? De tantas coisas que acontecem aqui, é o ambiente. Eu não tenho nada, está tudo bem com o meu esqueleto, não tenho hérnia de disco, nada na coluna, tu vê que a dor é tensional, de tanta tensão, da força que tu precisas fazer, mas também do estresse, daquela tensão acumulada. Eu comecei com uma dor na perna, a perna inchava e doía, pensei que tivesse um trombo, consultei com o cardiologista, fiz um monte de exames e não apareceu nada, a perna melhorou. Um mês depois começou a doer o ombro esquerdo, de não conseguir levantar o braço, fui para o traumatologista [traumatologista], fiz todos os exames e tudo normal, sem bursite, sem desgaste, ele me disse que eu não tinha nada. A dor no ombro aliviou, mas eu não estava normal. Andava irritada, sem paciência, cansada, chorando toda a hora, pensei que fosse a menopausa, fui para a ginecologista, fiz a dosagem dos hormônios, exame dos ossos e tudo normal. Nisso passou quase um ano até eu descobrir que eu não tinha nada físico, que eu estava somatizando as tensões do trabalho. É isso que eu vejo, tem pessoas que estão sempre com um 'ai', sempre com alguma coisa, tentando achar alguma coisa, um especialista que descubra uma causa, e é tudo psicossomático, essas dores, o pessoal aqui somatiza tudo. As pessoas não se dão por conta, não conseguem ver que é o estresse, uma tensão que vai adoecendo. Esse 'ai', essa dor, essas dores todas que tu vê o pessoal reclamando todo o dia, é tudo daqui, ó [participante aponta para a cabeça]. É uma dor tensional, tu vais te tensionando, te

travando, paralisando, tudo em função da tensão, isso é psicossomático. De tanto trabalhar naquela tensão, o pessoal acaba tendo problemas na parte física de tanto trabalhar tensionado, mas começou aqui, na realidade o problema está aqui [aponta para a cabeça]. Essa coisa de tanto vivenciar essa coisa que não ninguém assume, ninguém sabe [...]. T15

O final da fala de T15 traz à tona a expressão do sofrimento e adoecimento relacionados ao sentimento de impotência. Esse sentimento, recorrente nos relatos dos trabalhadores, foi relacionado a situações inerentes à prática profissional da enfermagem em âmbito hospitalar, como o agravamento do quadro clínico, ausência de possibilidade terapêutica e morte dos pacientes, porém que podem ser prolongadas ou potencializadas pelo contexto laboral no HU, como mostra a sequência da fala de T15 e de outros participantes.

[...] tivemos um paciente que foi desenganado, ficou uns cinco meses internado, nos passaram que seriam só medidas de conforto, tudo o que tu podes imaginar ele teve e pegou aqui. De tanto ir ficando e com todo o investimento de cuidados da equipe, ele acabou dando alta. Saiu daqui acamado, sem falar, um ano e meio depois ele apareceu aqui na unidade, na cadeira de rodas, conversando, e a esposa dele estava grávida. Para ver o que é o cuidado de uma equipe, esse paciente nos marcou [...]. Antes a gente via a coisa andar, se resolver, tu vias o trabalho em equipe. Só que isso tem acontecido cada vez menos, a gente via que aquela recuperação era pelo investimento da equipe. Cinquenta por cento da recuperação é pelo um bom cuidado e isso eu não vejo mais. T15

São muito poucos [pacientes] que a gente vê saírem curados daqui, os pacientes, eles saem daqui e poucos dias depois retornam ou vêm a falecer. Aí tu vê, um paciente internou ali, esperando uma cirurgia, pacientes bem idosos, com 85, 90 anos. Isso corta o coração, corta o coração, principalmente o pessoal bem idoso, chegam bem, conversando, brincando com a gente e tu vais presenciando o declínio daquele paciente que chegou bem, só com uma fratura, e vai declinando. É bem complicado, tu conviveres com essa parte assim, tu veres essa realidade. Pelo número de pacientes que passam aqui, que têm uma doença, que fazem um tratamento e saem curados daqui da unidade, são poucos, convivo muito pouco com isso. T3

A espera pelo serviço, por ser muita demanda, tu veres aquela dificuldade e eles [pacientes] ficarem esperando. Essa espera estressa muito o paciente e afeta a gente também, de ver o sofrimento da pessoa que está ali, às vezes, com dor há dias, com tração, tu estás vendo aquele sofrimento e aquela expectativa de que tal dia vai ser a cirurgia, e daí vem e suspende. Dá uma coisa... [silêncio], dá uma pena, coitado, já poderia ter feito [o procedimento], coisas que, às vezes, poderiam ser resolvidas rápido, mas que pelo sistema se estendem e acabam dando outras complicações. Os pacientes acabam ficando muito tempo e dá uma pneumonia, daí pega uma bactéria, até porque eles [pacientes] se estressam, daí baixa a imunidade, daí começam a se irritar, eles mesmos começam até a se revoltar com a gente. Às vezes, não necessariamente com a gente, mas tu vê aquela reclamação, aquela coisa deles, do familiar, e isso acaba prejudicando a saúde da gente também. T4

O pior sentimento é o de saber que alguma coisa poderia ter sido feita melhor e não foi. Quando tu até dá a tua opinião, mas ninguém... [silêncio] ou ninguém ou a equipe acha que não precisa, mais pela equipe médica mesmo, ou demora para fazer aquilo ali. Aquilo dá uma frustração. T6

Nesse tempo que eu estou aqui [setor atual] eu só vi morte, só vi gente morrer. Isso assim me deixa bem... [silêncio], de ver só morte, só morte. Teve uma semana em

que morreram quatro crianças, quatro, é uma coisa que assim é bem... [silêncio], a gente engasga só de falar. T19

Além do sentimento de impotência, os trabalhadores expressaram um sofrimento psíquico adicional ao aproximarem ou projetarem situações de seu cotidiano de trabalho em unidades de assistência a crianças e/ou adolescentes em seus familiares. Nos trechos a seguir, as narrativas sugerem o comprometimento da saúde mental dos trabalhadores, a partir de vivências subjetivas que confundem/transitam vivências laborais com situações do círculo familiar.

Uma menina de 15 anos, é quase a idade da minha filha, eu fico apavorada de como é que ela vai lidar com aquele bebê em casa se não tiver quem ajude. T9

Era uma menina de 13 anos [paciente que foi a óbito] e eu tenho uma filha de 12 anos, eu olhava para aquela gurria e pensava que podia ser a minha filha ali naquele leito. Ela [paciente] morreu em casa, na frente do pai e da mãe, não teve tempo de ir até o hospital, horrível. A gente pensa que poderia ser o teu filho ali, é uma coisa bem chata. Tu começa a ver sintomas na tua casa, para mim, lá em casa todo o mundo tem câncer, é só questão de serem diagnosticados, e isso é um inferno!, qualquer coisinha [sintoma que apareça em algum familiar] tu ligas com eles [pacientes] aqui dentro, e daí isso vai minando as tuas forças. T19

Eu estava transferindo a fisionomia dos meus sobrinhos para dentro do hospital, até para puncionar um bebê eu já pensava neles [...]. Eu os colocava [sobrinhos] no lugar [dos pacientes] sempre, aí eu ia para casa e ficava pensando: Se acontecer, como é que eu vou agir? Será que vou conseguir suportar? Será que eu vou superar? Tudo assim, em pânico. T14

A última categoria deste eixo temático aborda os *reflexos do trabalho e do comprometimento da saúde nas demais esferas da vida do trabalhador*. Nesse sentido, os participantes descreveram como a atividade laboral na enfermagem afeta outros aspectos essenciais, como repouso, prática de atividades físicas, lazer, convívio social e familiar.

Com o decorrer do tempo, tu não fazes mais certas coisas. O teu tempo é para descansar o teu corpo para ti poder trabalhar, tu não tens mais aquele “pique” para trabalhar. Agora eu já estou naquela fase, eu já estou com 40 anos, eu já sinto o meu corpo assim, que ele já é um corpo não velho, mas que ele já tem que descansar para fazer as coisas. T7

Parece que eu não tenho vida fora do hospital, se me convidam para sair, eu penso: Já são 9 horas, vou tomar um banho, comer e dormir. Sinceramente, eu não saio, não vou a nada, não faço nada, e não é porque eu não quero, é porque, às vezes, eu estou tão cansada, bate aquela preguiça, aquela dor nas costas, aquele mal-estar, e a cama chama e não é sono, é o cansaço do corpo, é uma fadiga. T14

Eu sou totalmente sedentária, sem contar as consultas, fisioterapia, acupuntura, tudo isso é pago. Para aguentar a pressão psicológica eu não faço nada. Eu não tenho nada de lazer, eu gostaria, mas eu estou sempre com dor. A minha vida fica limitada, eu não marco nada, eu não saio, porque eu estou sempre com dor, a pessoa dorme e acorda com dor. Essa sensação de dor não é a mais agradável para ti sair e participar de alguma coisa, então a minha vida se resume de casa para o trabalho e do trabalho para casa. T19

A gente vem para o hospital todos os dias, tu tens pouco tempo, às vezes, de fazer uma atividade física. Às vezes, tu já estás desgastado fisicamente, emocionalmente, aí tu não tens muito ânimo para fazer atividade física, e aí acaba que eu aumentei um horror de peso depois que eu entrei [no hospital]. Eu me sinto bem mais cansada e também eu nunca pensei que eu ia ter que tomar remédio para ansiedade, isso também atrapalha, porque tu ficas assim meio ‘paradona’, e aí atrapalha em outras coisas. Até a tua vida pessoal, o fato de estar tomando um remédio que tem efeitos colaterais. Eu também faço terapia e eu gasto um horror de dinheiro com isso, também atrapalha a minha vida pessoal, porque eu poderia estar gastando esse dinheiro em outra coisa. Eu estava fazendo natação, aí eu parei, porque estava gastando muito com a terapia eu tive que cortar a natação. T6

Eu vivo de fisioterapia, vivo de medicação. As coisas básicas de casa, como limpeza, eu não faço nada, pela minha coluna, porque, se eu fizer, não vou dormir de dor e no outro dia eu não consigo vir trabalhar. Eu tenho uma hérnia de disco, um início de uma segunda e mais o desgaste na coluna. T12

Eu passava a noite toda de plantão, o dia todo acordada e na outra noite não conseguia dormir de novo. Eu ia emendando, para mim estava ficando normal, às vezes, ficar uma semana sem dormir. Eu estava muito irritada, até com a família, a gente acaba descontando nos filhos que não têm nada a ver com isso, mas tu estás irritada e acaba descontando. T18

Eu estava sempre com olheira, sabe aquela aparência da pessoa que está muito, muito cansada, eu estava sempre assim, com aquela coisa, aquele cansaço direto. Eu também estava irritada demais em casa, com a minha filha, pobrezinha... [silêncio]. Ela [filha] não tinha nada o que ver, mas eu acabava descontando nela aquela irritação, porque eu estava exausta. T4

Além dos problemas de coluna e da síndrome do túnel do carpo, eu também acho que a minha diabetes é do estresse, a gente não consegue nem se alimentar direito em função dos horários. A gente se torna “automático” e ainda se divide com a família, muitas vezes, tu não tens nem o descanso que deveria e tu ainda tens uma carga familiar. Na família também, se deixa muito a desejar, é um abandono que a gente não percebe, eu percebi muito depois, de nem sentir os meus filhos crescerem, muitas vezes, passavam em escola, em creche. Eu sempre fiquei fora de casa, sempre na área da saúde, meu ex-marido reclamava muito, não podia combinar nada, não dava para sair, é como se não tivesse mulher: ‘Tem alguém lá em casa que de vez em quando aparece [risos], de vez em quando aparece em casa.’ E são uns horários assim, é sábado, é domingo, feriados, e uns horários bem complicados de plantões, ao meio-dia tu nunca vais estar em casa, perde muito isso aí dos filhos. Tu sais e eles ainda não saíram, mas tu voltas e eles já estão com outra atividade ou já estão dormindo, a gente perde muito do convívio familiar, a gente dobra a carga. T2

Na verdade, esses dias [de atestado] foram para ajustar a medicação, e eu usei para arrumar as coisas lá em casa, consertar os estragos que eu tinha feito, ficar com meus filhos, dar atenção, tinha que ficar bem para cuidar deles [filhos]. Eu entendi que precisava parar, me afastar do trabalho completamente, quando vi que passei uma semana dando arroz e ovo para meu filho comer. Eu perguntava: O que tu queres comer? e ele dizia: ‘Nada.’. Aí eu pensava: Ótimo, não preciso cozinhar, vou fazer um ovo em um minuto e arroz já tem pronto. E passei uma semana dando isso para ele comer [choro]. Claro, aí sobrava mais tempo para eu dormir, eu só queria dormir, porque eu estava exausta, esgotada, e no outro dia eu tinha que vir trabalhar. T15

Em seguida, são apresentados os resultados referentes ao segundo eixo temático oriundo da análise das entrevistas (Etapa 2, qualitativa). Este eixo contempla as percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD no HU e encontra-se no próximo subitem.

4.2.3 Percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD no HU

Este eixo contém cinco categorias que contemplam as percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD no HU. As categorias estão resumidas no Quadro 10.

Quadro 10 – Categorias do eixo temático percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD. Brasil, 2017. (N=20)

Eixo temático	Categorias
Percepções e vivências dos trabalhadores de enfermagem em relação ao AD no HU	- Percepções em relação ao AD entre os integrantes da equipe de enfermagem
	- Motivações e alternativas utilizadas pelos trabalhadores para permanecerem em atividade quando estão adoecidos
	- Vivências dos trabalhadores diante da necessidade de afastamento das atividades laborais para tratamento de saúde
	- Postura dos colegas e da instituição frente ao AD
	- Sugestões em favor da saúde dos trabalhadores de enfermagem do HU

Fonte: Elaborado pela Autora.

A primeira categoria traz as *percepções em relação ao AD entre os integrantes da equipe de enfermagem*. Os participantes apresentaram percepções diversificadas quanto ao fenômeno estudado, como mostram os trechos abaixo.

Aqui não tem muitos atestados, não é comum. No setor em que eu estava antes era mais sobrecarregado, o pessoal adoecia bem mais. T1

Pelo que a gente ouve falar, aqui [setor de atuação] é um dos lugares onde menos tem atestado. T5

Está sempre faltando funcionário, entra alguém, mas está sempre com desfalque. O pessoal adoce bastante, é um setor bem complexo, o pessoal vai cansando, vai adoecendo. T4

No momento, justo pelos atestados, eu acho que a gente não pode culpar as pessoas porque ficam doentes ou precisam fazer uma cirurgia ou alguma coisa, mas, justamente por isso, está bem apertada a escala. A gente [trabalhadores celetistas] já tem poucas folgas e ainda tem que vir para cobrir os atestados, porque senão não tem quem venha. T6

Quando a empresa entrou [nova gestão], eu pensei que ia resolver todos os problemas de falta de pessoal, mas que nada, me chamaram até para plantão extra no setor em que eu estava antes, porque eles não tinham mais nem quem colocar extra, era um índice absurdo de atestados. Eu cheguei lá [setor de atuação anterior] e contei, tinha sete atestados. Aqui [setor atual] somos quatro técnicos em enfermagem e dois estão em atestado. Ontem eu não vim porque estava muito gripada, minha colega ficou sozinha. T17

Tem duas pessoas que têm atestados mais seguidos, mas não são muitos atestados e tem muitas pessoas trabalhando aqui. Tem pessoas que, às vezes, tu sabes que tiram atestado assim [silêncio], sempre as mesmas. Aí pegam um feriado, pegam o final de semana estendido, não dá nem para comentar, isso acontece, mas não tem muito atestado no geral. T10

Tu vê de tudo e mais um pouco. Muitas pessoas adoecem, tu sabes que tem aquelas pessoas que realmente necessitam daquele atestado, que realmente estão doentes, mas tem aqueles que tiram atestado só para ir para a balada e não fazem questão de esconder isso. T18

Apesar da pluralidade de percepções em relação ao AD, a maior parte dos participantes discorreu acerca do comprometimento da saúde de integrantes da equipe de enfermagem, o que se reflete no número de afastamentos por motivo de adoecimento dos trabalhadores no HU. Os trechos a seguir ilustram essa percepção.

Tem muito atestado do pessoal da noite, é um pessoal mais antigo, eu percebo que eles têm mais atestado. Seguidamente estão pedindo gente para cobrir o pessoal da noite, mas o pessoal de dia não tem muito. Tem uma colega do dia que passa mais de atestado do que trabalhando, mas essa já vem de vários outros setores assim de atestado, atestado, atestado. T19

As pessoas estão ficando muito mais doentes do que elas ficavam quando eu entrei [no hospital] há mais de dez anos. Naquela época, a gente tinha colegas afastados, mas era uma meia dúzia e que tinham doenças bem mais sérias e que a gente sabia que não voltariam tão cedo. Hoje, a gente tem uma avalanche de pessoas em afastamento, as pessoas me parecem muito mais doentes. T20

Nessa direção, todos os participantes afirmaram que, em algum momento, já trabalharam adoecidos e/ou com dor. Além disso, mencionaram que em todos os plantões há, pelo menos, um integrante da equipe de enfermagem com algum acometimento à saúde, como mostram os trechos abaixo.

Eu sou muito assim, se estou ‘meia boca’ eu venho [trabalhar]. Agora estou com essa tosse que não para, mas estou aqui. Ainda estou com essa gripe que fiz febre e tudo e estou vindo. T7

Sempre tem alguém com alguma dor, acabam tomando o que tiver até o plantão terminar, assim remédio para dor no geral, anti-inflamatório e relaxante muscular. Qualquer coisa que tu sentires, alguém vai ter um comprimido na bolsa [risos]. Hoje mesmo uma colega, faz uns quantos dias que ela está tomando anti-inflamatório, a pressão dela estava alta. Ontem ela teve um estresse bem grande aqui na unidade,

hoje vou ver a pressão dela de novo, hoje vi que ela ainda está tomando o anti-inflamatório e faz dias. T15

Aqui [setor de atuação] sempre tem alguém com dor, tem dias que tem uma com dor, tem dias que tem duas, teve um dia que tinha três [integrantes da equipe] com dor. É difícil não ter alguém com dor no plantão, bem difícil. T11

A gente trabalha com diarreia, com gripe, com tosse, com dor direto. Nós tivemos uma colega com mais de 50 anos trabalhou com pancreatite, aí quando ela parou mesmo já tinha um abscesso, teve que fazer uma baita cirurgia. T13

Eu mesma já trabalhei até fazendo um soro [medicação endovenosa], estava ruim, com muita dor de cabeça, até apareceu um hematoma no olho de tanta dor e não deixei de trabalhar. Até pela responsabilidade a gente pensa: Fui trabalhar, segui trabalhando, não abandonei o serviço. E também já vi colegas trabalhando com muita dor, inclusive eu, já cansei de vim com dor nas costas [risos], muita dor nas costas, mas nunca deixei de vir, sempre eu evitei o máximo [o afastamento por motivo de saúde]. Eu muito fiz isso e acho que não vale a pena a gente trabalhar desse jeito, porque chega a um ponto que tu acabas estourando, de um lado ou de outro, tu acabas adoecendo. Acho que não tem quem não trabalhe com dor nas costas, com dor de cabeça, até por aquela agitação do plantão. T4

No trecho anterior, T4 refere que “não vale a pena” trabalhar doente. O participante T10 corrobora essa percepção, conforme o trecho a seguir.

Eu fiz muitas vezes isso de vim trabalhar doente, uma vez eu não aguentei e tive que ir embora. Hoje eu não faço mais, só que quantos anos eu levei para aprender que eu não devo fazer isso? Muitas pessoas fazem, claro, eu já estou quase me aposentando, já estou quase saindo, mas todas essas pessoas que estão hoje aqui, os mais novos, provavelmente fazem isso, só que isso é a coisa mais errada que tu podes fazer na vida. T10

A segunda categoria apresenta as *motivações e alternativas utilizadas pelos trabalhadores para permanecerem em atividade quando estão adoecidos*. A principal motivação mencionada pelos participantes de ambos os regimes de contratação foi a de não sobrecarregar o restante da equipe, como mostram os trechos abaixo.

Eu estava saindo de casa, fui dar um passo maior e me virei rápido, quando eu me virei já me ajoelhei e já cai com as mãos nas costas. Tive que deitar porque eu não aguentava a dor [nas costas], e aí tinha o plantão, eu não ia deixar o pessoal na mão, eu ia conseguir quem para vir naquele horário? Já eram quase 6 horas [18h00min.], aí não tinha o que fazer. Vamos assumir o plantão e ‘deu para bola’. T3

Tu sabes que tu vais causar um transtorno na escala. T6

Ninguém quer desfaltar uma equipe e aqui acontece muito atestado. Tu não fazes por mal, tu sabes que sobrecarrega. Eu faço de tudo para vim trabalhar, mesmo que esteja doente. T14

Eu já vim trabalhar com dor, com febre, ruim, porque tu pensas nos pacientes que precisam e nos colegas que vão ficar mal, então tu acabas vindo. T15

Nesse sentido, o sentimento de culpa por desfaltar a equipe foi recorrente nas entrevistas, como mostram os trechos a seguir.

Ontem [terça-feira] eu vim trabalhar doente e não pude ficar para ajudar a minha colega no turno da tarde. Eu saí bem chateada daqui, além de eu estar doente me senti péssima por deixar ela aqui com um absurdo de coisas para fazer, mas eu já tinha vindo de manhã e estava com muita dor no corpo, não tinha condições de ficar. Eu vim trabalhar doente ontem, porque eu já não tinha vindo segunda, quando eu estava no ápice da minha gripe. Ontem eu vim porque era o dia mais agitado e eu vim para ajudar a minha colega, vou ser bem sincera. Eu acho que a gente se cobra um pouco, ontem quando eu ainda estava doente, eu pesei: Já estou melhor, eu posso ajudar um pouco. Tu te cobras, eu sempre fui muito rigorosa no sentido de horário, de trabalho. T17

Os primeiros dias [de atestado] foram bem difíceis, porque eu sabia que ia ser uma a menos na escala. Eu ficava pensando, me culpando. T18

Eu me senti ruim, muito mal, eu nunca tinha colocado um atestado na minha vida de trabalho. Eu não sou de colocar atestado por qualquer bobagem, tanto que hoje estou aqui trabalhando mesmo com dor. T3

Eu me senti culpada, pensava que eu tinha que estar aqui trabalhando, com dor ou sem dor. Eu pensava: Vão dizer que eu sou uma preguiçosa que não quer trabalhar. T13

Em relação a não utilizar uma licença para tratamento de saúde para não sobrecarregar o restante da equipe, T18 complementou que:

As pessoas que agem de forma correta vão se cansando, tem pessoas que vêm trabalhar doentes para não pegar atestado, porque sabem que vai sobrecarregar o colega. Depois acabam vendo que, na verdade, os errados são eles, eles que estão agindo errado por não fazerem uso de uma coisa que é direito, porque eles poderiam muito bem pegar um atestado. Então fazem isso pensando nos colegas para não prejudicar e tem outros que não estão nem aí, vão lá e tiram atestado por qualquer bobagem. T18

Além disso, os participantes alegaram que também optavam por trabalhar em função do estigma e preconceito em relação ao AD. Assim, mantinham-se em atividade, a fim de evitar questionamentos, comentários e/ou julgamentos em relação ao seu estado de saúde.

Eu tenho vergonha de tirar atestado, eu tenho horror de ter que dizer: Eu não vou ir. Parece que já vão falar de mim, eu fico mal, é uma coisa minha, eu sei que a gente não deveria trabalhar doente, mas eu fico mal, eu não consigo. T19

Tem muito de a pessoa vim trabalhar ruim aqui, até pelo estigma da história do atestado. Qualquer atestado que tu precisas [se afastar do trabalho por motivo de saúde], fica todo mundo comentando, então as pessoas vêm e trabalham com dor para não gerar comentário. Eu já trabalhei com dor, quase nem caminhava, mas vim trabalhar, se não já ficam: 'A fulana, tirou atestado.'. Eu já vi muita gente falar: 'Fulano por qualquer coisa já não vem trabalhar.'. T6

As pessoas acham que para estar de atestado tu tens que estar mal em cima de uma cama. Então tem essa visão, não vou sair [de atestado], porque vão falar. T10

A partir das motivações elencadas, os trabalhadores utilizam alternativas para comparecerem ao trabalho mesmo com acometimentos à saúde. As medidas adotadas possuem como principal finalidade “anestesiá-los” a sintomatologia, a fim de que o trabalhador consiga cumprir a jornada laboral prevista. Para tal, lançam mão de recursos como uso de medicações e medidas para alívio dos sintomas, como mostram os trechos a seguir.

A gente vem trabalhar com dor mesmo, toma um remédio e vem. Hoje estava com muita dor na lombar, fazia tempo que não sentia, tomei um anti-inflamatório com analgésico e aliviou um pouco. Meu próximo plantão é daqui a menos de 48 horas, eu vou estar com essa dor ainda, vou tomar um remédio e vou vir trabalhar normal [pausa], para eu não vir só que eu trave mesmo. T3

Já tive que tomar muito medicamento para dor, esses relaxantes musculares, analgésicos, anti-inflamatórios, coisas assim. O pessoal toma direto quando está ruim, com dor nas costas, a gente toma para poder trabalhar. Eu não tomo tanto porque eu tenho o problema do fígado, eu deixo até o último, para tomar só se precisar mesmo, para economizar o meu fígado. Eu sou hipertenso, então já tomo o remédio para a pressão há anos. Esses anti-inflamatórios, para o fígado e para os rins, isso é um veneno e, às vezes, tu és obrigado a tomar porque tu tens que tomar para poder trabalhar. T7

A gente acaba usando medicação para mascarar os sintomas durante o plantão. Todo mundo tem aquela mania: ‘Ah, eu estou com isso, então vou tomar um analgésico e um anti-inflamatório.’ T17

O médico me disse que eu estava somatizando a dor, mesmo que tu não estejas com a dor eu, já começo: Eu vou sentir dor. E eu já tomo o remédio antes de sentir a dor, para prevenir a dor, e isso é uma coisa da minha cabeça. Se tu olhares na minha bolsa agora, eu tenho uns quantos comprimidos de remédio para dor. Agora eu não estou com dor, eu estou com aquela sensação de peso, mas eu já estou louca para tomar o remédio. T19

Eu tenho dor 24 horas por dia na coluna, eu tomo remédio 24 horas por dia, todos os dias eu tenho que tomar remédio para poder vir trabalhar. A gente acaba se medicando aqui também, nada de coisa forte, tipo uma dipirona, um paracetamol, anti-inflamatórios, tipo um ibuprofeno, porque, às vezes, tu estás com muita dor nas costas ou muita dor em um braço de tanto fazer força ou tendinite ou dor de cabeça. Aí o pessoal toma alguma coisa para dar uma aliviada. T12

A gente acaba tomando um remédio, eu já cheguei aqui [setor de atuação] e fiz uma injeção intramuscular para dor, daí eu consegui trabalhar, usa uma analgesia. Com dor e também com depressão, tu vê as pessoas que estão ruins, que estão deprimidas, cheias de problemas e que trabalham igual. Pelo que eu sei, quase todo o mundo aqui [setor de atuação] toma remédio controlado, o pessoal aparentemente é tranquilo, mas eu sei que quase todo mundo toma remédio, então é uma tranquilidade meio, não tão verdadeira [risos]. T6

Eu vejo muita gente trabalhando muito doente aqui. T9

Eu só durmo com medicação, eu acho que ainda é resquício da depressão. T13

No decorrer das entrevistas, os trabalhadores relataram a utilização de medicações em larga escala pelos integrantes da equipe de enfermagem. De forma alternativa, um participante descreveu a utilização de aplicação de calor local para alívio da dor durante o plantão, como mostra o trecho a seguir.

Quando eu vejo que vai começar a crise de lombar, eu uso calor. Aqui [setor de atuação] a gente pega um soro de 1000 [frasco de solução fisiológica de 1000 ml], aquele que vem em um saco molezinho, esquenta no micro [micro-ondas], coloca aqui assim [aponta para a região lombar] e firma com uma atadura, prende bem e toca o plantão. T11

Além do uso de medicações, em caso de comprometimento da saúde de um dos integrantes da equipe, os trabalhadores citaram a tentativa de auxiliar o colega em dificuldade. Os trechos a seguir exemplificam essas circunstâncias.

Os colegas pedem para eu me poupar e isso me envergonha, eles sabem que eu travo [risos]. T2

Se tu percebes que a pessoa está com um problema e tu vês que ela está diferente, que ela não está bem, tu tentas ajudar, mas ajudando a fazer as coisas do plantão para a pessoa melhorar. Não vai melhorar, mas eu digo ajudar a pessoa a fazer as coisas do plantão, pois aí ela não vai ficar naquele sofrimento. Eu não tenho esse perfil de perguntar o que houve e 99% não aceita. Eu acho que é 1% que quando está no fundo do poço que vai e pedir uma ajuda de conversar com um colega. T7

Em relação a essa alternativa, T20 faz uma ressalva de que, mesmo com tentativas de auxílio, dependendo do caso e das situações que o trabalhador irá vivenciar no seu cotidiano de trabalho, nem sempre ele irá conseguir manter-se na atividade laboral. O trecho a seguir ilustra a percepção do participante.

Tem sempre alguém que é mais ligado àquela pessoa, então a pessoa já fica ligada e comentando: ‘Acho que a fulana não está muito bem.’ Já vem sinalizando isso, já comenta com alguém de referência na equipe. Se tenta conversar, se é alguém que se tenha mais acesso, porque tem colegas que também a gente não tem acesso. Porém, muitas vezes, o trabalho não permite que, quando a pessoa está com o copinho quase transbordando, como se diz, que a pessoa seja acolhida, seja compreendida e possa permanecer naquele trabalho ou no ambiente não estando bem, ou então as próprias situações que ela vai viver no dia a dia, ela não vai dar conta, porque ela está num estado psicoemocional que já não está bem e aí ela acaba tendo que se afastar. T20

A próxima categoria apresenta as *vivências dos trabalhadores diante da necessidade de afastamento das atividades laborais para tratamento de saúde*. Nessa categoria, dois aspectos se destacaram, o primeiro se refere à divergência de sentimentos dos participantes

estatutários e celetistas, e o segundo diz respeito à dificuldade de identificação e aceitação do adoecimento mental por parte dos integrantes da equipe de enfermagem.

Os trabalhadores estatutários consideram o AD como algo natural, um direito do qual o trabalhador pode precisar usufruir em caso de adoecimento. Já a maioria dos trabalhadores celetistas manifestou resistências em relação ao AD devido à falta de estabilidade no emprego e aos impactos de afastamentos superiores ao período de 15 dias, os quais passam a ser amparados pelo INSS. Os trechos a seguir retratam esses aspectos.

Não tem o que fazer, o jeito é se afastar e se tratar para retornar bem, isso é normal. T1

Eu não tenho problema, se eu estiver doente, eu me afasto, não tem problema. T10

Se alguém precisa sair de atestado não tem problema, aqui ninguém fica cobrando de dizer: 'Ah, está de atestado porque não quer vim trabalhar.' T16

Foi bem difícil precisar sair de atestado, foi um tempão assim eu vendo que não estava dando, até que eu não consegui mais. O médico queria me dar um atestado de um monte de meses e eu disse: Não, eu quero só 15 dias, daí eu vejo se eu consigo descansar a minha cabeça e tento voltar. T6

Hoje mesmo tem uma colega que está trabalhando arrastada. Eu não viria, eu disse isso para ela, eu não sei por que ela veio trabalhar nesse estado. A maioria dos colegas veio de hospitais privados e tem o legado do hospital particular que tem que trabalhar e que não pode dar atestado. T9

Eu fiquei só os 15 dias de atestado e depois voltei [a trabalhar], porque, se eu fosse ficar mais [dias], eu teria que entrar de laudo médico e ir para o INSS e eu não queria. T19

Eu vim trabalhar muito mal pela minha sucessão de atestados. Eu tenho medo de me botarem para a rua, eu não sei até que ponto vai o meu amparo, eu sou celetista, tu ficas apreensiva [...]. Atestado é uma tortura psicológica para mim, porque eu acho que eu vou ir para a rua e que os colegas vão ficar ali no meu ouvido, falando e duvidando. T14

Apesar de os trabalhadores estatutários perceberem o AD com certa “naturalidade” em relação aos demais, essa característica não se aplica aos agravos de ordem psíquica. Nesse sentido, a dificuldade de identificação, busca por tratamento e, especialmente, a resistência quanto à aceitação do comprometimento da saúde mental foram recorrentes nos relatos dos participantes.

Essa parte da saúde mental as pessoas não comentam, o pessoal é muito discreto. Tu só sabes mesmo quando está doente, quando se operou ou adoeceu e está no hospital. T7

O atestado é uma coisa porque tu não estás bem de uma forma ou de outra, no caso da cirurgia fiquei tranquila, porque era uma coisa que eu precisava fazer, para a

minha qualidade de vida e até para eu ficar bem no trabalho. [Intervenção da pesquisadora: ‘E se fosse outro motivo que não a cirurgia?’] Me incomoda bastante, o atestado em si me incomoda. Há uns dois anos eu comecei a somatizar algumas coisas, em uma semana fui parar três vezes no pronto-socorro, uma vez por diarreia, outra por dor no estômago e outra com dor no peito. Foram três atestados, aquilo me incomodava assim, no segundo [atestado] eu já estava em pânico. Quando eu fui pela terceira vez entregar o atestado [setor de perícia oficial em saúde], a médica [perita] me perguntou o que é que estava acontecendo comigo e eu desandei a chorar. Ela disse: ‘Tem uma coisa errada.’. Eu estava desconfiada, mas eu não queria admitir, mas eu lembro que ela insistiu: ‘Tem alguma coisa errada sim.’. Ela [médica perita] me deu mais uns dias e me disse para procurar um psiquiatra. Fui à psiquiatra, ela me disse que eu ia precisar de medicação, me deu um pânico, porque eu não queria ficar dependendo de medicação para ficar bem, mas eu não estava dormindo também. Aí ela [médica psiquiatra] me receitou um remédio para dormir e um antidepressivo. Antes disso, ela [médica psiquiatra] aplicou um questionário, aí no final ela disse: ‘Bem, vamos à resposta, tu estás fazendo um quadro de depressão.’ T11

Eu me sentia bem, mas chegava para trabalhar e me dava uma angústia, aquela taquicardia, parecia que ia me dar uma coisa, demorei meses para procurar, eu não queria aceitar de ir [psiquiatra]. Eu já estava há tempo cansada, dormindo pouco, irritada e comecei a pensar, mas tu não queres parar [de trabalhar], só que daí chegou um momento que eu surtei. Eu comecei a chorar e eu nunca fui de chorar, e essa taquicardia, uma coisa muito ruim. Quando eu meio que surtei, disse: Não, está na hora de eu ir. Meu marido também não aceitava, não queria que eu fosse: ‘Ah, tu vais tomar medicamento.’. Eu também tinha medo de ficar na dependência, de não conseguir parar depois. T4

A gente fica tão absorvida pelo trabalho que tu não tens iniciativa de buscar uma ajuda. Tu entras num ciclo em que tu ficas meio automático, amanhã tem que trabalhar de novo, daí tu pensas: Eu preciso melhorar porque amanhã eu tenho que trabalhar. Tem essa coisa, tu tens uma dificuldade de enxergar e de aceitar que tu não estás bem. A minha filha marcou [consulta] e eu não fui, aí chegou um dia que eu só chorava, só chorava, cheguei ao fundo do poço, aí eu liguei para o psiquiatra e marquei. T8

Eu resisti muito nesse sentido, estou usando medicação controlada faz um ano, já estou diminuindo. Eu não gosto de remédio controlado, nunca gostei, quero parar de usar logo. T15

Era uma coisa que eu não queria aceitar e o meu médico me fez ver que eu precisava do tratamento psiquiátrico. Foi bem difícil colocar o primeiro comprimido de Escitalopram [oxalato de escitalopram] na boca, não foi fácil, mas tomei e fiquei bem. T17

Acordar de manhã para vir trabalhar já estava se tornando difícil, eu não queria mais aquilo, eu pensava: Eu tenho que ir para lá de novo. E isso começou a me incomodar, porque era uma coisa que eu gostava, eu gostava de vim trabalhar, sempre gostei [...]. Muitas vezes cheguei ao ponto de chegar ao hospital, ligar o carro e voltar para casa, porque eu não queria ficar aqui. Aí eu comecei a me dar por conta que eu não estava bem, que aquela não era a pessoa que eu sempre fui. Não é fácil, porque tem todo aquele preconceito: ‘Ah, porque está indo no psiquiatra é porque é louca e vai tomar medicação ainda, essa aí não bate bem mesmo.’ [risos]. Não é uma coisa fácil, mas te confesso que, se eu não tivesse feito o uso da medicação, acho que eu não conseguiria ter superado. T18

Em relação ao afastamento do trabalho em função de adoecimento psíquico, T9 apresentou uma percepção destoante em relação aos demais participantes, como mostra o trecho abaixo.

Ninguém aqui tem o direito de contestar o meu atestado. A única pessoa que pode questionar é o médico do trabalho e, se ele autorizou, abonou, não estou nem aí para ninguém, não estou nem aí para o que elas pensam, eu sei o que eu sinto. Eu fiquei de laudo oito meses em função de uma cirurgia e eu fui diagnosticada no pré-operatório dessa cirurgia, que durou uns seis meses, com depressão. Quando eu não estou bem, eu prefiro não vir, porque eu acho que eu ia me expor muito, eles iam ver que é tristeza. Eu fico em casa, resolvo os meus problemas com a psiquiatra, com a minha psicóloga e está tudo certo. T9

A quarta categoria traz as percepções e vivências dos trabalhadores em relação à *postura dos colegas e da instituição frente ao AD*. Nessa categoria, alguns entrevistados disseram ter recebido apoio e mantido comunicação com os integrantes da equipe durante o afastamento, especialmente dos que possuíam mais proximidade e nos casos de adoecimento físico ou procedimento cirúrgico. Os demais relataram ausência de contato com o ambiente laboral, o que em alguns casos ocorreu pela postura dos colegas e, em outros, por opção do próprio trabalhador.

Eu fiquei 19 dias internada, três colegas me visitaram no hospital. Ligavam para saber ou mandavam mensagens. Se algum colega entrar de atestado, a gente tem esse vínculo afetivo do grupo do Whatsapp, a gente se relaciona e fala e, ainda, de ligar. Tem um ou outro [colega] que são mais fechados em relação a não falar das suas coisas. T5

Depende de cada um, tem pessoas que se fecham, mas eu acho que é importante esse apoio. Eu fui apoiada pelas colegas e chefes de conversar bastante. As gurias [colegas] entraram em contato comigo, não ligando direto, mas pelo Whatsapp, perguntando: 'Tu estás bem? Se achar que não tem condições de voltar, não volta, vê o que é melhor para ti, faz o teu tratamento.'. A psicóloga [da instituição] também tentou me ajudar, a minha chefe disse: 'Quem sabe tu conversa com a psicóloga, é bom de desabafar.'. Daí eu fui [ao atendimento psicológico da instituição], antes de ir para a psiquiatra. Eu costumo entrar em contato, agora mesmo teve uma colega que se operou, a gente ligou, eu acho importante. Se não fica aquela coisa: 'Nem sequer ligaram para saber.'. Não vai ficar toda a hora incomodando a pessoa, mas para ver se ela está bem, se ela está precisando de alguma coisa, até para ela saber que pode contar com a gente. Às vezes, tu precisas de uma palavra da pessoa e ninguém te liga, ninguém te procura, é horrível. T4

Teve colegas que me mandaram mensagem, a chefe ligou, mas isso depende, é bem relativo. Tem pessoas que não querem ver ninguém, falar com ninguém, tem fases que tu não queres falar com ninguém, teve fases que eu nem atendia ao telefone. T8

A gente procura os mais próximos, mas nem todos respondem. A última colega que entrou de atestado, ela está há uns dois meses fora, eu mandei uma mensagem, ela não me respondeu. T12

No geral aqui [setor de atuação], quando os colegas saem de atestado quem é mais próximo liga, manda mensagem, depende da situação. Às vezes, a pessoa não quer falar com ninguém. Quando eu me afastei, eu precisava me reorganizar e eu não queria nenhum contato com o trabalho. Não atendi celular, nem respondi mensagem, porque, se tu atenderes, a colega vai acabar te contando coisas da unidade, do plantão, daquele paciente 'X', e eu não queria saber. T15

Quem me ligou foi a psicóloga do RH para saber quando eu retornaria, porque a gente tinha que planejar a minha troca de setor, uma coisa bem prática, mas assim dos colegas, das minhas 'amiguinhas' [risos] ninguém me ligou, ninguém entrou em contato. Tinha uma [colega] que me ligava, mas era para ficar alimentando aquela coisa: 'Fulana falou isso, cicrana fez aquilo,' mas não para saber como eu estava. Aí eu cortei, disse que eu estava em casa porque o ambiente de trabalho estava me fazendo muito mal e que eu realmente não queria saber o que estava se passando no setor. T20

Talvez alguém possa perguntar como tu estás, mas na maioria das vezes não, porque as pessoas não têm essa sensibilidade, essa preocupação. T11

Ninguém entrou em contato, ninguém ligou, só no final [do atestado], para saber se eu ia voltar. T6

Apesar da pluralidade de percepções e vivências nesta categoria, todos os participantes falaram sobre a ocorrência de comentários indevidos ou mesmo posturas invasivas em relação ao AD, especialmente por parte dos demais integrantes da equipe de enfermagem. Em menor frequência, os trabalhadores também relataram vivências semelhantes a partir de chefias e, até mesmo, de familiares. Os trechos a seguir exemplificam esses aspectos.

Quando eu voltei do atestado, perguntaram: 'Melhorou?', mas uns [colegas] com aquela malícia: 'Estavam boas as férias? Estava de férias?'. Eu respondi: Ah, estava de férias internada no hospital. Existe piada e comentário, bastante. Sempre tem um comentário bobo no meio, eu também já ouvi quando outros colegas adoeceram coisas do tipo: 'Está de férias?', 'Ah, mas será que está doente mesmo?', 'Ah, para ir ao *shopping*, sair, gastar, não está doente, mas trabalhar está doente.'. Vamos supor, se tu estás doente e tu não tens ninguém, tu precisas ir ao mercado. Eu sou sozinha, não tenho quem compre uma garrafa de água para mim, e alguém te vê no mercado, já sai o comentário: 'Ó, fulana está de atestado, mas estava no mercado.'. Aí, se o mercado fica dentro de um *shopping*, sabe aquela imaginação fértil? Pois é, a gente ouve bastante, é bem complicado. T14

Eu vejo muito julgamento das pessoas: 'Ah, fulano saiu de atestado.'. Quando eu voltei de atestado, eu senti que algumas pessoas me perguntaram se eu estava bem, se eu tinha melhorado, o que tinha acontecido. Só que as pessoas também querem esmiuçar a tua vida: 'Ah, se separou?'. Não foi nada disso, mas as pessoas querem saber. Algumas pessoas se preocuparam, outras tu vês que o pensamento é: 'Ah, ficou 15 dias dormindo em casa.', mas não foi isso. T6

Eu me senti muito mal nas vezes em que saí de atestado, porque parece que todo o mundo está falando de mim. Todo mundo falando: 'Ah, mas de novo.', porque é assim que funciona. Ninguém entende essa coisa, assim do funcionário, que realmente precisa, ela tem problema de saúde, não. O que se ouve é: 'Puxa vida, agora ela entrou de atestado de novo e agora, e a escala, como é que fica?. É isso o que eu ouço. T12

Eu tenho observado muito e eu me incomodo muito com a atitude das pessoas em relação às outras, julgam as pessoas. No período que eu fiquei afastada eu recebia ligações e mensagens de pessoas que diziam: ‘Olha, falaram isso, olha, comentaram aquilo.’. A maioria das pessoas acha que é frescura: ‘Como que tu não estás bem hoje? Como que tu estás de atestado hoje, se ontem tu estavas bem, sorrindo?’. Só sabe quem passa por uma depressão, sabe. T9

O mais complicado é que, às vezes, as pessoas não acreditam que tu estejas realmente doente. Eu já passei por isso, até na minha família, do meu pai me dizer: ‘Mas tu sempre trabalhou tão bem, o que houve agora, tu não quer mais trabalhar?’. Isso é terrível, porque o emocional é uma coisa que tu não tem uma perna amputada, tu não tens nada de aparente, uma doença física, então é subjetivo. T8

As percepções de T8 e T9 quanto à dificuldade compreensão e aceitação do adoecimento psíquico convergem com o relato de T11 sobre vivência de AD em decorrência de uma cirurgia. O trecho a seguir remete à necessidade do trabalhador de comprovar seu adoecimento aos demais membros da equipe.

Eu não gosto de expor a minha vida, mas depois da cirurgia eu mandei uma mensagem para o grupo de Watts [Whatsapp] que nós temos aqui [setor] com a legenda: ‘Estou mandando a prova de como eu realmente preciso ficar de atestado’, com a foto dos dois pés enfaixados e tudo mais. T11

A partir das experiências relatadas, alguns trabalhadores argumentaram que a comunicação com o colega afastado para tratamento de saúde é uma questão delicada em que qualquer interpelação pode ser mal recebida ou mal compreendida pelo colega. Em função disso e nos casos de pouca proximidade, opta-se por aguardar o possível retorno do trabalhador às atividades laborais.

Às vezes tu ficas um pouco retraída, porque, dependendo do colega, ele pode achar: ‘Ah, porque está me perguntando, qual é o interesse?’. T12

Ligar para a pessoa, só se for muito amigo. Dentro do hospital existe aquela coisa: ‘Estão ligando para saber se tu vais voltar ou estão ligando realmente para saber como é que tu estás?’. Existe isso, então tu ficas: Estão ligando para quê? Para saber da tua saúde ou para saber se tu vai retornar do atestado? Porque, às vezes, te ligam quando está pertinho de tu voltares e aí isso é para quê? Para saber se tu vai prorrogar o teu atestado ou para saber que tu estás melhor? T10

Depende muito de cada um, às vezes a gente pensa em ligar para saber como a pessoa está, mandar uma mensagem, mas tem pessoas que não gostam e que não aceitam. Tem pessoas que acham que tu estás invadindo a privacidade delas, que está ligando só para ver se está doente mesmo ou porque está preocupada com a escala. Tem gente que aceita numa boa, que fica feliz que alguém ligou, mas tem uns que não aceitam, então, se tu não tens muita intimidade, acaba esperando a pessoa voltar. T18

Os participantes mostraram-se descontentes em relação à atenção dispensada pela instituição à saúde dos trabalhadores de enfermagem. Esse descontentamento diz respeito

tanto a condutas em situações em que o trabalhador está em exercício da atividade laboral, quanto à condução nos casos de afastamento em função de adoecimento. Nos trechos a seguir, os entrevistados relatam sua insatisfação em relação à atenção à saúde dos trabalhadores de enfermagem no contexto laboral em que estavam inseridos.

Só valorizam o funcionário enquanto ele estiver bem e tiver saúde para trabalhar, no momento em que tu adoeceres, isso não importa mais para a empresa e é assim que funciona. O importante é tu vires e trabalhar, cumprir o teu horário, bem ou mal tu tem que vir e cumprir, doente ou não, tu tem que trabalhar, chega a ser deprimente. Não colocam na balança, vamos ver o estado psíquico do funcionário, vamos ver o estado físico, não pensam na saúde do trabalhador, isso não existe aqui. Nem sempre é o que parece, não é toda essa atenção para o trabalhador como diz no papel, isso não acontece. T12

Não existe preocupação com a pessoa que está ali trabalhando, do hospital absolutamente nada, quando eu trouxe um atestado, explicando o porquê que ele [médico psiquiatra] não queria que eu trabalhasse no setor, fui para a junta médica, lá disseram que aquelas restrições tinham que ser seguidas, que eu só voltaria para o trabalho quando tivesse um local adequado para mim. Arrumaram um novo local para mim, a psicóloga conversou comigo e disse que ia me atender, já faz um ano isso. Ela [psicóloga] disse que ia fazer um atendimento comigo e nunca mais, se eu estou viva, se eu estou morta, se eu estou louca, se eu estou em um hospício, o problema é meu. Eu tive um suporte fora, pagando do meu dinheiro, eu busquei, mas do hospital absolutamente nada a não ser a adequação do local, conforme o médico pediu. Se eu não tivesse buscado o acompanhamento fora, estaria ali “batendo biela” junto com os pacientes da psiquiatria. A gente sabe de pessoas que entraram em colapso e não conseguem mais voltar para o hospital, ou são pessoas que voltam, ficam uma semana ou duas e tu vê que eles já estão no limite de novo. Eu tenho medo que isso aconteça comigo, com os meus colegas, ninguém se preocupa se eu estou sobrecarregada, se eu estou bem, nós não temos nada. Aqui dentro do hospital, ninguém está preocupado contigo nesse sentido. Daí tu tira um atestado, tu és preguiçoso. T17

Cheguei para o plantão completamente travado, com muita dor mesmo, na lombar, pedi para o pessoal da traumato [traumatologia] me avaliar e prescrever um remédio para eu terminar o plantão, ainda tinha quase toda a noite pela frente. Eles não quiseram me atender, disseram que não podem mais atender funcionários, somente em caso de acidente de trabalho, tem uma norma do hospital [gesto indicando incompreensão]. Saí de atestado e ninguém ligou para ver como eu estava. Poderiam ligar: ‘Como está, o hospital pode te ajudar de alguma maneira?’. Ao contrário do que aconteceu, a traumatologia me negou o atendimento. Eu acho uma coisa absurda, eu vou abandonar o serviço aqui e ir para outro lugar pedir atendimento, se eu estou aqui em um centro de referência em traumatologia? Subentende-se que tu estás no meio do recurso, na teoria era para ser e aí é te negado o atendimento. T3

Eu tive uma crise de cervical daquelas, travei no meio do plantão, não consegui continuar, tive que ir embora. A gente não pode ser atendida aqui, então tem que sair e buscar socorro em outro lugar. [...] Não gosto da palavra ‘humilhação’, mas seria o extremo da humilhação implorar para ser atendida no meu próprio local de trabalho. Então, deixa, vou embora, eu lembro que eu levei quase meia hora só para conseguir chegar ao carro. A verdade é que precisam daquele nome na escala e não da pessoa que cada um é. Existe uma preocupação grande da chefia do tipo: ‘Até que dia vai o teu atestado, que dia tu voltas?’. Que dia tu voltas? Essa pergunta é cruel, essa pergunta dói. T11

A perícia também coloca uma pressão: ‘Ah, então a gente vai te aposentar.’. Eu disse que não queria me aposentar por invalidez, se for para sair daqui, vou fazer outra coisa. Estou com menos de 50 anos, não vou me aposentar por invalidez. T8

Lá na perícia eles dizem: ‘Ah, tu tem que procurar e ver se tu tens tempo para se aposentar e ir atrás da tua aposentadoria.’. A última vez que eu fui [na perícia médica] eles disseram: ‘Tu nem vens mais aqui [perícia médica], já vai direto trabalhar’, como se fosse eu que pedisse os meus atestados. T13

Nesse sentido, os entrevistados mencionaram situações em que ao término do afastamento não haviam retomado a sua capacidade de trabalho habitual, como consta nos trechos que se seguem.

Nos últimos dois meses de atestado até achei que não precisava, achei que estivesse melhor, mas aí o pneumo [pneumologista] recomendou que eu ficasse mais um tempo de repouso e, realmente, quando eu voltei, eu levei uns dias para voltar ao normal, eu fiquei muito debilitada, me sentia muito cansada. T16

Quando voltei do atestado achei que não ia conseguir chegar para trabalhar, as minhas pernas tremiam de eu ter ficado muito tempo deitada e eu não conseguia caminhar. Fui indo meio me segurando. T19

Essa é a segunda semana [de trabalho] depois de sete meses de laudo. No primeiro dia em que eu voltei, eu cheguei aqui [setor] e começou a me dar síndrome do pânico. Aquela sensação que tu não vais saber o que fazer, que tu não sabes mais nada, que tu és inútil aqui, uma sensação de pânico, mas aí eu fui me acalmando e a noite passou. De manhã eu já estava com três herpes na boca, eu somatizo, mas aí eu fui conversando com as gurias [colegas], era uma equipe legal, aí eu fui relaxando. T13

Eu fiquei uns quatro meses fora, no dia em que eu voltei, acho que eu trabalhei duas horas e me deu uma crise de pânico. Eu esqueci a senha para entrar no sistema, eu esqueci todas as senhas, tudo, me deu uma pane mental e eu travei. A chefe ligou para o psiquiatra e eu saí de atestado de novo. Ele [psiquiatra] me disse: ‘Agora tu vais ter que ficar mais tempo.’. Eu não queria, era uma coisa que eu não queria ficar mais tempo de atestado, porque eu queria seguir minha vida, minhas coisas. Quando eu voltei a trabalhar em julho do ano passado, o psiquiatra tinha me dado atestado para mais três meses e eu não apresentei o atestado. Voltei a trabalhar na cara e na coragem, contrariei ele, porque eu precisava retomar a minha vida. T8

A partir dos resultados apresentados, na última categoria constam as *sugestões em favor da saúde dos trabalhadores de enfermagem do HU*. As principais sugestões dizem respeito à instituição e aos próprios trabalhadores de enfermagem.

No que tange à instituição, os entrevistados sugeriram a ampliação e a qualificação dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, especialmente no que diz respeito à necessidade de acompanhamento psicológico dos integrantes da equipe de enfermagem, como ilustra o trecho.

A gente trabalha num ambiente muito desgastante, a gente vive diariamente com pessoas doentes, pessoas que nos exigem muito. Seria interessante um acompanhamento psicológico, a gente tem as psicólogas, mas elas acabam sobrecarregadas, tem fila de espera. As psicólogas estão ali para caso tu tenhas problemas no trabalho e não são só os problemas do trabalho, às vezes, tu já tens problemas em casa que, se somando aos do trabalho, só tendem a aumentar. Uma época a gente teve uma psicóloga que fazia esse trabalho, se tu tivesses algum problema em casa, com filho, com marido, ela atendia e fazia esse acompanhamento. Ela ajudava a lidar com essas situações e eu acho que falta para a equipe da enfermagem, principalmente isso, um acompanhamento psicológico mais de perto. T18

A troca de setor foi considerada um recurso positivo pela maioria dos participantes do estudo. Apesar disso, um entrevistado sugeriu cautela e outro que não ocorra troca de setor ao término de uma licença para tratamento de saúde, exceto se a causa do adoecimento estiver relacionada ao local de atuação ou se houver solicitação expressa do trabalhador.

Eu acho que tinha que ter algum acompanhamento de tentar ver o porquê, se a pessoa não está bem, não ser só: ‘Ah, a pessoa não está feliz aqui, vamos botar ela em outro lugar.’ Isso só piora, às vezes tem isso, tu não podes se queixar do lugar onde tu estás, porque acham que tu não estás feliz. Para mim ia ser muito pior se me tirassem daqui [setor atual], porque aí tu estás com ansiedade, com depressão, te botam num lugar totalmente diferente, com pessoas novas, com coisas novas. Eu acho que piora consideravelmente o caso da pessoa, a menos que seja o lugar que esteja prejudicando. T6

Ser retirada do setor no retorno de um atestado é horrível, isso aconteceu comigo, eu sei de outras pessoas também, isso é uma coisa que o hospital tinha que rever. Tu não chegas 100% quando tu retornas de um atestado, então, num atestado mais prolongado, no mínimo, tu deverias ser recebido no teu setor de origem e depois, se quiserem te tirar, que te tirem, mas não quando tu está retornando. Isso para a saúde do trabalhador é a coisa mais errada que eles fazem. Tu estás voltando, tu ainda não está bem, aí tu tem que aprender tudo novo de outra unidade, é complicado para quem está voltando, isso é a coisa mais errada que tem, a não ser que a pessoa peça para sair, mas, se não, eles não poderiam fazer isso aí. T10

Os participantes recomendaram a continuidade, ampliação e estímulo aos exercícios de ginástica laboral. Nesse sentido, os trabalhadores também trouxeram a demanda de espaços para a prática de atividades físicas, convivência e lazer dos trabalhadores de enfermagem no hospital.

A ginástica laboral ajuda um pouco, mas eu acho que tem que ser mais tempo. T5

A ginástica laboral ajuda, a gente deveria ter um incentivo maior de ter isso para a saúde do trabalhador. Se tivesse uma academia que tu pudesses ir, fora do teu horário de trabalho, seria uma coisa boa, até para incentivar uma atividade, a gente é muito sedentário. T4

Seria ótimo se tivesse uma academia aqui, como tem em outros hospitais. Tem atividades na universidade de yoga, pilates e dança, mas a gente [celetistas] não pode participar, só eles [estatutários] que podem. A gente [celetistas] não pode usar

a biblioteca, a gente [celetistas] não é funcionário da universidade, por que eles [estatutários] podem usar e a gente não? Tinha que ter mais espaços de lazer, de convivência. Teria que ter um lugar em que a gente pudesse ficar, descansar um pouco no intervalo das 12 horas, ler um livro, ver uma televisão para naquela uma hora tu teres um descanso, sair do ambiente. T6

Ainda em relação à instituição, os entrevistados sugeriram a ampliação do número de folgas por meio de equiparação da carga horária de trabalho nos dois regimes de contratação para 30 horas semanais e maior flexibilidade em relação às trocas na escala de trabalho. Além disso, apontaram a necessidade de melhores condições laborais e de um maior contingente de trabalhadores por turno. Os trechos a seguir traduzem essas sugestões.

Teria que aumentar o número de funcionário para que a gente pudesse ter mais folgas. A gente [celetistas] só tem direito a um final de semana por mês, o resto tu trabalhas todos. Tu não tens aquele tempo com a família, para um lazer, aquele tempo para se desligar daqui [hospital]. T19

A gente [estatutários] tem uma carga horária boa, esse descanso é importante. Quando tem muito pouca folga, tu acabas te desestimulando, pensa: ‘Ah, ainda tem tantos dias até a próxima folga. Quando tu folgas e parece que te renova as energias. Tem uma diferença de carga horária, acho que teria que igualar esse número de folgas do estatutário e celetista. A enfermagem no geral teria que ser 30 [carga horária de 30 horas semanais], o ideal seria para todos, em todos os lugares. Se a enfermagem tivesse um pouco mais de folgas, isso ajudaria para poder ter um lazer, para a gente não ficar só dentro do hospital. T4

A gente sabe que é um hospital escola, que um monte de coisas acontece, vai acontecer, mas que não existisse essa falta de material que existe. T11

Pelo menos um funcionário a mais teria que ter no turno, era bom se fosse uns dois [funcionários a mais no turno], aí ficaria tranquilo. T12

Poderia, às vezes, ser mais, dependendo dos dias, se pudesse ter mais um [trabalhador] na escala seria o ideal, porque às vezes tu ficas com muitos pacientes e, às vezes, estão pesadas as escalas. T7

Em relação à sugestão de aumentar o número de trabalhadores por turno, T18 apresentou um contraponto, conforme mostra o trecho de sua entrevista.

O normal na escala da noite era ter seis ou sete [técnicos e auxiliares de enfermagem]. Faz uma escala com nove, podia saber que, muitas vezes, tu ias trabalhar em cinco [pessoas], porque aí muitos achavam que estava folgado, que era muita gente na escala e que dava para folgar, para tirar um atestado. Uns quantos tinham a mesma ideia e não apareciam. T18

Nessa direção, um participante apresentou sugestões em relação à postura dos próprios trabalhadores de enfermagem que podem favorecer a saúde dos integrantes da equipe, como mostra o trecho da entrevista de T14.

Tem colegas que só reclamam do setor, mas tem muitas coisas que envolvem o pessoal também, para andar a equipe tem que se unir. Já que aqui [setor de atuação]

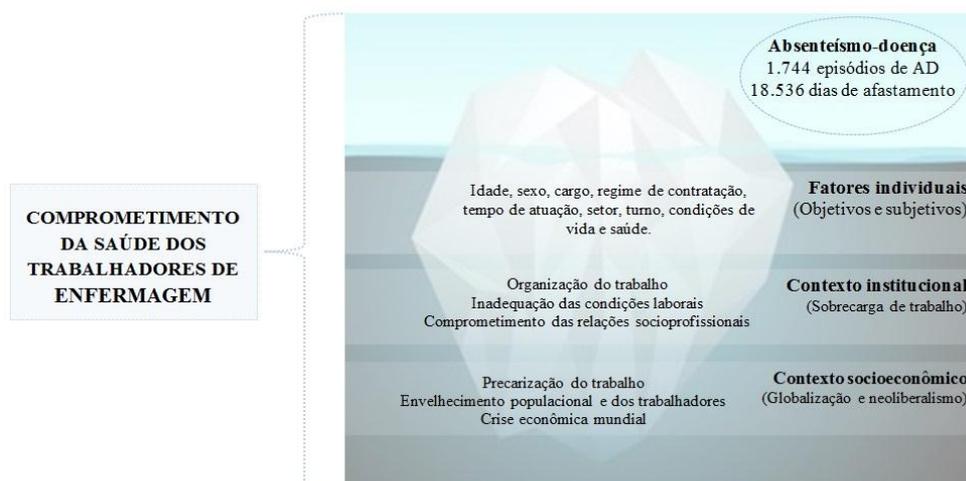
é um lugar tão ruim de trabalhar como falam, a gente teria que juntar e fazer daqui um lugar melhor, até para a nossa saúde. Não depende só de mim, eu faço a minha parte, mas falta esse espírito de equipe. T14

A partir da análise integrada dos resultados das duas etapas da investigação, reitera-se que o AD retrata predominantemente um processo multifatorial de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem. Nessa direção, sugere-se que o quantitativo de AD identificados na primeira etapa da pesquisa possa ser apenas a parte visível de um fenômeno maior que diz respeito ao real comprometimento da saúde dos trabalhadores.

5 DISCUSSÃO

A Figura 4 traz, analogicamente, o AD como o topo (parte visível) de um *iceberg* (adoecimento dos trabalhadores de enfermagem). Nessa lógica, a parte visível representa apenas uma parte de um todo, o qual é composto por elementos que se inter-relacionam dinamicamente, podendo deixar o topo mais ou menos aparente.

Figura 4 – Representação visual do fenômeno investigado



Fonte: Elaborada pela Autora.

As associações entre o AD e as características sociolaborais dos trabalhadores identificadas na etapa quantitativa somadas ao conteúdo das entrevistas (etapa qualitativa), possibilitaram identificar elementos relacionados à expressão do AD. Tais elementos podem atenuar ou acentuar o processo de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem deixando, conseqüentemente, “o topo do *iceberg*” mais ou menos visível.

Como possíveis agravantes mencionam-se a idade avançada; tempo de contratação; especificidades do setor de atuação; trabalho noturno; sobrecarga de trabalho; rigidez nas normas; excesso de cobranças e burocracia; carência de recursos materiais, de equipamentos e de pessoal; comprometimento das relações socioprofissionais, manifestado por meio de disputas interpessoais, conflitos e falta de apoio dos colegas e chefia. Os elementos atenuantes dizem respeito ao espírito de equipe, auxílio e cooperação entre os colegas, flexibilidade em relação às escalas de trabalho, apoio das chefias, acompanhamento pelos serviços voltados à saúde do trabalhador e uso de medicações.

Para além dos reflexos em âmbito laboral, reitera-se que o AD implica no comprometimento de outros aspectos importantes da vida do trabalhador. Nesse sentido, o participante T17 trouxe uma reflexão de que o trabalhador almeja estar em atividade, pois estar trabalhando significa que sua saúde e demais aspectos da sua vida estão bem, como mostra o trecho a seguir.

Espero que eu não precise [entrar em licença para tratamento de saúde], a minha energia é sempre de que não precise, porque eu quero estar aqui trabalhando. Se eu estou trabalhando é porque está tudo bem, no momento em que estou aqui é sinal que na minha vida está tudo bem, que eu estou bem, meus familiares estão todos bem. T17

A partir dos resultados deste estudo, ratifica-se a urgência de ações voltadas à promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores de enfermagem no cenário investigado. Porém, também há necessidade de que os envolvidos revejam suas percepções e posturas em relação ao AD, como defende o participante T14.

O ser humano precisa entender que ninguém pede para ficar doente e olhar para o lado. A gente está em uma unidade bem complicada, as pessoas precisam muito da gente e, se tu não estiveres 100%, tu não consegues te doar 100%. T14

Assim, considera-se fundamental que as ações voltadas à saúde do trabalhador em âmbito institucional sejam corroboradas por posturas individuais dos próprios trabalhadores. Nesse sentido, menciona-se a necessidade tanto de reconhecimento e respeito aos próprios limites quanto de compreensão, solidariedade e empatia em relação à situação de saúde dos demais integrantes da equipe de enfermagem.

Os resultados da primeira etapa deste estudo demonstraram que 63,3% dos trabalhadores de enfermagem do HU apresentaram pelo menos um episódio de AD no ano considerado. Investigação identificou que 73,6% dos integrantes da equipe de enfermagem de um hospital universitário, no Centro-Oeste do Brasil, justificaram ausência ao trabalho por meio de atestado médico em um período de quatro anos (MARQUES et al., 2015). Pesquisa sobre o AD autorreferido por trabalhadores de enfermagem de três hospitais públicos do Rio de Janeiro identificou prevalência de AD de 20,3% para poucos dias (até nove dias) e 16,6% de muitos dias (mais de 10 dias), considerando-se o último ano (FERREIRA et al., 2012).

Na mesma direção, pesquisa sobre o perfil da enfermagem brasileira identificou que, nos últimos 12 meses, aproximadamente 22% dos trabalhadores do setor público apresentaram licenças médicas autorrelatadas e percentuais inferiores a esse nos setores

privado, filantrópico e de ensino. Porém, nas diferentes categorias profissionais e setores de atuação, um percentual superior a 50% dos participantes informou ter necessitado de atendimento médico no ano anterior (FIOCRUZ; COFEN, 2015).

Em relação à sazonalidade do AD, identificou-se que o maior número de episódios concentrou-se no trimestre de abril a junho. Esse resultado pode estar relacionado às características climáticas locais, já que esse período antecede o inverno, estação caracterizada por amplitudes térmicas e presença de temperaturas baixas na região onde o estudo foi realizado.

De forma semelhante, pesquisa com trabalhadores de enfermagem de um hospital público do Sul do Brasil também contabilizou, nos dois anos avaliados, uma incidência maior de AD nos meses correspondentes ao outono e inverno. Em relação a isso, as autoras pontuaram a necessidade de medidas que possibilitem uma adequada ventilação e climatização dos ambientes laborais (TRINDADE et al., 2014).

No que tange ao índice de frequência de AD, identificou-se maior número de afastamentos entre os trabalhadores celetistas. Quando avaliado o índice de gravidade de AD, observaram-se maiores índices entre estatutários, o que aponta para um maior número de dias de afastamento entre os trabalhadores desse regime de contratação. A partir das entrevistas, pôde-se compreender que esses resultados se relacionavam com as especificidades dos regimes de contratação, com o contexto laboral e com características dos trabalhadores como idade e tempo de atuação na enfermagem.

Quanto ao regime de contratação, os trabalhadores celetistas possuem afastamentos para tratamento de saúde de até 15 dias amparados pela empresa contratante, sem prejuízos à remuneração. Períodos superiores a esse passam a ser auxiliados pelo INSS, com salário proporcional às contribuições junto ao sistema de seguridade, para segurados com pelo menos um ano de contribuição. Já os estatutários mantêm o amparo institucional durante os episódios de AD, sem alteração dos rendimentos mensais, independentemente da frequência ou duração dos episódios de AD. Além disso, mencionam-se a questão da estabilidade no emprego dos trabalhadores estatutários e a possibilidade de interrupção do contrato de trabalho dos celetistas.

No que se refere à remuneração dos trabalhadores celetistas com afastamento das atividades laborais decorrente de adoecimento, Silva Junior e Fischer (2014, p. 187) elucidam que

cabe ao empregador manter o pagamento integral do salário ao funcionário nos casos de ausências ao trabalho de até 15 dias decorrente de doença comprovada. A

partir do 16º dia, o trabalhador deve ser encaminhado para solicitação de benefício junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social. O auxílio-doença é o benefício temporário concedido ao segurado que comprove o efetivo comprometimento de sua capacidade laborativa decorrente de algum agravo à saúde.

Em estudo de caso com uma técnica de enfermagem, afastada das atividades laborais durante três meses em decorrência de adoecimento, houve redução da remuneração mensal da trabalhadora em função da licença para tratamento de saúde, a qual foi segurada por um instituto de previdência municipal. Conforme os autores, o valor do auxílio doença não correspondia à integralidade de seu salário e, além disso, a trabalhadora deixou de receber um benefício mensal de incentivo por assiduidade ao trabalho (SILVA et al., 2013).

Em investigação sobre os motivos atribuídos às ausências ao trabalho, os participantes mencionaram que havia integrantes da equipe de enfermagem que apresentavam infrequência, principalmente, nos finais de semana e feriados, demonstrando descomprometimento com o trabalho. Ainda, os participantes atribuíram esse comportamento ao vínculo efetivo e à garantia de estabilidade no emprego entre os trabalhadores estatutários (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014).

O dia da semana de início dos episódios de AD não apresentou associação com as variáveis de interesse neste estudo. No decorrer das entrevistas, apesar de os participantes relatarem uma diversidade de situações relacionadas ao AD, houve um consenso de que o descomprometimento e as ausências por motivos incompatíveis com adoecimento, quando ocorrem, provêm de uma minoria de trabalhadores.

Quanto ao contexto laboral, a rigidez das normas em relação aos períodos de trabalho para os trabalhadores celetistas somadas à carga horária de trabalho de 36 horas semanais desfavorecem que medidas de prevenção como realização de consultas e exames e até mesmo tratamentos/procedimentos de saúde de curta duração sejam realizados sem a necessidade de afastamento das atividades laborais. Já no regime estatutário há maior flexibilidade em relação à escala de trabalho para trocas e compensações de horários e também carga horária flexibilizada pela instituição de 30 horas semanais, o que pode viabilizar a (re)organização da escala sem a necessidade do afastamento de curta duração para tratamento de saúde.

Em relação às características dos trabalhadores, argumenta-se que o maior índice de gravidade do AD entre os estatutários também pode estar relacionado ao fato de serem trabalhadores com mais idade e maior tempo de atuação no HU. Nesse sentido, aponta-se a possibilidade de comprometimento da saúde decorrente tanto do processo de envelhecimento como do tempo prolongado de exposição ao contexto laboral da enfermagem.

A elevada frequência de AD entre os recém-admitidos na instituição, identificada neste estudo, sugere um adoecimento precoce dos trabalhadores. De forma similar, pesquisa identificou o aparecimento de desgastes precocemente entre os integrantes da equipe de enfermagem, de modo que os adultos jovens, na faixa etária entre 30 e 39 anos, apresentaram maiores registros de agravos à saúde (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

O desgaste dos trabalhadores de enfermagem ainda enquanto adultos jovens é preocupante, tendo-se em vista sua tendência ao agravamento e cronificação com o processo de envelhecimento dos trabalhadores somado à atuação em ambiente hospitalar. A partir disso, reafirma-se a necessidade de investimentos permanentes em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos integrantes das equipes de enfermagem.

Em relação às categorias profissionais, identificou-se que os técnicos em enfermagem apresentaram maior índice de frequência de AD em ambos os regimes de contratação. Considerando-se a totalidade de trabalhadores, o maior índice de gravidade de AD ocorreu entre os auxiliares de enfermagem.

Ao se analisar por regime de contratação, proporcionalmente, no regime estatutário, o maior número de dias de AD ocorreu entre os técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem e enfermeiros, respectivamente. Entre os celetistas, houve maior gravidade do AD entre os trabalhadores de nível médio.

Estudo com trabalhadores estatutários e celetistas que atuavam em hospitais públicos identificou que, comparativamente ao grupo de enfermeiros, os auxiliares de enfermagem apresentaram menores chances de possuírem poucos dias de AD, enquanto que os técnicos em enfermagem tiveram maiores chances de muitos dias de ausência. Além disso, a categoria profissional técnico em enfermagem se associou significativamente a muitos dias de ausência (FERREIRA et al., 2012).

Esses resultados reforçam os encontrados em pesquisas anteriores, as quais demonstraram que os enfermeiros apresentam menores índices de absenteísmo em relação aos demais integrantes da equipe de enfermagem (FERREIRA et al., 2012; BARGAS; MONTEIRO, 2014; LUCCA; RODRIGUES, 2015). Na mesma direção, investigação em três hospitais universitários do Sudeste do Brasil identificou que os auxiliares de enfermagem registraram problemas de saúde 2,7 vezes, os técnicos 2,1 vezes e os enfermeiros 1,5 vezes no período de 12 meses (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

Diante do exposto, reforça-se a evidência de que os integrantes da equipe de enfermagem de nível médio apresentam maiores índices de AD em relação aos com formação em nível superior (DISSEN et al., 2014; TRINDADE et al., 2014; MARQUES et al., 2015;

GUIMARÃES; FELLI, 2016; LEITÃO et al., 2017). Esse é um resultado relevante, tendo-se em vista que os técnicos e auxiliares representam o maior contingente de integrantes da equipe de enfermagem e suas ausências incorrem em sobrecarga para os demais trabalhadores e possível comprometimento à assistência prestada (MARQUES et al., 2015).

Conforme Guimarães e Felli (2016), a divisão técnica e social do trabalho da enfermagem pode se refletir no perfil de adoecimento dos trabalhadores. Nesse sentido, enquanto que o enfermeiro exerce um maior número de atividades de cunho gerencial, os demais integrantes da equipe se responsabilizam pela assistência direta ao paciente, o que tende a acentuar as exigências, bem como a exposição aos riscos laborais e às condições de trabalho.

Pesquisa sobre o AD decorrente de transtornos mentais e comportamentais também identificou um maior número de episódios de AD entre os trabalhadores com menor nível de instrução. Conforme os autores, este é um fator que contribui para o adoecimento, pela necessidade de complementação da renda e, conseqüentemente, a presença de mais de um emprego, a qual acentua as exigências físicas e psicológicas e interfere nos períodos destinados ao lazer e convívio social (SANTANA et al., 2016).

Neste estudo não houve associação significativa entre a presença de outro emprego na área da saúde e os episódios de AD. Contudo, durante as entrevistas, os participantes citaram a realização de plantões adicionais à carga horária prevista em função da carência de pessoal nos setores, especialmente, em decorrência de ausências não previstas, como o AD.

Investigação aponta que o absenteísmo, as faltas e as licenças para tratamento de saúde a partir de atestados médicos, recorrentes nos relatos dos trabalhadores, foram relacionados à carência de recursos humanos que leva à sobrecarga de trabalho para os demais integrantes da equipe de enfermagem. Em relação a isso, de forma semelhante a este estudo, houve menção a aspectos como o envelhecimento dos trabalhadores, a necessidade de realização de plantões extras e, conseqüentemente, o comprometimento dos intervalos de não trabalho, especialmente nos finais de semana (SOUZA et al., 2015).

Pesquisa com enfermeiros de um hospital público, no Sudeste do Brasil, identificou que a carga horária de trabalho semanal média dos participantes foi de 46,2 horas. Assim como neste estudo, os autores identificaram que os trabalhadores cumpriam horas adicionais de trabalho na mesma instituição em que atuavam (DALRI et al., 2014).

O tempo médio de duração dos episódios de AD foi de 10,61 dias por afastamento. Esse resultado supera a média de 8,47 dias de AD identificada entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público do Sul do Brasil (TRINDADE et al., 2014).

Considerando-se os diferentes vínculos laborais dos trabalhadores de enfermagem do HU, houve associação significativa entre os episódios de AD e seis variáveis: tempo de duração do afastamento; número de afastamentos por trabalhador no ano; faixa etária; cargo; tempo de atuação no HU; e turno de trabalho.

Houve associação significativa entre os afastamentos com duração igual ou superior a 14 dias e o regime estatutário. O regime celetista se associou a episódios de AD de um dia e a quatro ou mais episódios de AD por trabalhador. Essas associações reforçam o diagnóstico de maior frequência de AD entre os trabalhadores celetistas e maior gravidade dos afastamentos entre os estatutários, já discutida anteriormente.

Dentre os trabalhadores que necessitaram se afastar das atividades laborais para tratamento de saúde, a maior parcela (34,4%) apresentou um episódio de AD e a média foi de 2,91 episódios por trabalhador. Esse resultado é superior ao encontrado com trabalhadores de enfermagem de um HU do Sudeste do Brasil, o qual identificou a média de 2,49 licenças para tratamento de saúde por servidor (LUCCA; RODRIGUES, 2015).

A idade média dos trabalhadores que se afastaram foi de 41 anos, o que converge com investigação anterior na qual 59,5% dos trabalhadores que apresentaram atestados médicos possuíam idade acima de 40 anos (MARQUES et al., 2015). A idade avançada é uma tendência dos trabalhadores vinculados a instituições públicas em função da estabilidade prevista no regime estatutário, a qual favorece a atuação ao longo de anos ou até mesmo durante toda a vida produtiva no mesmo cenário (SOUZA et al., 2015).

Neste estudo, os episódios de AD dos celetistas apresentaram associação com a faixa etária mais jovem, dos 20 aos 33 anos de idade, e dos trabalhadores estatutários com a faixa etária igual ou superior a 48 anos. Nessa direção, pesquisa sobre os atestados médicos com duração de até 15 dias dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário observou menor média de dias de ausência no grupo etário dos 20 a 29 anos e maior média no grupo de 50 a 59 anos (BARGAS; MONTEIRO, 2014).

Investigação sobre a formação profissional em enfermagem em todo o território brasileiro identificou que a maioria (50,6%) dos técnicos e auxiliares em enfermagem possuía entre seis e 20 anos de formação profissional. Entre os enfermeiros, mais de 60% tinham concluído a formação havia 10 anos ou menos, o que aponta para uma força de trabalho jovem e sugere o rejuvenescimento dos trabalhadores nessa categoria profissional (MACHADO et al., 2016).

Neste estudo, considerando-se o grupo de trabalhadores como um todo e, especialmente, os vinculados ao regime estatutário, assim como em pesquisa anterior,

aponta-se para um grupo de trabalhadores maduros e em processo de envelhecimento funcional (TENANI et al., 2014). Nessa direção, os resultados se aproximam das projeções internacionais em relação ao envelhecimento da força de trabalho da enfermagem, bem como da dificuldade dos empregadores em encontrarem formas de proteção à saúde e segurança dos trabalhadores com mais idade (PHILLIPS; MILTNER, 2015).

A produção do conhecimento em relação à saúde dos trabalhadores tem contemplado os riscos aos quais os integrantes da equipe de enfermagem estão expostos no exercício das atividades laborais. Porém, poucas pesquisas têm abordado as repercussões dos riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicológicos sobre o processo de envelhecimento desses trabalhadores (RODRIGUES; BRÊTAS, 2015).

Investigação com trabalhadores de enfermagem de um hospital de emergência do Sul do Brasil encontrou uma prevalência de 34% de hipertensão arterial sistêmica entre os participantes. Após análise ajustada, a hipertensão se associou à idade superior a 48 anos, etnia não branca e variáveis antropométricas. Os autores argumentaram que a associação com a idade é particularmente expressiva para as instituições públicas de saúde, as quais possuem baixas taxas de rotatividade e trabalhadores que tendem a permanecer muitos anos na instituição (URBANETTO et al., 2014).

Quanto ao cargo, houve associação entre os episódios de AD dos trabalhadores estatutários e o cargo de auxiliar de enfermagem, e entre os celetistas e o cargo de enfermeiro. Esse já era um resultado esperado, tendo-se em vista que a totalidade dos auxiliares de enfermagem possuía vinculação estatutária.

Cabe citar que, nos últimos anos, a instituição pesquisada tem admitido somente enfermeiros e técnicos de enfermagem em seu quadro funcional, contratados pelo regime celetista. Nesse sentido, menciona-se que, no cenário pesquisado, os auxiliares de enfermagem são trabalhadores com mais idade e tempo de atuação, aspectos que podem se refletir em sua condição de saúde, adoecimento e necessidade de afastamento das atividades laborais para tratamento.

Em relação à associação entre os episódios de AD no regime celetista e o cargo de enfermeiro, aponta-se que 71,3% dos enfermeiros celetistas se afastaram em decorrência de adoecimento no ano considerado, prevalência superior à encontrada nas outras categorias profissionais de ambos os regimes de contratação. Sobre esse resultado, menciona-se que, apesar do número elevado de afastamentos, essa categoria foi a que apresentou o menor índice de gravidade de AD (13,8), o que sinaliza um elevado número de afastamentos de curta duração nesse grupo.

Os afastamentos de curta duração podem estar relacionados a vivências de insatisfação no trabalho (FERREIRA et al., 2012; BELITA; MBINDYO; ENGLISH, 2013). Por outro lado, também se cogita a possibilidade de os enfermeiros celetistas, por serem trabalhadores mais jovens e com maior escolaridade, investirem em ações preventivas de saúde, como a realização de consultas e exames, as quais costumam originar afastamentos de curta duração.

Os episódios de AD foram de trabalhadores com tempo médio de contratação de 9,5 anos, sendo o tempo mínimo de alguns meses e o máximo, de 36 anos. Estudo em um hospital universitário também identificou uma elevada amplitude em relação ao tempo de atuação dos integrantes da equipe de enfermagem (tempo máximo de 23 anos) e média aproximada de sete anos de atuação dos que se afastaram das atividades laborais em decorrência de adoecimento (TRINDADE et al., 2014).

Os episódios de AD dos trabalhadores celetistas se associaram ao tempo de contratação igual ou inferior a 18 meses, enquanto que os episódios de AD dos estatutários se associaram ao tempo de trabalho igual ou superior a 14 anos. Esses resultados podem estar relacionados à recente admissão dos integrantes da equipe de enfermagem pelo regime celetista, bem como a inserção prévia dos estatutários no HU.

Quanto ao turno de atuação, os episódios de AD dos celetistas se associaram à atuação diurna e os afastamentos dos estatutários, ao turno noturno. Conforme os participantes da segunda etapa do estudo, com a reorganização dos serviços de enfermagem pela nova gestão da instituição, grande parte dos trabalhadores estatutários trocou de setor e/ou passou a atuar no turno da noite. Desse modo, a maioria dos trabalhadores recém-admitidos pelo regime celetista atuava diurnamente, o que remete às associações identificadas na etapa quantitativa.

Em relação à caracterização do AD segundo as variáveis sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem, mais de 90% dos episódios de AD foram de trabalhadores do sexo feminino. Esse resultado remete à composição histórica majoritária de mulheres nas equipes de enfermagem (MACHADO et al., 2014; GUIMARÃES; FELLI, 2016) e também à atual composição do quadro de trabalhadores desse segmento no Brasil, o qual possui cerca de 85% de trabalhadoras (FIOCRUZ; COFEN, 2015).

Da mesma forma, menciona-se a consonância desse resultado com os achados em pesquisas nacionais (DISSEN et al., 2014; MACHADO et al., 2014; TRINDADE et al., 2014; MARQUES et al., 2015; GUIMARÃES; FELLI, 2016) e internacionais (PETERSON et al., 2011; PERRI et al., 2015). Reitera-se que as questões de gênero precisam ser consideradas ao se analisar o processo de saúde/doença dos trabalhadores, tendo em vista a composição predominantemente feminina das equipes de enfermagem (MACHADO et al., 2014).

Pesquisa sobre o AD entre os servidores públicos de uma capital brasileira identificou que a prevalência de AD foi maior entre os trabalhadores do sexo feminino, na faixa etária a partir dos 40 anos, entre os que possuíam menor escolarização, tempo de atuação superior a dez anos e múltiplos vínculos empregatícios (LEÃO et al., 2015). Apesar de a referida pesquisa ter considerado todos os servidores públicos de diversos cargos e áreas de atuação, identifica-se convergência com os resultados obtidos com os trabalhadores de enfermagem, com exceção da variável outro emprego, que não se apresentou associação significativa com o AD neste estudo.

Autores observaram que, na medida em que o salário dos trabalhadores de enfermagem aumenta, há uma diminuição no número de vínculos empregatícios. Em seu estudo, identificaram baixas e muito baixas remunerações em relação à carga horária laboral cumprida, com 41,96% dos participantes possuindo mais de um emprego e 13,89% apresentando até três vínculos de trabalho (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

Estudo de coorte, com acompanhamento de dez anos, sobre o absenteísmo e os fatores de risco cardiovasculares em trabalhadores de hospitais públicos da Argentina, identificou que o absenteísmo se associou à idade igual ou superior a 45 anos, ao sexo feminino, ao menor nível de escolaridade e à atuação na enfermagem. Em relação aos fatores de risco cardiovasculares, o AD apresentou associação com diabetes e hipertensão arterial. Ainda, o sexo feminino, a atuação na enfermagem e o diabetes mantiveram significância estatística após regressão multivariada (RASCÓN et al., 2016).

Em relação aos motivos dos afastamentos, considerando-se os trabalhadores de ambos os regimes de contratação, as principais causas foram as doenças mentais e comportamentais (16,0%), seguidas das doenças do sistema respiratório (15,2%) e dos distúrbios osteomusculares e do tecido conjuntivo (12,5%). Destaca-se que no regime estatutário os transtornos mentais e comportamentais corresponderam a mais de 23% de todos os episódios de AD. Já entre os trabalhadores celetistas a principal causa de AD foram as doenças do sistema respiratório (18,1%).

Esses resultados reforçam que os acometimentos osteomusculares e do tecido conjuntivo, sistema respiratório e os transtornos mentais e comportamentais constituem-se nas principais causas de AD dos trabalhadores de enfermagem que atuam em âmbito hospitalar (MARQUES et al., 2015; LUCCA; RODRIGUES, 2015). Na mesma direção, as queixas de saúde mais frequentes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital foram atribuídas ao sistema musculoesquelético, com presença de dor nas pernas (66,4%) e nas costas (61,8%), e

as doenças mentais, com predomínio de cansaço mental (47%) e nervosismo (33,7%) (MACHADO et al., 2014).

Estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, com idade a partir dos 40 anos, identificou que as doenças osteomusculares e os problemas em relação à saúde mental foram as principais queixas de saúde dos participantes (RODRIGUES; BRÊTAS, 2015). Assim, menciona-se a convergência com os resultados obtidos em relação aos episódios de AD por transtornos mentais e comportamentais.

Investigação com trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos contratados pelo regime celetista contabilizou 970 registros de problemas de saúde. A maioria foi por licenças médicas, com predomínio de doenças do sistema osteomuscular (31,0%) e respiratório (20,3%). Os transtornos mentais e comportamentais foram a quinta causa de adoecimento e corresponderam a um percentual de 6,6% das licenças registradas (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

Estudo ecológico sobre o perfil dos benefícios previdenciários concedidos no Brasil, no período de 2008 a 2011, identificou que os transtornos mentais foram a terceira causa de concessão de auxílio-doença, com incidência média anual de 9,3%. Além disso, em média, 6,2% dos casos de adoecimento mental foram considerados relacionados à atividade laboral do segurado (SILVA JÚNIOR; FISCHER, 2014).

Em pesquisa sobre a saúde mental de adultos domiciliados na Região Metropolitana de São Paulo, aproximadamente 30% dos entrevistados relataram algum tipo de adoecimento mental nos últimos 12 meses. Os transtornos de ansiedade foram os mais comuns (19,9%) e identificou-se um percentual de 11% de depressão na amostra investigada (ANDRADE et al., 2012).

Neste estudo, os transtornos mentais e comportamentais foram a principal causa dos afastamentos, diferentemente da maior parte das pesquisas anteriores sobre AD em trabalhadores de enfermagem (DISSEN et al., 2014; MARQUES et al., 2015; LUCCA; RODRIGUES, 2015; GUIMARÃES; FELLI, 2016). Nesse sentido, concorda-se com autores que apontaram a enfermagem como altamente propensa a adoecimento mental, uma vez que os trabalhadores possuem elevadas exigências emocionais que podem comprometer seu bem-estar psíquico (PERRI et al., 2015).

Nessa direção, pesquisa detectou uma prevalência global de 27,9% de transtornos mentais comuns entre os 359 integrantes da equipe multiprofissional de saúde investigados. Entre os integrantes da equipe de enfermagem a prevalência de predição desses agravos foi de 33,6% (ALVES et al., 2015), o que pode indicar maior propensão ao adoecimento psíquico.

Estudo com trabalhadores de enfermagem de dois hospitais de ensino da Austrália identificou que 14% dos participantes apresentavam histórico de transtornos mentais e 6% estavam utilizando medicação psicoativa no período em que ocorreu a coleta dos dados. A maioria dos participantes (65,1%) informou ter apresentado sintomas de transtornos mentais comuns às vezes ou muitas vezes nos últimos 12 meses (PERRI et al., 2015).

Os resultados deste estudo se aproximam aos de uma investigação que avaliou os afastamentos por licenças médicas com duração superior a três dias de servidores públicos municipais de diferentes segmentos profissionais. As causas de AD mais prevalentes foram os transtornos mentais e comportamentais (26,5%), seguidos pelas doenças osteomusculares (25,1%) (LEÃO et al., 2015).

Ainda, destaca-se que o percentual de 12,5% de afastamentos por doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (13,7% no regime estatutário e 10,9% no regime celetista), identificado neste estudo, foi inferior aos resultados de outras investigações com trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários. Pesquisas brasileiras, publicadas no ano de 2015, identificaram percentuais de 16,1% (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015), 19,7% (MARQUES et al., 2015) e 20,97% (LUCCA; RODRIGUES).

Considerando-se a população geral brasileira, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram a segunda causa de concessão de auxílio-doença aos trabalhadores segurados pelo INSS, no período de 2008 a 2011. A incidência média anual desses agravos foi de 20,7% (SILVA JÚNIOR; FISCHER, 2014).

Em relação ao número de dias de AD, os transtornos mentais e comportamentais corresponderam a 36,1% dos 18.536 dias de AD dos trabalhadores de enfermagem contabilizados no ano investigado (46,7% dos dias no regime estatutário e 12,2% no celetista). Aponta-se para a convergência com os resultados de outras pesquisas em que esses agravos também ocasionaram o maior número de dias de afastamento em hospitais de ensino, com percentuais de 24,8% (LUCCA; RODRIGUES, 2015) e 35% (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015).

As doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo foram a segunda causa do maior número de dias de AD neste estudo. Investigação com trabalhadores que atuavam em hospitais públicos da Argentina identificou que as doenças osteomusculares (24,6%) e a depressão (23,8%) foram as patologias que originaram os maiores números de dias de absenteísmo (RASCÓN et al., 2016).

Em relação aos episódios de AD por doenças do sistema respiratório, apesar de terem sido a segunda causa de AD considerando-se a totalidade dos trabalhadores e a principal

causa de AD no regime celetista, esses acometimentos deram origem a 4,2% dos dias de afastamento. Durante as entrevistas, os agravos respiratórios foram citados pelos participantes como frequentes, causadores de mal-estar e desconforto. Porém, em poucos casos como impeditivos para o comparecimento ao trabalho.

Em investigação sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem, 33% dos participantes relataram a presença de pelo menos um agravo relacionado ao sistema respiratório. Segundo os autores, esses agravos têm sido pouco valorizados pelos trabalhadores, possivelmente por possuírem poucas repercussões físicas e não originarem muitas faltas ao trabalho (MACHADO et al., 2014).

Em relação às doenças do sistema respiratório em trabalhadores de enfermagem, pontua-se o constante contato com micro-organismos patológicos como vírus, bactérias e fungos. Além disso, pode haver relação desses agravos com a sobrecarga de trabalho em decorrência do comprometimento da resposta imune dos trabalhadores (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

Quanto às associações entre os episódios de AD e as características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem, os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais se associaram à faixa etária igual ou superior a 41 anos, ao sexo feminino, ao regime estatutário, ao tempo de contratação igual ou superior a nove anos, ao cargo de auxiliar de enfermagem, à duração do afastamento igual ou superior a 14 dias. Além disso, o AD por essas doenças se associou aos setores de processamento de materiais, cirurgia geral, saúde da criança e do adolescente, CTCRIAC, ambulatórios e outros.

Pesquisa sobre o absenteísmo por transtornos mentais e comportamentais entre os trabalhadores de saúde de um hospital de ensino do Sul do Brasil identificou que o maior percentual de adoecimento ocorreu entre os integrantes da equipe de enfermagem, em trabalhadores do sexo feminino e na faixa etária entre 21 e 30 anos. Ao avaliarem o absenteísmo por categoria profissional, os autores observaram as maiores prevalências entre os técnicos em enfermagem (29,09%), seguidos dos auxiliares de enfermagem (21,81%), auxiliares administrativos (10,09%) e dos enfermeiros e dos técnicos administrativos (7,27%). Em relação ao vínculo profissional, 60% dos afastamentos foram de trabalhadores estatutários (SANTANA et al., 2016).

Considerando-se a população geral, pesquisadores contabilizaram que as doenças mentais corresponderam a 10,7% dos benefícios de auxílio-doença concedidos, no Brasil, no ano de 2008. Houve maior prevalência e duração das concessões na faixa etária igual ou superior a 40 anos. Os trabalhadores do sexo feminino apresentaram prevalência desses

benefícios 73% superior em relação aos homens (BARBOSA-BRANCO; BULTMANN; STEENSTRA, 2012).

Neste estudo, os episódios de AD por transtornos mentais e comportamentais se associaram a trabalhadores com mais idade, sendo que na faixa etária igual ou superior a 40 anos houve 180% a mais de chance de AD por esses agravos. De modo divergente, pesquisa sobre os transtornos mentais comuns nos profissionais da saúde de um hospital universitário evidenciou, após a análise de regressão, que os trabalhadores mais jovens, com idade inferior a 39 anos, apresentaram maiores chances de ter rastreamento positivo para esses transtornos (ALVES et al., 2015).

Houve convergência em relação à associação entre os agravos à saúde mental e o sexo feminino. Neste estudo, as mulheres tiveram o dobro de chance de AD devido a transtornos mentais e comportamentais, enquanto que no estudo de Alves et al. (2015) as mulheres apresentaram chance 2,36 vezes mais elevada de predição para transtornos mentais comuns.

Os transtornos mentais e comportamentais também corresponderam a maior número de dias de AD entre os servidores públicos municipais de Goiânia e apresentaram o dobro de chance de ocorrer no sexo feminino (LEÃO et al., 2015). Em relação ao sexo, pesquisadores salientam que fatores como o ciclo de vida associado aos componentes emocionais podem acentuar o sofrimento psíquico na população feminina (PINHO; ARAÚJO, 2012).

Sob outro prisma, pesquisa em um hospital universitário público do Sul do Brasil identificou que os trabalhadores do sexo masculino consideraram o ambiente laboral mais favorável à prática profissional do enfermeiro, quando comparados às trabalhadoras do sexo feminino, especialmente em relação à autonomia. Também houve maior satisfação profissional entre os trabalhadores do sexo masculino (BOARETTO et al., 2016), o que pode favorecer a saúde mental.

Quanto ao regime de contratação, os trabalhadores estatutários apresentaram 4,4 vezes mais chance de AD por transtornos mentais e comportamentais em comparação aos celetistas. Na mesma direção, investigação sobre o AD autorreferido por trabalhadores de enfermagem identificou que os estatutários possuíam três vezes mais chance de apresentar muitos dias de ausência em relação aos celetistas. Conforme os autores, a questão da estabilidade no emprego entre os estatutários pode ser um viés de sobrevivência, já que entre os contratados existe maior probabilidade de demissão após longos períodos de ausências (FERREIRA et al., 2012).

Estudo que comparou o AD em trabalhadores de enfermagem de um hospital público e de um hospital privado identificou taxas superiores de AD no hospital público e diferentes

perfis dos trabalhadores. Apesar disso, os autores concluíram que o caráter multifatorial do absenteísmo afeta de forma semelhante as instituições públicas e privadas (FURLAN; STANCATO, 2013).

Investigação em hospitais do Sudeste do Brasil evidenciou que os trabalhadores com tempo de atuação na enfermagem superior a dez anos apresentaram o dobro de chances de terem autoestima média ou baixa (SANTOS et al., 2017). No presente estudo, o tempo de atuação igual ou superior a dez anos se associou a episódios de AD por doenças mentais e comportamentais.

Além disso, os trabalhadores com tempo de contratação entre 9 e 13 anos e igual ou superior a 14 anos apresentaram 50% e 130% mais chance de AD por transtornos mentais e comportamentais, respectivamente. Nessa direção, reitera-se que o sofrimento no trabalho, acumulado pouco a pouco, pode levar o trabalhador a um quadro de adoecimento mental (MACEDO; HELOANI, 2017).

Estudo de revisão sobre os fatores que influenciam o absenteísmo em trabalhadores da saúde identificou que as ausências por doença foram as mais investigadas internacionalmente. Segundo os autores, talvez, subjetivamente, essas ausências possam ocorrer por serem amparadas pela instituição, de modo que, em alguns casos, o AD é uma maneira encontrada pelo trabalhador para evitar o ambiente laboral ou distanciar-se de experiências negativas (BELITA; MBINDYO; ENGLISH, 2013).

Investigação encontrou prevalências de 47% de cansaço mental, 33% de nervosismo e 24,8% de esquecimentos frequentes referidos por trabalhadores de enfermagem em atividade laboral. Ao comparar a presença de sintomas de agravos à saúde mental em relação às categorias profissionais, os enfermeiros foram os mais acometidos por todos os sintomas (MACHADO et al., 2014).

Neste estudo, os auxiliares de enfermagem apresentaram 2,2 vezes mais chance de AD por transtornos mentais e comportamentais. Investigação com os trabalhadores de enfermagem que atuavam em unidades de clínica cirúrgica de hospitais universitários identificou que os auxiliares de enfermagem possuíam idade mais elevada e maior tempo de atuação em relação aos demais integrantes da equipe. Além disso, essa categoria profissional se associou significativamente ao uso de medicação (SILVA et al., 2017).

Nesse sentido, esse resultado também pode apresentar relação com o vínculo estatutário, maior idade e tempo de atuação no HU. Além disso, o fato de terem as atividades junto aos pacientes restritas pela legislação profissional vigente podem restringir as vivências

de prazer na atividade laboral e, conseqüentemente, ter reflexos negativos na saúde mental dos auxiliares de enfermagem.

A enfermagem brasileira possui uma divisão hierárquica, sendo que os auxiliares de enfermagem ocupam a base da pirâmide e atuam sob a supervisão do enfermeiro, o que sugere menor autonomia nessa categoria profissional. Sobre isso, em investigação com trabalhadores de enfermagem no Canadá, o absenteísmo se associou significativamente com a menor autonomia profissional, menor controle sobre o horário de trabalho, necessidade de esforço físico e atuação na área assistencial (ENNS; CURRIE; WANG, 2015).

Nessa perspectiva, reafirma-se que o exercício profissional caracterizado pelo contato direto e prolongado com situações de sofrimento e adoecimento implica em exigências físicas e emocionais aos integrantes da equipe de enfermagem. Outros fatores frequentes, como quantitativo insuficiente de pessoal nos setores, jornadas laborais prolongadas, inadequação das condições de trabalho e limitações no poder de decisão, incorrem em desgaste adicional para esses trabalhadores (MACHADO et al., 2014).

Os episódios de AD por transtornos mentais e comportamentais apresentaram chance 10,9 vezes superior de terem duração igual ou superior a 14 dias em relação aos demais capítulos de doenças. Investigação realizada na Suécia evidenciou que altos índices de exaustão profissional, de depressão e a autoavaliação de saúde negativa aumentaram o risco de absenteísmo de longa duração (igual ou superior a 90 dias), em trabalhadores da área da saúde e do sexo feminino (PETERSON et al., 2011).

Revisão sobre o absenteísmo em trabalhadores da saúde em países com diferentes estágios de desenvolvimento afirma que as ausências de longa duração são frequentemente apontadas como indicativas de precariedade da saúde dos trabalhadores e associadas ao esgotamento emocional e aos agravos musculoesqueléticos. A partir disso, os autores concluíram que o absenteísmo pode ser um indicativo do grau de bem-estar físico e psíquico dos trabalhadores (BELITA; MBINDYO; ENGLISH, 2013).

Em seis setores do HU investigado houve maiores chances de episódios de AD por transtornos mentais e comportamentais. Autores apontam para a relação entre a ocorrência de adoecimento mental dos trabalhadores de um hospital e as condições de trabalho a que estão expostos. As maiores prevalências de AD por transtornos mentais e comportamentais foram observadas entre os trabalhadores de nível médio e que atuavam em setores com maiores exigências cognitivas, dinâmicas laborais diferenciadas e contato próximo e cotidiano com óbitos e patologias graves (SANTANA et al., 2016).

Porém, neste estudo o setor que compreende os Ambulatórios I e II foi o que apresentou a maior chance (OR= 3,0) de episódios de AD por transtornos mentais e comportamentais. Pesquisa sobre o AD em um hospital universitário identificou que o ambulatório foi o setor em que os trabalhadores de enfermagem apresentaram o maior quantitativo de episódios de AD (MARQUES et al., 2015).

De forma semelhante ao cenário em que o presente estudo foi desenvolvido, autores expressaram que, por ser considerada uma unidade com menor exigência de esforço físico, são remanejados para o ambulatório trabalhadores com restrições de função. Além disso, a maioria dos afastamentos no setor no período investigado foi de trabalhadores na faixa etária acima dos 51 anos que realizavam atividades insalubres, manuseio de substâncias, auxílio em exames e procedimentos especializados (MARQUES et al., 2015).

Cotidianamente os trabalhadores encontram-se expostos a cargas de trabalho, ao sofrimento e ao próprio envelhecimento. Esses elementos podem contribuir para o adoecimento do trabalhador e, até mesmo, causar limitações temporárias ou permanentes à saúde, as quais podem justificar a necessidade de readequações e readaptações funcionais. Além disso, tais limitações podem interferir em sua qualidade de vida e estado de saúde (CACCIARI et al., 2017).

Na instituição pesquisada, apesar das especificidades dos setores que se associaram aos episódios de AD por transtornos mentais e comportamentais, com exceção da unidade de cirurgia geral, os outros cinco (ambulatórios, processamento de materiais, pediatria, CTCRIAC e outros) possuem em comum a característica de agregarem trabalhadores com alguma restrição de função, principalmente, em relação à realização de esforço físico. Durante as entrevistas, os participantes mencionaram que, apesar da menor exigência em termos fisiológicos, esses setores apresentam acentuadas demandas em âmbito psíquico e de relacionamento socioprofissional.

Ao investigarem o processo de envelhecimento da enfermagem em um hospital, os pesquisadores perceberam que os trabalhadores adoecidos e/ou com mais idade são remanejados para setores com menor complexidade ou incumbidos de atividades consideradas mais leves. Assim, pontuam que a mudança de setor ou de função, apesar de poupar o trabalhador de um desgaste físico, muitas vezes, já estabelecido, pode causar o sentimento de desvalorização (RODRIGUES; BRÊTAS, 2015).

A associação entre os episódios de AD por agravos à saúde mental e o setor de cirurgia geral vai ao encontro dos resultados de uma investigação em que as unidades cirúrgicas foram algumas das que apresentaram o maior número de registros de AD

decorrentes de transtornos mentais e comportamentais (SANTANA et al., 2016). Apesar disso, aponta-se a necessidade novas investigações para elucidar essa associação.

Em relação aos episódios de AD por doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, houve associação significativa com o sexo masculino, cargo de técnico em enfermagem, tempo de contratação de 9 a 13 anos, turno de trabalho noturno, duração do afastamento de 3 a 13 dias, a três episódios de AD no ano e aos setores de pronto-socorro adulto, recuperação pós-anestésica e centro obstétrico.

Apesar de os sintomas osteomusculares em trabalhadores de enfermagem geralmente se associarem ao sexo feminino (MAGNAGO et al., 2010; MAGNAGO et al., 2012; LIMA et al., 2014). Neste estudo, os trabalhadores do sexo masculino apresentaram chance 2,2 vezes maior de episódios de AD por doenças osteomusculares, quando comparados aos do sexo feminino.

Nessa direção, investigação com enfermeiros iranianos, em que 50,7% dos participantes pertenciam ao sexo masculino, identificou elevadas prevalências de desconfortos musculoesqueléticos. Os locais anatômicos com os níveis mais altos de desconforto foram pescoço (52,08%), cintura (45,83%), ombro (43,75%) e joelho (41,66%) (AZMA et al., 2015).

Em relação a esse resultado, na segunda etapa do estudo, os participantes descreveram que os trabalhadores do sexo masculino, em função de disporem de mais força física, geralmente, ficam com os pacientes mais “pesados” sob seus cuidados e, além disso, auxiliam o restante da equipe nas demais atividades que demandam emprego de força. Essa descrição remete a uma possível sobrecarga para os trabalhadores do sexo masculino, a qual pode levá-los ao adoecimento e necessidade de afastamento das atividades laborais para tratamento de saúde.

Quanto a variável cargo, os técnicos em enfermagem tiveram 70% a mais de chance de AD por doenças osteomusculares em relação aos demais integrantes da equipe de enfermagem. Esse resultado pode ser atribuído ao fato de que esses trabalhadores desempenham grande parte das atividades assistenciais (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

Pesquisadores identificaram que a lombalgia foi referida como um problema de saúde mais frequente desde o ingresso na atividade laboral na enfermagem. A maior prevalência de sintomas osteomusculares entre os trabalhadores de enfermagem de nível médio pode estar relacionada à prestação de assistência direta aos pacientes, a qual implica na realização de movimentos repetitivos somados à necessidade de emprego da força física (MACHADO et al., 2014).

O AD por dorsalgias em trabalhadores de um hospital suíço se associou significativamente a períodos prolongados de dor. Em relação às categorias profissionais, os assistentes de enfermagem apresentaram 2,58 vezes mais chance de AD por esses agravos, quando comparados aos enfermeiros. Apesar disso, o estudo não identificou associação significativa entre as dorsalgias e o levantamento de peso, manuseio de materiais e pacientes (GENEVAY et al., 2011).

Estudo com diferentes grupos ocupacionais, incluindo enfermeiros, de 18 países, identificou que os afastamentos prolongados das atividades laborais em decorrência de doenças musculoesqueléticas foram mais frequentes nos grupos que possuíam as características de pressão de tempo para a execução das tarefas e menor controle sobre o trabalho (COGGON et al., 2013). Menciona-se que essas são características compatíveis com a atividade laboral dos técnicos em enfermagem em hospitais públicos no Brasil, bem como com os depoimentos dos participantes da segunda etapa deste estudo.

Investigação com os trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário evidenciou associação significativa entre a presença de dor musculoesquelética de intensidade forte a insuportável e a função de técnico/auxiliar de enfermagem e com o tempo de atuação superior a 14 anos na mesma função (LIMA et al., 2014). Neste estudo, os episódios de AD por doenças osteomusculares se associaram ao tempo de atuação de 9 a 13 anos.

Em investigação com estudantes de enfermagem de uma universidade comunitária do Sul do Brasil, houve uma prevalência de 51,0% de dorsalgia nos últimos sete dias e elevadas prevalências de dorsalgia (78,3%), lombalgia (67,1%) e dor nos ombros (52,3%) nos últimos 12 meses. Porém, os participantes informaram que não foram impedidos de realizar atividades laborais, domésticas e/ou de lazer em função desses sintomas no período (OLIVEIRA et al., 2017). Tais resultados sinalizam sintomas precoces de comprometimento osteomuscular, os quais tendem a se acentuar com o envelhecimento e o tempo de atuação na enfermagem.

Na pesquisa realizada por Ferreira et al. (2012), as doenças osteomusculares se associaram com até 9 dias de AD e os trabalhadores que referiram mais de duas doenças desse grupo apresentaram 377% a mais de chances de AD em relação aos que não apresentavam nenhuma. De forma semelhante, neste estudo, apesar de as doenças osteomusculares não corresponderem a períodos longos de AD, houve associação com três episódios de afastamento das atividades laborais para o seu tratamento.

A reincidência dos episódios de AD por doenças osteomusculares no período de um ano, evidenciada neste estudo, reforça a situação de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem na instituição pesquisada. Essa situação vem sendo sinalizada em estudos

anteriores, realizados na mesma instituição, que identificaram elevadas prevalências de dor musculoesquelética (MAGNAGO et al., 2010; LIMA et al., 2014) e redução da capacidade para o trabalho entre os integrantes da equipe de enfermagem (MAGNAGO et al., 2012).

Identificou-se que os episódios de AD por doenças osteomusculares apresentaram 1,5 vezes mais chance de ocorrerem em trabalhadores que atuavam no turno noturno. Apesar de o trabalho em turnos ser indispensável para a prestação da assistência de enfermagem em caráter ininterrupto, pesquisadores têm descrito que a atuação noturna potencializa os riscos de agravos à saúde dos integrantes da equipe de enfermagem (SILVA et al., 2010; SILVA, 2014; SILVA et al., 2016; SILVA et al., 2017).

Na instituição pesquisada, assim como na maioria dos hospitais do país, o turno noturno possui o dobro de duração em horas comparativamente aos diurnos e também um menor quantitativo de profissionais, o que pode acentuar o desgaste dos trabalhadores de enfermagem. Nesse sentido, pesquisadores referem que as longas jornadas laborais, o quantitativo limitado de trabalhadores e o desgaste psicoemocional inerente à atuação em ambiente hospitalar caracterizam as atividades da equipe de enfermagem como altamente cansativas (LORO et al., 2016).

A duração da jornada laboral está diretamente relacionada à exposição do trabalhador aos riscos ocupacionais (SILVA et al., 2016). Soma-se à duração diferenciada da jornada de trabalho do turno noturno a característica de privação do sono no período em que fisiologicamente o organismo do trabalhador se prepara para repousar, com inversão do ciclo sono-vigília (SILVA, 2014).

Durante as entrevistas os participantes relataram o cansaço e o comprometimento da saúde decorrente da atuação noturna. Além disso, citaram a carência de serviços de apoio como maqueiros e auxiliar de almoxarifado, o que pode causar sobrecarga de trabalho. Nessa direção, investigação com enfermeiros na Austrália identificou piores condições de trabalho nos turnos noturnos em comparação às identificadas nos mesmos setores em horários diurnos (POWELL, 2013).

Em investigação com trabalhadores de enfermagem que atuavam em unidades de internação hospitalar na Espanha, houve consenso entre os participantes de que trabalhar em horário noturno constitui-se em um dos principais estressores ocupacionais (PUERTO et al., 2017). Em função do rompimento do ritmo circadiano, o trabalho noturno produz fadiga, tensão e distúrbios do sono que podem potencializar os danos à saúde relacionados ao trabalho, bem como o AD em decorrência destes (SILVA, 2014).

Em relação aos setores, o pronto-socorro adulto, o centro obstétrico e a recuperação pós-anestésica apresentaram 1,8 vezes mais chance de AD por doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo em relação aos demais. Aponta-se como possível ponto em comum entre esses setores a necessidade de os trabalhadores de enfermagem ficarem em posição ortostática por longos períodos.

Estudo norteamericano apresentou evidências de que as longas jornadas laborais em que os trabalhadores necessitam ficar em pé, sem a possibilidade de caminhar ou sentar, como no caso de trabalhadores de enfermagem que atuam em setores cirúrgicos e de assistência direta aos pacientes, encontram-se associadas ao comprometimento da saúde. Nesse sentido, os pesquisadores citam a ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos como dor lombar, fadiga física, dores musculares e edema de membros inferiores (WATERS; DICK, 2015).

Além disso, os hospitais públicos de referência para atendimentos a vítimas de trauma caracterizam-se pela complexidade dos atendimentos. A atuação em setores como terapia intensiva, pronto-socorro e centro cirúrgico pode ter exigências mais acentuadas em decorrência de características como rotatividade de pacientes e concentração de profissionais com diferentes formações, o que demanda atividades mais dinâmicas, rapidez de raciocínio e capacidade de interação e atuação em equipe (SANTANA et al., 2016).

Investigação no mesmo cenário em que se desenvolveu este estudo, com coleta de dados no ano de 2009, identificou a maior prevalência de dor musculoesquelética de intensidade forte a insuportável (68,0%) no setor de recuperação pós-anestésica (LIMA et al., 2014). Assim, aponta-se para a convergência com a associação entre os episódios de AD por doenças osteomusculares e esse setor de atuação, encontrada nesta pesquisa.

Os outros dois setores que se associaram a episódios de AD por agravos osteomusculares neste estudo, pronto-socorro adulto e centro obstétrico, apresentaram prevalências superiores de dor musculoesquelética com intensidade fraca a moderada em investigação anterior, com percentuais de 49,3% e 61,1%, respectivamente (LIMA et al., 2014). Destaca-se que esses setores são as únicas unidades de referência regionais para atendimentos de alta complexidade que atendem situações de urgência e emergência pelo SUS, o que sugere ritmos intensos de trabalho dos integrantes da equipe de enfermagem.

Os trabalhadores de enfermagem de uma unidade de urgência e emergência relataram que a elevada carga fisiológica é uma constante em seu cotidiano laboral. Os participantes perceberam riscos à saúde pelo esforço físico, duração das jornadas laborais, necessidade de sem manterem em posição ortostática, com deslocamentos frequentes e manuseio de peso excessivo (LORO et al., 2016).

Estudo em hospitais da Jordânia identificou que a maioria dos enfermeiros apresentou dores nas costas durante o trabalho. Conforme os autores, o emprego de força física para mobilizar os pacientes e as longas jornadas de trabalho eram as principais causas desses agravos entre os trabalhadores de enfermagem (SHAWASHI et al., 2015).

Investigação com enfermeiros e técnicos em enfermagem que atuavam em centros cirúrgicos, na Arábia Saudita, identificou que 48,41% dos participantes apresentavam queixas de dor lombar. A presença de dor lombar não se associou com o as variáveis de interesse como sexo, faixa etária, cargo, tempo de atuação, situação conjugal, tabagismo e índice de massa corporal (KERIRI, 2013).

Estudo sobre os fatores de risco para dorsalgias entre os trabalhadores de diferentes categorias profissionais de um hospital universitário na Suíça observou que os enfermeiros apresentaram prevalência anual de 75,6% de dor nas costas e maiores chances de absenteísmo. Além disso, ser enfermeiro, trabalhar em um local ergonomicamente mal adaptado e a necessidade de manter a mesma posição por longos período de tempo se associaram às dorsalgias (GENEVAY et al., 2011).

De forma semelhante, em âmbito nacional, pesquisa identificou que as doenças osteomusculares foram a principal causa de notificações de agravos à saúde em trabalhadores de enfermagem que atuavam em setores de clínica médica e cirúrgica. Nesse segmento de patologias, houve predomínio das dorsalgias (57,47%) como causa das licenças médicas (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

Os efeitos do trabalho em relação à presença de sintomas musculoesqueléticos parecem iniciar antes mesmo da conclusão da formação profissional em enfermagem. Nesse sentido, pesquisa com estudantes de um curso de Graduação em enfermagem de uma universidade pública do Sul do Brasil identificou as maiores prevalências de dor musculoesquelética nas regiões lombar e cervical. Não realizar estágios extras (vivências) foi fator de proteção para dor no pescoço e não estar em aulas práticas foi fator de proteção para dor na coluna lombar. Ainda, os estudantes que realizavam estágios extras possuíam maiores chances de apresentar dor nas pernas do que aqueles que não realizavam (MORAIS et al., 2017).

Em convergência com os relatos dos participantes desta pesquisa, reafirma-se que os trabalhadores de enfermagem desenvolvem atividades de assistência direta e ininterrupta ao paciente que remetem a uma elevada propensão para desenvolverem agravos osteomusculares. A partir disso, justifica-se a necessidade de adequação dos ambientes laborais a fim de atenuar os riscos à saúde dos trabalhadores (MARQUES et al., 2015).

Segundo Leão et al. (2015), as características sociolaborais, geralmente, encontram-se entre os principais fatores associados aos afastamentos por licenças médicas, o que se confirmou com os resultados da primeira etapa desta pesquisa. Com isso, na etapa seguinte, a partir da escuta dos trabalhadores de enfermagem, buscou-se aprofundar a compreensão em relação a essas associações e, ainda, identificar interfaces entre o AD e o contexto de trabalho no HU.

Em relação às interfaces entre o AD e o contexto de trabalho, os resultados demonstraram que a organização do trabalho da enfermagem se caracterizou pelo ritmo intenso de atividades em função do número elevado de pacientes por trabalhador, gravidade dos pacientes e quantitativo insuficiente de pessoal. Esses aspectos remetem à sobrecarga de trabalho, conforme também descrito na literatura (RAUHALA et al., 2007; FERREIRA et al., 2011, FORMENENTON; MININEL; LAUS, 2014; MARQUES et al., 2015, LUCCA; RODRIGUES, 2015, CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015).

Nesse contexto, as exigências inerentes à atuação na enfermagem são potencializadas por interrupções frequentes, repetição de tarefas realizadas com pressão do tempo e constante possibilidade de intercorrências. Somaram-se a isso elementos como rigidez das normas, fiscalização e excesso de cobranças.

Em estudo sobre os fatores ocupacionais de estresse para os trabalhadores de enfermagem de um hospital geral na Espanha houve um consenso de 100% dos participantes de que a sobrecarga de trabalho constitui-se no principal estressor. Em ordem decrescente de consenso, os demais estressores foram, principalmente, as interrupções frequentes durante a realização das tarefas, a necessidade de realizar tarefas diferentes simultaneamente, o trabalho noturno e a falta de tempo para dar apoio emocional aos pacientes (PUERTO et al., 2017).

A combinação da sobrecarga de trabalho com a fiscalização e cobranças excessivas explicita o sofrimento no trabalho em decorrência de uma organização laboral considerada como “pesada” e “massacrante” pelos participantes deste estudo. Esse sofrimento pode ter um desfecho desfavorável à saúde dos trabalhadores devido à restrição dos espaços de negociação entre as necessidades e expectativas dos trabalhadores e as imposições da organização do trabalho (MENDES, 2007; DEJOURS, 2015). Além disso, a fiscalização e as cobranças, quando em excesso ou indevidas, podem boquear a dinâmica do reconhecimento no trabalho, elemento fundamental para a saúde do trabalhador (MENDES, 2007), especialmente quando submetido a atividades laborais desgastantes, como a enfermagem.

De forma congruente aos resultados deste estudo, a sobrecarga e a deficiência no quantitativo de pessoal foram identificadas como gatilhos para o desgaste dos trabalhadores de enfermagem que atuavam em um hospital de ensino no Sul do Brasil. A partir disso, os

autores concluíram que “não se pode atribuir o absenteísmo exclusivamente à decisão pessoal do trabalhador” sem uma ponderação em relação aos processos de trabalho e às condições laborais nos cenários de atuação (SOUZA et al., 2015, p. 657).

Revisão identificou que mudanças organizacionais nos serviços de saúde podem aumentar o absenteísmo, conforme o modo como os trabalhadores as percebem. No que tange à carga laboral, identificou-se que a sobrecarga de trabalho apresentou relação com o absenteísmo de curta e longa duração (BELITA; MBINDYO; ENGLISH, 2013).

Pesquisa sobre os processos interruptivos na dinâmica de trabalho de enfermeiros de um hospital-escola do Sudeste do Brasil identificou que as interrupções são constantes, recorrentes e prejudiciais ao exercício laboral. Nesse sentido, os trabalhadores perceberam o comprometimento da excelência do cuidado, repercussões negativas na segurança do paciente e contribuição para o estresse no trabalho (SASSAKI; PERROCA, 2017).

A flexibilidade em relação à escala de trabalho influencia positivamente a satisfação dos integrantes da equipe enfermagem (BLANCA GUTIÉRREZ et al., 2012). A rigidez das escalas e a inviabilização de folgas foram motivos atribuídos por integrantes da equipe de enfermagem para as ausências ao trabalho (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014), aspecto também identificado neste estudo, principalmente entre os trabalhadores vinculados ao regime celetista.

Nessa direção, pesquisa realizada na Espanha avaliou se um novo sistema de turnos de trabalho apresentava influência no absenteísmo das equipes de enfermagem. A implantação do novo sistema de turnos buscou conciliar, ao máximo, a vida laboral e familiar dos trabalhadores. Para isso houve ampliação da jornada laboral e dos intervalos de descanso, conforme as demandas de dias e horários dos trabalhadores. Os resultados indicaram uma redução do absenteísmo geral em 40,8%. Contudo, no mesmo período, ocorreu um aumento no AD, aspecto não elucidado no estudo (BLANCA GUTIÉRREZ et al., 2012) e que reforça a complexidade em relação à compreensão dos fatores relacionados ao AD em trabalhadores de enfermagem.

Quanto às condições de trabalho, três trabalhadores as consideraram boas no geral, enquanto que os demais elencaram inadequações em relação ao ambiente físico, materiais e equipamentos. Nesse sentido, os participantes relataram que as condições de trabalho no HU possuem reflexos negativos na saúde dos trabalhadores e na qualidade da assistência prestada.

O comprometimento das condições de trabalho da enfermagem tem sido descrito em pesquisas nacionais (TRINDADE et al., 2014; KURCGANT et al., 2015; SHOJI et al., 2016; SOUZA et al., 2017; VIEIRA, 2017) e internacionais (ABADÍA et al., 2012; LU et al., 2015). Neste estudo, confirmou-se a inter-relação entre o AD e as condições de trabalho da

enfermagem no HU, o que reitera a percepção de enfermeiras gerentes de que a inadequação das condições laborais quanto ao ambiente físico, recursos humanos e materiais causa insatisfação no trabalho e predispõe os trabalhadores de enfermagem ao absenteísmo (KURCGANT et al., 2015).

No estudo sobre o perfil da enfermagem brasileira, as condições laborais no setor público foram consideradas boas, ótimas ou excelentes pela maioria dos participantes. Porém, comparativamente, as condições de trabalho nos setores privado e filantrópico foram mais bem avaliadas em relação aos serviços públicos. Além disso, mais de 50% dos serviços de saúde de todos os setores (público, privado, filantrópico e de ensino) não possuíam infraestrutura para descanso dos trabalhadores de enfermagem (FIOCRUZ; COFEN, 2015).

Souza et al. (2017) inferem que o neoliberalismo possui reflexos negativos na organização e no processo de trabalho nos hospitais, como inadequação da estrutura física e carência de recursos materiais e de pessoal, os quais comprometem a qualidade da assistência prestada. Além disso, incorre em perdas salariais aos trabalhadores, que são impelidos a optar pelo segundo ou terceiro emprego, o que acentua a sobrecarga de trabalho.

Os resultados deste estudo sinalizam não só o desgaste e o adoecimento dos trabalhadores em decorrência das condições de trabalho propriamente ditas e da necessidade de emprego da criatividade para amenizá-las, mas também o sofrimento pelos prejuízos à qualidade do trabalho em função da carência de insumos, materiais e equipamentos. Nesse sentido, também emergiu o sofrimento em decorrência de conflitos éticos frente ao possível comprometimento da segurança do paciente.

Pesquisa realizada em um hospital público universitário do Rio de Janeiro identificou que a carência de recursos materiais, em alguns períodos do ano, possui reflexos negativos na qualidade da assistência, já que exige adaptações e improvisos que podem colocar em risco a segurança do paciente e dos trabalhadores de enfermagem (SOUZA et al., 2017). Assim, aponta-se a convergência com os resultados deste estudo.

As condições de trabalho podem contribuir para o desenvolvimento de agravos à saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. Os integrantes da equipe de enfermagem são propensos ao desenvolvimento de estresse tanto pelas cargas físicas e psicológicas relacionadas ao potencial risco de morte dos pacientes e atendimento aos familiares, como pelo relacionamento interpessoal entre os integrantes da equipe de saúde (RIBEIRO et al., 2015).

No que tange às relações socioprofissionais, houve consenso entre os participantes deste estudo quanto à sua importância para o desenvolvimento das atividades laborais da

enfermagem. Os resultados também demonstraram interfaces entre o AD e interações profissionais no HU.

Nessa perspectiva, a satisfação com os relacionamentos no ambiente laboral apresentou correlação com os efeitos do trabalho na saúde mental dos técnicos em enfermagem que atuavam em hospitais psiquiátricos. Os maiores índices de satisfação foram atribuídos ao relacionamento com os colegas e ao clima de amizade no trabalho (VIEIRA, 2017).

A relação com os colegas de trabalho foi o fator que mais influenciou na satisfação entre os integrantes da equipe de enfermagem, na avaliação do relacionamento interpessoal. Nesse sentido, menciona-se a consonância com os depoimentos dos participantes deste estudo no que diz respeito à importância das relações para o desenvolvimento do trabalho e saúde dos trabalhadores. O líder direto foi considerado uma das prioridades para enfermeiros e técnicos em enfermagem (SILVEIRA; STIPP; MATTOS, 2014).

Estudo com enfermeiras gerentes observou que as licenças médicas apresentavam os problemas de saúde como causa dos afastamentos dos integrantes da equipe de enfermagem, mas que, em alguns casos, o absenteísmo não ocorria pelo adoecimento do trabalhador propriamente dito e sim por algum fator que o predisponha. Tais fatores incluíam os problemas nas relações interpessoais, como a falta de valorização pessoal e profissional dos integrantes da equipe de enfermagem, deficiência de comunicação entre chefias e subordinados e dificuldades de relacionamento multiprofissional (KURCGANT et al., 2015).

Diferentemente dos resultados desta pesquisa em que o comprometimento das relações socioprofissionais foi uma tônica nos relatos dos participantes, estudo com enfermeiros iranianos identificou que o relacionamento com os colegas e chefias foi o estressor menos frequente em seu ambiente laboral (AZMA et al., 2015). Em relação a isso, sugere-se que a sobrecarga e a inadequação das condições de trabalho, somadas a outros elementos da organização do trabalho, possuam reflexos negativos nas interações profissionais no cenário pesquisado.

Além disso, identificou-se que a comunicação caracterizou-se como um obstáculo no contexto laboral investigado, com possíveis repercussões negativas nas interações profissionais, saúde dos trabalhadores e segurança do paciente. Nessa direção, Shogi et al. (2016) inferem que a comunicação constitui-se em dos elementos essenciais para a satisfação dos trabalhadores e execução do trabalho com qualidade.

Investigação sobre o contexto de trabalho em um serviço de hemodiálise identificou que as relações socioprofissionais eram satisfatórias. Apesar disso, os trabalhadores de

enfermagem consideraram a comunicação entre os funcionários insuficiente e que faltava integração entre os trabalhadores no ambiente laboral (PRESTES et al., 2015). Assim como em estudo anterior, os resultados demonstraram o comprometimento das relações, manifestado por meio de conflitos entre os trabalhadores e motivados por disputas profissionais (SOUZA et al., 2015). Autores mencionam que as relações de poder podem ter influências no comportamento dos trabalhadores e caracterizar o contexto laboral, favorecendo ou dificultando as relações interpessoais que nele se estabelecem (TENANI et al., 2014).

No presente estudo, as disputas profissionais, exemplificadas pelos participantes por meio da utilização de termos bélicos, tiveram como pano de fundo principal os diferentes regimes de vinculação trabalhista dos integrantes da equipe de enfermagem. Em relação a isso, Souza et al. (2017) referem que os trabalhadores contratados pelo regime celetista não possuem garantias de permanência no emprego e, apesar de terem as mesmas atribuições dos estatutários, possuem restrição de direitos laborais.

Nessa direção, pesquisadores aludem que os abusos de poder são comuns no ambiente hospitalar. Em sua investigação com trabalhadores de enfermagem, de maneira geral, as relações sociais e afetivas no trabalho com colegas e pacientes foram consideradas boas. Contudo, assim como neste estudo, houve relatos de conflitos entre os integrantes da equipe e os participantes disseram que procuravam se resguardar, por meio do silêncio, a fim de evitar retaliações e perseguições (RODRIGUES; BRÊTAS, 2015).

Pesquisa com trabalhadores de enfermagem recém-admitidos em um hospital público identificou que os componentes de satisfação mais importantes foram a autonomia para os enfermeiros e a remuneração para os técnicos em enfermagem. A interação teve a menor satisfação profissional percebida para ambas as categorias, o que sugere que as dificuldades de relacionamento interpessoal levavam a menor satisfação laboral entre os recém-admitidos (TENANI et al., 2014).

Em meio a essas questões, emergiram os relatos de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores relacionados ao comprometimento das interações profissionais no contexto laboral descrito. Nesse sentido, pesquisa realizada em dois hospitais oncológicos na Grécia identificou que 11% dos trabalhadores de enfermagem possuíam sintomas clínicos de ansiedade. Esses sintomas se associaram à insatisfação com as interações com os integrantes da equipe de enfermagem e médicos, o que reforça a importância das relações profissionais em relação à saúde mental dos trabalhadores (KARANIKOLA et al., 2016).

Estudo sobre o ambiente de trabalho do enfermeiro identificou resultados desfavoráveis à sua prática profissional na relação entre médicos e enfermeiros em nove dos doze setores do HU investigado (BOARETTO et al., 2016). Na presente pesquisa, apesar de haver menção a situações de desgaste dos trabalhadores de enfermagem em decorrência de conflitos com os médicos, especialmente nos setores de atendimento a crianças e/ou adolescentes, predominaram as divergências e as dificuldades nas relações socioprofissionais entre os próprios integrantes da equipe de enfermagem.

Investigação constatou que a maior insatisfação dos trabalhadores de enfermagem estava atrelada a problemas de relacionamento com a chefia e com os colegas de trabalho. Os autores também identificaram uma gestão centralizada, hierárquica e piramidal, sendo a base dessa estrutura ocupada por auxiliares e técnicos em enfermagem (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014), o que converge com os relatos dos participantes deste estudo, a partir de afirmações como: “eu gostaria de sugerir, mas eu não sou ninguém aqui dentro” e “eu sou só uma técnica”.

A falta de diálogo entre as chefias e os integrantes da equipe de enfermagem também foi apontada em pesquisa desenvolvida no Rio de Janeiro. Assim como neste estudo, a falta de participação dos trabalhadores nos processos decisórios reforçou a percepção de que “as coisas eram impostas”, o que causava mal-estar entre os trabalhadores (SHOGI et al., 2016).

A exclusão dos trabalhadores das decisões também foi mencionada em estudo com integrantes da equipe de enfermagem de um hospital universitário do Sudeste do Brasil. Conforme os autores, a gestão hierárquica e verticalizada da instituição distancia os trabalhadores e os desvaloriza como sujeitos nos processos de trabalho, o que pode incorrer em prejuízos à sua saúde mental (RODRIGUES; BRÊTAS, 2015).

Nesse sentido, confirma-se a necessidade de as coordenações de enfermagem envolverem os trabalhadores nos processos decisórios e de planejamento. A partir disso, pode-se favorecer o comprometimento dos integrantes da equipe e fazer com que o trabalhador se reconheça como elemento fundamental no processo laboral (BARGAS; MONTEIRO, 2014).

Ainda, em relação às interfaces entre o AD e as relações socioprofissionais, evidenciou-se que as posturas e condutas do coordenador de enfermagem influenciam no quantitativo de afastamentos nos setores, resultado que se coaduna aos achados de estudos nacionais (SILVEIRA; STIPP; MATTOS, 2014; KURCGANT et al., 2015; SANTOS et al., 2017) e internacionais (SCHREUDER et al., 2011; BELITA; MBINDYO; ENGLISH, 2013). Nessa direção, a utilização do estilo de liderança apropriado a uma determinada situação

(eficácia da liderança) pelos gerentes de enfermagem apresentou uma relação inversamente proporcional aos episódios de AD de curta duração (até sete dias) em enfermeiros na Holanda (SCHREUDER et al., 2011).

Em consonância com a percepção do participante T11, pesquisadores afirmam que o líder possui um papel fundamental para a coesão da equipe de enfermagem, sendo esta um reflexo de sua liderança. Desse modo, diante da falta de solidez da liderança, a equipe tende a perder o seu foco, o que se reflete nos conflitos entre os seus integrantes (SILVEIRA; STIPP; MATTOS, 2014) e, conseqüentemente, nos episódios de AD dos trabalhadores de enfermagem.

O enfermeiro desempenha atividades essenciais nos serviços de saúde na medida em articula os serviços e a assistência de enfermagem. Nesse sentido, há necessidade de esses profissionais serem capacitados para atuarem em contextos laborais dinâmicos e permeados por constantes tensões, evoluções e exigências específicas nos diferentes cenários de atuação em saúde (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

Essa capacitação dos enfermeiros é essencial na medida em que suas ações podem impactar positivamente na redução do absenteísmo entre os integrantes da equipe de enfermagem. Tais ações compreendem a análise dos atestados médicos no setor, a reorganização da escala de trabalho para o atendimento aos pedidos de folga, a promoção de espaços de diálogo coletivos e individuais, o estímulo à comunicação com as gerências e à valorização dos trabalhadores (KURCGANT et al., 2015).

Identificou-se que a sobreposição da organização do trabalho à inadequação das condições laborais e à fragilidade das relações socioprofissionais configura um contexto de trabalho “caótico” que potencializa as exigências intrínsecas à prática profissional da enfermagem em âmbito hospitalar e, conseqüentemente, se reflete negativamente na saúde dos trabalhadores. Essa caracterização converge com os resultados de um estudo com enfermeiros em um centro cirúrgico, o qual referiu que os desafios inerentes a esse setor de atuação, como imprevisibilidade e constante necessidade de replanejamento e reorganização, se acentuam quando somados a situações como deficiência de materiais e equipamentos, dificuldades de comunicação, conflitos e desgaste dos trabalhadores (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

Pesquisa com trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva evidenciou como motivos atribuídos ao absenteísmo os aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, à gestão e ao relacionamento interpessoal. Os participantes mencionaram o desgaste físico e mental pela atuação diária com a angústia e o sofrimento, a carência de recursos

físicos, materiais e de pessoal e também a inadequação da quantidade e qualidade dos materiais e equipamentos (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014).

Na mesma direção, técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital público relataram que as situações de conflito no trabalho ocorriam devido a fatores como pouca responsabilidade e descomprometimento de alguns colegas, ausência de cooperação entre os integrantes da equipe, divergências de opiniões e condutas, desmotivação e desvalorização no trabalho, problemas de comunicação, escala de trabalho e carência de recursos materiais e de pessoal (SPAGNOL et al., 2010). Assim, mesmo com realidades de diferentes regiões do país e transcorrida uma década entre a realização das pesquisas, observam-se semelhanças entre os resultados supracitados e os relatos dos participantes deste estudo.

Essa semelhança foi mais marcante em relação aos prejuízos nas relações socioprofissionais entre os integrantes da equipe de enfermagem em decorrência de um contexto laboral caracterizado pela carência de materiais e equipamentos somada à elevada demanda de pacientes. Em ambos os estudos, os participantes relataram a ocorrência de disputas entre os integrantes da equipe para utilizarem ou conseguirem materiais essenciais para a realização do trabalho, bem como suas repercussões relacionadas a conflitos e estresse entre os trabalhadores (SPAGNOL et al., 2010).

Em direção oposta, investigação realizada em um hospital privado identificou que, em relação às condições físicas e ambientais do trabalho, os recursos materiais foram o fator de maior influência na satisfação para o trabalho para enfermeiros e técnicos de enfermagem. Nesse sentido, os autores concluíram que a disponibilidade de materiais influencia o comportamento dos trabalhadores e, conseqüentemente, pode ter reflexos nas relações interpessoais e nos resultados organizacionais (SILVEIRA; STIPP; MATTOS, 2014).

No presente estudo identificou-se que características da organização do trabalho, como sobrecarga de atividades e pouca flexibilidade, somadas à inadequação das condições laborais comprometem significativamente as relações socioprofissionais entre os integrantes da equipe de enfermagem, bem como sua saúde, e, conseqüentemente, potencializam os episódios de AD. O comprometimento da saúde dos trabalhadores e as ausências ao trabalho em decorrência disso incorrem em sobrecarga, desgaste e adoecimento dos demais integrantes da equipe, ou seja, trata-se de um processo com retroalimentação positiva. Análises similares em relação ao absenteísmo na enfermagem foram descritos em pesquisas anteriores sob a denominação "efeito cascata" (MARTINATO et al., 2010; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014).

Investigação com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino relatou que o déficit de pessoal implica na realização de plantões extras via APH. Em função da retribuição financeira percebida pelos plantões adicionais à carga horária semanal prevista, os integrantes da equipe de enfermagem acabam “dobrando” muitos turnos de trabalho, o que causa cansaço e desgaste aos trabalhadores (SOUZA et al., 2015), aspecto também relatado pelos participantes deste estudo.

O APH foi regulamentado por Decreto Federal, no ano de 2010, como um valor suplementar a ser pago aos servidores em efetivo exercício de atividades hospitalares que atuam em regime de plantão em setores com funcionamento ininterrupto. Essa modalidade só pode ser realizada além da carga horária prevista, com limite de 24 horas extras semanais, e cada plantão deverá ter, no mínimo, 12 horas de duração ininterruptas (BRASIL, 2010; SOUZA et al., 2015).

Pesquisadores colocam que, apesar de inicialmente o pagamento de APH ter surgido como uma alternativa frente ao insuficiente número de trabalhadores nos hospitais, essa prática tem se configurado como uma forma de exploração da força de trabalho. Embora possibilite uma recompensa financeira atraente para os trabalhadores, existem limitações em relação a essa alternativa, especialmente pelo desgaste dos integrantes da equipe, o qual pode ter como consequência o aumento das licenças para tratamentos de saúde. Nesse sentido, os autores expressam que o APH “não permite uma discussão sobre o porquê de o trabalhador estar sobrecarregado e submetido às condições estruturais vigentes, o que o leva a um desgaste físico e, conseqüentemente, emocional” (SOUZA et al., 2015, p. 651).

As limitações dessa “alternativa” se confirmaram neste estudo. Um trabalhador relatou ter sido chamado para realizar plantões extras no setor em que atuava anteriormente, devido ao elevado número de integrantes da equipe de enfermagem afastados e ao esgotamento das possibilidades de contemplar o dimensionamento de pessoal, mesmo com os plantões extras dos trabalhadores do setor.

Em outra entrevista, o participante manifestou a percepção de que a realização de plantões extras pelo atrativo da retribuição financeira do APH causa desgaste aos integrantes da equipe de enfermagem, com possíveis reflexos negativos na saúde dos trabalhadores vinculados ao regime estatutário. O entrevistado ainda mencionou que a rigidez em relação às escalas de trabalho poderia ser considerada como um fator de proteção à saúde dos colegas celetistas, por regulamentar a duração, frequência e intervalos de descanso entre as jornadas laborais. Em sentido oposto a isso, outro participante, vinculado ao regime celetista, expôs a necessidade de realizar plantões adicionais, os quais eram contabilizados como banco de

horas, uma vez que não há possibilidade de pagamento de horas extras neste regime de contratação.

Ao discorrer acerca da atual crise financeira global e suas implicações, a OMS menciona a crescente preocupação em relação ao excesso de trabalho e ao estresse, especialmente entre as mulheres (WHO, 2013). Em âmbito nacional e local tem-se um cenário atual de crise política e econômica com restrições de recursos para os serviços públicos essenciais, o qual possui implicações negativas para a sociedade como um todo e, conseqüentemente, para os trabalhadores da área da saúde.

No caso dos trabalhadores da área da saúde pública, especialmente os de enfermagem, as principais implicações dizem respeito à sobrecarga de trabalho pela crescente demanda por serviços de saúde e a precarização das condições laborais. Nessa perspectiva, os participantes relataram que o crescente número e a gravidade dos quadros de saúde dos pacientes que necessitam de atendimento nos diferentes setores de HU não condizem com a estrutura física, número de equipamentos, quantidade de materiais e quantitativo de pessoas para atendê-los com qualidade e segurança.

Em pesquisa anterior, os trabalhadores de enfermagem de um hospital público do Sul do Brasil também citaram a sobrecarga de trabalho pela demanda excessiva de atividades, número insuficiente de funcionários e delegação de atividades adicionais à equipe de enfermagem. Diante disso, assim como os participantes deste estudo, houve relatos da ocorrência da sensação de que não conseguiriam “dar conta do serviço” e de desgaste psíquico com manifestações de estresse diante do contexto laboral descrito (SOUZA et al., 2015).

Identificou-se o comprometimento à saúde dos trabalhadores em âmbito físico e psíquico com manifestações de esgotamento a partir de uma combinação dos elementos que compõem o contexto laboral em que se inserem. A sobreposição e interação desses elementos e de suas conseqüências em relação à saúde dos trabalhadores, sobrecarga de trabalho e prejuízos à qualidade da assistência prestada configuram um contexto laboral considerado “caótico” em que os integrantes da equipe de enfermagem “vão para o trabalho como se estivessem indo para uma guerra”.

Houve consonância entre a percepção dos trabalhadores neste estudo e a de participantes de outra investigação no que tange às conseqüências negativas da sobrecarga de trabalho na assistência de enfermagem prestada. Em ambos os estudos houve a menção de que o trabalhador sobrecarregado não consegue interagir adequadamente com os pacientes (SOUZA et al., 2015).

Além disso, os resultados desta pesquisa demonstram que a impossibilidade de interagir com os pacientes pela sobrecarga de trabalho também pode incorrer em prejuízos à saúde dos trabalhadores em âmbito psíquico. Nesse sentido, retoma-se o trecho da entrevista de T18: “às vezes, eles [pacientes] querem uma conversa, querem alguma coisa, e tu estás ali, tu estás ouvindo, mas tu não estás escutando, tu não fazes a escuta, isso acaba trazendo muito sofrimento para o trabalhador”.

O contexto laboral descrito nas entrevistas e as vivências de sofrimento relatadas pelos integrantes da equipe de enfermagem dele advindas reforçam os resultados obtidos na primeira etapa do estudo em relação ao comprometimento da saúde mental e suas associações com o AD. Além disso, os depoimentos ilustraram diversas manifestações do adoecimento psíquico e possibilitaram uma aproximação com sua real dimensão.

Os trabalhadores de enfermagem convivem com a uma sobrecarga pela proximidade e contato com o sofrimento, dor e morte de pacientes, ritmos intensos de trabalho e múltiplas tarefas. Esses fatores podem levar os integrantes da equipe a um quadro de fadiga mental (LORO et al., 2016), bem como ao adoecimento e ao AD.

Pesquisa com enfermeiros iranianos identificou que 73,4% dos participantes apresentaram estresse grave nos últimos 24 meses, sendo os estressores do ambiente laboral os mais significativos em analogia a outros. Fatores como carga de trabalho, remuneração insuficiente, discriminação social, expectativas elevadas, alto grau de responsabilidade com os pacientes e ambiente físico foram os mais relevantes na população investigada (SALEHI; JAVANBAKHT; EZZATABABDI, 2014).

Investigação com enfermeiros que atuavam em serviços hospitalares de emergência identificou a presença de sintomas de depressão em mais de 90% dos participantes. A sobrecarga de trabalho, a falta de recursos materiais e de pessoal e a desvalorização profissional se constituíram em fatores para o adoecimento mental dos trabalhadores. Apesar disso, a maioria dos trabalhadores não reconhecia o próprio sofrimento psíquico (OLIVEIRA; MAZZAIA; MARCOLAN, 2015), o que vai ao encontro dos resultados deste estudo.

Em investigação com trabalhadores de enfermagem que atuavam em unidades de urgência e emergência, os participantes citaram episódios de hipertensão arterial relacionados a vivências de tensão e desgaste no ambiente laboral, bem como a sensação de que não conseguiriam "vencer as demandas" (LORO et al., 2016). Além dessas vivências, os participantes deste estudo relataram outros sintomas relacionados à sobrecarga de trabalho, como ansiedade, irritação, choro, distúrbios do sono, dor osteomuscular, fadiga física e mental.

Os resultados deste estudo reiteram que os trabalhadores que atuam na assistência direta ao paciente em âmbito hospitalar desenvolvem atividades que podem incorrer em sofrimento e adoecimento pela exposição diária e acentuada a elementos de desgaste. Tais elementos, muitas vezes, não são percebidos pelos integrantes da equipe de enfermagem que, mesmo apresentado diferentes sinais e sintomas de saúde, não conseguem relacioná-los à atividade laboral exercida (SOUZA et al., 2015).

Exemplo disso foram as manifestações de sofrimento dos participantes deste estudo decorrentes do sentimento de impotência. Segundo Marques et al. (2015), os trabalhadores de enfermagem prestam serviços diretos à população com necessidades de saúde, o que caracteriza elevadas demandas psicológicas, baixo suporte social e pouco controle sobre a atividade laboral desenvolvida, os quais podem levar a um maior risco de afastamento das do trabalho por adoecimento mental.

Soma-se a isso o fato de o trabalho em ambiente hospitalar ser permeado por tensões com situações de adversidades para a manutenção da vida, contato com doenças e risco de morte dos pacientes. Geralmente, as atividades desempenhadas pelos integrantes da equipe de enfermagem são desenvolvidas em um ritmo muito intenso, o que contribui para situações de ansiedade, tensão e desgaste dos trabalhadores (SILVEIRA; STIPP; MATTOS, 2014).

Conforme Beck, Denardin e Gonzáles (2005), a atividade laboral hospitalar, em muitas situações, desencadeia o sentimento de impotência nos trabalhadores ao se depararem com os limites humanos e a incapacidade de evitar a morte dos pacientes. Da mesma forma, presenciar o sofrimento dos pacientes pode despertar a sensação de impotência nos trabalhadores de enfermagem (PRESTES et al., 2010; TAVARES et al.; 2010).

Os participantes deste estudo expuseram que o sofrimento pelo sentimento de impotência, inerente à prática profissional da enfermagem, é agravado em função de situações em que presenciam o sofrimento do paciente decorrente das características contexto laboral descrito. Entre as situações, os trabalhadores citaram a espera pelo serviço e o possível agravamento do quadro de saúde do paciente.

Ainda em relação ao comprometimento da saúde mental, observou-se que nos setores de atendimento a crianças e/ou adolescentes os participantes apresentam um sofrimento psíquico diferenciado ao aproximarem ou projetarem as situações do trabalho em seus familiares. Nessa direção, concorda-se que o gerenciamento das diversas emoções vivenciadas no cuidado de crianças constitui-se em um dos principais desafios para os enfermeiros que atuam em pediatria (JACOBS; LOURENS, 2016).

A fuga e o afastamento das atividades laborais relacionadas ao desejo de férias ou atestados médicos foi uma das estratégias defensivas individuais identificadas em estudo com trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica. Porém, os participantes reconheceram que esta é uma estratégia de curto prazo, sendo que alguns conseguiam ressignificar o sofrimento no trabalho por meio de reflexões sobre a vida e valorização das relações familiares (VIEIRO et al., 2017).

As dificuldades dos participantes deste estudo em identificarem o adoecimento psíquico e em aceitá-lo são preocupantes, uma vez que os problemas emocionais podem afetar o sujeito como um todo, tanto no desempenho de sua atividade laboral, quanto em sua vida (SANTOS et al., 2017). Neste estudo, identificou-se que o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem possui reflexos que não se restringem ao trabalho.

Nessa direção, os participantes citaram o comprometimento dos horários para descanso, lazer, prática de atividades físicas, convívio familiar, interação social e, até mesmo, de cuidados básicos com a própria saúde, como alimentação, hidratação e sono. A partir disso, expuseram que o desgaste advindo da atividade laboral na enfermagem possui repercussões negativas em sua saúde física e mental.

Investigação em hospitais australianos identificou que os trabalhadores de enfermagem com melhor saúde mental apresentavam melhores indicadores de saúde geral. Além disso, residiam com a família ou companheiro, apresentavam menos distúrbios de sono, possuíam melhores hábitos alimentares, não realizavam trabalho informal e não trabalhavam no período noturno (PERRI et al., 2015).

O comprometimento à saúde do trabalhador pode causar restrições ou mesmo incapacidade para o trabalho e também prejuízos ao desempenho de atividades cotidianas, como as domésticas e de lazer, o que pode originar sentimentos de frustração e inutilidade ao trabalhador, com adoecimento musculoesquelético. Tais sentimentos são permeados pela dor, distúrbios do sono, alterações do humor, problemas com a autoestima, depressão, ansiedade e desvalorização profissional (RODRIGUES et al., 2013).

Conforme Machado et al., (2014), os integrantes da equipe de enfermagem possuem perfis de morbimortalidade diferentes da população geral, sendo propensos ao adoecimento e a óbitos por causas relacionadas à atividade laboral e pela exposição às cargas de trabalho e riscos ocupacionais intrínsecos ao seu exercício profissional. Os agravos à saúde dos trabalhadores possuem repercussões diretas e indiretas para os indivíduos, famílias e sociedade. Nessa direção, corrobora-se que estudos sobre o adoecimento dos trabalhadores e suas formas de interação com a atividade laboral possibilitam uma compreensão mais

ampliada de sua ocorrência e evolução dos agravos, bem como de suas possíveis consequências.

A restrição dos horários de descanso e lazer pode comprometer a saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, levá-los ao afastamento das atividades laborais em função do adoecimento (SILVA et al., 2017). Além disso, os participantes deste estudo também exemplificaram a relação inversa, em que a fadiga e os prejuízos à saúde decorrente da atividade laboral comprometem seu descanso e, até mesmo, inviabilizam atividades de lazer.

A menção aos distúrbios do sono tem sido recorrente em estudos com trabalhadores de enfermagem (MACHADO et al., 2014; SILVA, 2014; SILVA et al., 2017; FERREIRA et al., 2017). O déficit de sono compromete os processos cognitivos, reduz a capacidade de realização das tarefas e expõe os trabalhadores a riscos de acidentes e falhas (MACHADO et al., 2014). Os participantes deste estudo mencionaram efeitos como cansaço e irritabilidade, bem como comprometimento à saúde em geral em médio e longo prazo.

Pesquisa evidenciou que a prática de atividades físicas, com duração de uma a três horas por semana, se associou a poucos dias de AD autorreferido entre trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos (FERREIRA et al., 2012). O lazer também possui um papel fundamental para a saúde dos trabalhadores, já que possibilita o relaxamento e o alívio de tensões (MACHADO et al., 2014).

A alimentação inadequada, a extensa carga horária, a elevada demanda de tempo e as atividades práticas das disciplinas foram alguns dos elementos percebidos por estudantes de enfermagem como não promotores da qualidade de vida. Além disso, a pesquisa identificou que a maioria dos participantes não praticava atividade física e 35,7% não dispunham de tempo para atividades de lazer (FREITAS et al., 2017). Destaca-se que tais elementos tendem a persistir e, até mesmo, se agravar com a inserção no mercado de trabalho, o que remete à possibilidade não só de prejuízos à qualidade de vida, mas também à saúde ao longo de sua atuação profissional.

Em relação às percepções e vivências dos trabalhadores, os resultados apontam para uma diversidade de percepções dos participantes em relação aos episódios de AD da enfermagem no HU. Dessa forma, os depoimentos oscilaram entre percepções de que os atestados não são frequentes em seu setor de atuação, até de que há uma defasagem constante no quantitativo de pessoal em função dos afastamentos. Para alguns participantes, os atestados provêm, geralmente, dos mesmos integrantes da equipe, já outros mencionaram percepções que incluem desde a real incapacidade para o trabalho decorrente de adoecimento, até situações de descomprometimento dos trabalhadores.

Pesquisa em um hospital na África do Sul concluiu que fatores pessoais, profissionais e organizacionais podem causar absenteísmo entre os integrantes da equipe de enfermagem. O adoecimento do trabalhador, as questões familiares, a desmotivação, as longas jornadas laborais, a sobrecarga de trabalho, a falta de equipamentos, a inadequação das condições de trabalho, o número insuficiente de trabalhadores, a presença de conflitos com as chefias e a existência de disputas profissionais são fatores que influenciam no absenteísmo (MUDALY; NKOSI, 2015).

A constante necessidade de reorganização da escala de trabalho em função da redução do contingente de trabalhadores afastados por atestados, férias e licenças foi citada como um desafio cotidiano para os enfermeiros que atuam em centro cirúrgico. Nesse sentido, os participantes demonstraram preocupação em relação à possibilidade de desgaste dos demais integrantes da equipe que permanecem em atividade e ao comprometimento da segurança e qualidade da assistência prestada aos pacientes (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

Ao encontro da percepção de alguns participantes deste estudo, as enfermeiras gerentes perceberam o absenteísmo como uma manifestação de desmotivação ou descontentamento do trabalhador de enfermagem em relação ao setor de atuação ou ao turno de trabalho. Além disso, discorreram acerca dos impactos negativos do absenteísmo em relação aos demais integrantes da equipe e para a assistência de enfermagem como um todo (KURCGANT et al., 2015).

Apesar da diversidade de percepções em relação ao AD, o adoecimento dos integrantes da equipe de enfermagem, especialmente dos que possuem mais idade, e seus reflexos nas ausências ao trabalho dele decorrente foram citados pelos participantes. Ao encontro desse resultado, na pesquisa de Rodrigues e Brêtas (2015), os trabalhadores de enfermagem também perceberam alguns aspectos do envelhecimento, principalmente os relacionados às questões físicas.

Na mesma direção, todos os participantes relataram já terem, em algum momento, trabalhado adoecidos e/ou com a presença de sintomas com dor, febre, tosse, taquicardia, choro ou irritação. Da mesma forma, afirmaram que essas situações são recorrentes entre os demais integrantes da equipe de enfermagem.

Frequentemente os trabalhadores de enfermagem negligenciam seu cuidado pessoal em meio à prestação de assistência e ao cuidado do outro. Além disso, se esquecem de que possuem o mesmo perfil de morbidade da população geral e, ainda, com o agravante de estarem expostos cotidianamente a ambientes laborais insalubres, o que acentua o seu desgaste (SOUZA et al., 2015).

Nessa direção, pesquisadores identificaram que 91,4% dos trabalhadores de enfermagem de um HU apresentaram dor musculoesquelética de intensidade fraca a insuportável nos sete dias que antecederam a participação no estudo e 43,3% possuíam capacidade para o trabalho reduzida (MAGNAGO et al., 2012). Investigação com enfermeiros que atuavam em serviços de emergência hospitalar evidenciou que 34,8% possuíam diagnóstico prévio para depressão, contudo a maioria dos participantes sem esse diagnóstico foi identificada com depressão a partir dos instrumentos utilizados no estudo (OLIVEIRA; MAZZAIA; MARCOLAN, 2015).

Os trabalhadores de enfermagem possuem dificuldades em relacionar os agravos à saúde que se estabeleceram em longo prazo com a exposição às cargas laborais ao longo de sua atuação profissional (RODRIGUES; BRÊTAS, 2015). Neste estudo, apesar de reconhecerem que, muitas vezes, compareceram ao trabalho adoecidos, dois participantes disseram que ao longo dos anos de atuação no HU perceberam que “não vale a pena” trabalhar doente.

Defende-se que essa percepção necessita ser discutida, encorajada e acordada entre o coletivo de trabalhadores de enfermagem, tanto por questões objetivas, como subjetivas. Objetivamente, a clareza de que não se deve trabalhar doente pode favorecer a procura por tratamento e reabilitação pelos trabalhadores precocemente, o que evitaria o agravamento e a cronificação dos acometimentos à saúde, os quais remetem à possibilidade de longos períodos de afastamento posteriormente. Em âmbito subjetivo, menciona-se a possibilidade de minimizar o sofrimento e o desgaste psíquico do trabalhador diante do conflito por estar adoecido e precisar se ausentar das atividades laborais, bem como a questão da valorização do sujeito como trabalhador e ser humano que também carece de cuidados à saúde. A partir disso, os possíveis casos de AD relacionados ao aparente “descomprometimento de alguns integrantes da equipe” também poderiam ser neutralizados por um contexto laboral mais favorável à saúde e à satisfação dos trabalhadores que ali atuam.

Em sentido oposto a esse, os participantes disseram que compareciam ao trabalho mesmo sem condições de saúde no intuito de não sobrecarregarem os demais integrantes da equipe com sua ausência e que se sentiam culpados quando não conseguiam evitar o AD. Nessa direção, é sabido que a insuficiência no quantitativo de pessoal no ambiente hospitalar causa sobrecarga de trabalho, elevação do ritmo de execução das tarefas e remete à necessidade de adaptações, o que pode comprometer a qualidade do cuidado realizado (SOUZA et al., 2017) e a saúde dos trabalhadores.

Os trabalhadores também tentavam evitar os afastamentos das atividades laborais em função do estigma e do preconceito em relação aos atestados médicos. Esse resultado remete a alguns aspectos já discutidos, como o comprometimento das relações socioprofissionais e a vulnerabilidade dos trabalhadores celetistas pelo menor tempo de contratação e inexistência de estabilidade no emprego.

Revisão de literatura concluiu que as condições de trabalho predisõem a problemas que desencadeiam conflitos entre os próprios integrantes da equipe de enfermagem (RIBEIRO et al., 2012), aspecto também identificado em relação aos episódios de AD no presente estudo. Nessa direção, Ribeiro et al. (2012) citaram um paradoxo em que os trabalhadores de enfermagem não sabem cuidar de seus colegas, tampouco de si próprios.

A partir das motivações expostas, o uso de medicações foi a principal alternativa utilizada pelos trabalhadores de enfermagem para atenuar a sintomatologia de desconforto ou comprometimento da saúde. Em consonância a esse resultado, pesquisa com trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia oncológica identificou que “a automedicação parece ser uma prática comum e aceita dentro do ambiente hospitalar” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2016, p. 29).

Investigação identificou uma prevalência de 76,0% de automedicação e 50,0% de queixas álgicas entre os estudantes de enfermagem de uma universidade pública do Norte do Brasil. Dentre os grupos farmacológicos, os anti-inflamatórios não esteroides foram os mais consumidos pelos participantes (GAMA; SECOLI, 2017), o que aponta para a possibilidade de o comprometimento da saúde e a adoção da prática de automedicação ocorrerem antes mesmo da conclusão da formação profissional.

Na Arábia Saudita, os trabalhadores de enfermagem utilizaram como medidas para alívio da dor lombar o repouso (75,4%), o uso de relaxantes musculares (11,5%) e de analgésicos (13,1%). Ao utilizarem medicações, 34,4% dos participantes tiveram alívio completo da dor lombar; 36,1%, alívio moderado; 21,3%, pouco alívio; e em 8,2% não houve diminuição da dor (KERIRI, 2013).

As alternativas utilizadas pelos participantes deste estudo vão ao encontro aos achados de Silva et al. (2013), os quais identificaram um processo de desgaste e adoecimento osteomuscular ao longo da vida profissional na enfermagem, manifestado por meio de sinais e sintomas, mascarados por medidas paliativas para alívio da dor. Assim como neste estudo, os autores observaram que com a “dor silenciada” ocorre uma sobreposição das demandas laborais, familiares e sociais que fazem com que o trabalhador adie a busca por um tratamento efetivo para a sua necessidade de saúde até um limite extremo.

Tanto na pesquisa citada como neste estudo, esse “limite extremo” caracterizou-se pela presença de dor em nível insuportável e/ou impossibilidade de movimento (SILVA et al., 2013). Assim, os trabalhadores de enfermagem convivem e suportam os sintomas de dor e/ou desconforto osteomuscular até o ponto de, literalmente, “travarem”, conforme ilustraram os depoimentos dos participantes deste estudo.

Ainda, em relação aos agravos osteomusculares alerta-se para os riscos adicionais de instalação de processos crônicos e de efeitos indesejados pelo uso prolongado de medicamentos para atenuar seus sintomas. Identificou-se que os trabalhadores procuram ajuda profissional somente em situações extremas, ou seja, quando apresentam dor acentuada e/ou comprometimento da mobilidade osteomuscular. Até esse limite, utilizam automedicação e mantêm-se em atividade laboral.

Os resultados desta pesquisa reforçam os achados de investigação anterior, na qual os participantes também explicitaram a ampla utilização de medicamentos pelos integrantes da equipe de enfermagem, e que a maioria fazia uso de antidepressivos e tranquilizantes (SOUZA et al., 2015). Além disso, aponta-se a convergência com os resultados da primeira etapa do estudo, em que os transtornos mentais e comportamentais foram a principal causa de episódios de AD e também motivaram a maior parcela de dias de afastamento dos trabalhadores de enfermagem das atividades laborais.

Diante do desgaste e adoecimento, os trabalhadores de enfermagem utilizam diferentes alternativas, as quais incluem a automedicação, inclusive com a utilização de fármacos controlados. O uso de medicamentos para ansiedade e estresse foi referido com certa frequência na pesquisa de Oliveira e Teixeira (2016). Já, no presente estudo, houve relatos de que “as pessoas trabalham dopadas”, bem como a descrição da utilização excessiva dessas medicações por T13 no turno que antecedeu a realização da entrevista, com o argumento de que só conseguia dormir com uso de medicamentos.

Ao encontro dos relatos dos participantes deste estudo, pesquisa inferiu que o trabalho noturno favorece a ocorrência de distúrbios do sono. Em função disso, alguns trabalhadores de enfermagem necessitam fazer uso de medicações para dormir, o que remete ao comprometimento de sua saúde (SILVA, 2014).

A tentativa de auxiliar o colega com algum acometimento da saúde na realização das suas tarefas foi outra medida apontada pelos participantes. A cooperação entre os colegas foi relacionada a vivências de prazer no trabalho de técnicos de enfermagem de um pronto-socorro (GARCIA et al., 2012) e de trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise (PRESTES et al., 2015). Apesar disso, menciona-se que essa medida pontual

necessita evoluir para uma articulação coletiva em busca de melhores condições laborais e de saúde.

As especificidades dos diferentes regimes de contratação dos trabalhadores no HU também se refletiram em suas vivências em relação ao AD. Assim, enquanto que os estatutários consideraram os afastamentos como um direito do trabalhador, os celetistas demonstraram resistências devido ao fato de licenças médicas superiores a 15 dias serem seguradas pelo INSS e à falta de estabilidade no emprego, já abordados anteriormente.

Contudo, os trabalhadores de enfermagem de ambos os regimes de vinculação trabalhista se assemelharam em relação às dificuldades de identificação e aceitação do adoecimento mental. Da mesma forma, os participantes mencionaram resistências iniciais em relação à necessidade de utilizarem medicações controladas. Isso pode estar ligado ao fato de essas substâncias serem circundadas de preconceitos e implicações sociais, individuais, econômicas e éticas (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2016).

De forma semelhante aos depoimentos dos participantes deste estudo, pesquisa identificou que, mesmo com o corpo emitindo sinais dolorosos de que necessitava de cuidados, o entendimento do trabalhador de enfermagem era de que o trabalho não podia parar. Assim, se estabeleceram relações entre a atividade laboral e o adoecimento na medida em que as pressões no trabalho são priorizadas em detrimento das “necessidades do corpo” de quem o executa (SILVA et al., 2013).

Neste estudo as “necessidades da mente”, possivelmente por serem “silenciosas”, e cercadas por preconceitos, foram ainda mais subjugadas pelos trabalhadores de enfermagem em função das pressões e exigências inerentes ao contexto laboral em que atuavam. Essa tendência de não identificação, reconhecimento e intervenção terapêutica nos casos de adoecimento mental pode estar associada ao seu agravamento, bem como a necessidade de períodos prolongados de afastamento das atividades laborais para tratamento e recuperação da saúde dos trabalhadores.

Quanto às posturas dos colegas em relação ao AD, houve uma pluralidade de relatos que oscilaram desde o contato permanente até a total ausência de comunicação durante o período de afastamento. Apesar de a maioria dos participantes reconhecerem a importância do apoio dos demais integrantes da equipe, alguns citaram que não quiseram manter contato com o ambiente laboral durante seu tratamento para a saúde. Nesse sentido, se confirma que as ações em prol da saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, com vistas à redução do AD necessitam considerar o ambiente laboral, as necessidades dos trabalhadores e as relações sociais que nele se estabelecem (LEÃO et al., 2015).

Na mesma direção, reitera-se que a compreensão do adoecer dos trabalhadores que atuam em ambiente hospitalar implica na análise de diversos fatores. Para tal, considerar a ótica de quem adoecer é um aspecto fundamental para a obtenção de perspectivas diversas e complementares que podem possibilitar a sua real compreensão, para além de uma perspectiva reducionista do adoecimento (SILVA; BATISTA, 2013).

Neste estudo a totalidade dos participantes exemplificou a ocorrência de comentários e de posturas impróprias em relação ao AD, provenientes majoritariamente dos integrantes da equipe de enfermagem. Contudo, essas situações também foram oriundas dos coordenadores de enfermagem, profissionais vinculados aos serviços de atenção à saúde do trabalhador e de familiares.

Menciona-se que os comentários e posturas preconceituosas em relação ao AD acentuam o sofrimento já vivenciado em decorrência do adoecimento na medida em que expressam a falta de reconhecimento do esforço investido pelo trabalhador. Nesse sentido, ratifica-se que identificar formas de promover ambientes laborais saudáveis e minimizar os possíveis efeitos negativos do trabalho para a saúde dos trabalhadores é um desafio para os gestores que vai além das ações em âmbito individual, pois exigem intervenções coletivas, mudanças estruturais, comportamentais e gerenciais (SANTANA et al., 2016).

Nessa direção, estudo infere que não há espaços para as manifestações do sofrimento nas organizações, o que impele os trabalhadores ao adoecimento. Porém, o adoecimento possui como consequências a discriminação, exclusão e estigmatização dos trabalhadores, uma vez que, historicamente, a doença é geralmente associada pelos próprios trabalhadores a elementos negativos como a preguiça, vagabundagem ou malandragem (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004).

Nesse contexto, Giroto e Diehl (2011) citam que há um desconhecimento da sociedade em geral e dos próprios trabalhadores em relação às possíveis relações entre as situações laborais e os agravos de ordem psíquica. Esse desconhecimento incorre em preconceitos em relação ao adoecimento, especialmente em âmbito mental.

Por sua vez, o preconceito em relação ao adoecimento somado ao comprometimento das relações socioprofissionais fazem com que a maior parte dos integrantes da equipe de enfermagem opte por não entrar em contato com o trabalhador afastado das atividades laborais para tratamento de saúde. Esse resultado é preocupante na medida em que remete à deterioração dos laços de solidariedade no trabalho. Em relação a isso, autores sinalizam que a percepção de isolamento e da impossibilidade de contar com o apoio dos colegas pode ter efeitos devastadores na saúde mental dos trabalhadores (FERREIRA, 2013).

Os participantes deste estudo se mostraram descontentes em relação à atenção dispensada pela instituição à saúde dos integrantes da equipe de enfermagem. Dois trabalhadores mencionaram o sentimento de desvalorização e incompreensão por não poderem ser atendidos no HU, mesmo nos casos de dor incapacitante durante o plantão.

O pouco amparo institucional também foi apontado em um estudo de caso sobre o adoecimento e licença médica de uma técnica de enfermagem. Apesar de considerar o hospital como sua “segunda casa”, a trabalhadora relatou constrangimentos e entraves ao ser atendida na mesma instituição em que atuava (SILVA et al., 2013).

Na pesquisa sobre o perfil da enfermagem brasileira, quando questionados se possuíam assistência da instituição quando adoeciam, 42,8% dos enfermeiros responderam afirmativamente, 32,5% informaram que não possuíam assistência, 17,3% disseram que “às vezes” eram assistidos e um percentual de 7,4% não respondeu. Quanto aos técnicos e auxiliares de enfermagem, foram observadas respostas semelhantes às dos enfermeiros (FIOCRUZ; COFEN, 2015).

As instituições hospitalares priorizam o atendimento aos pacientes, muitas vezes, desassistindo a saúde dos trabalhadores que ali atuam. Nesse sentido, a adoção de políticas e ações institucionais com enfoque na saúde dos trabalhadores é relevante no sentido de promoção do bem-estar no ambiente laboral, prevenção dos agravos ocupacionais e, conseqüentemente, prestação de uma assistência de qualidade ao paciente (MARQUES et al., 2015).

Os resultados deste estudo também demonstraram que, ao término da licença para tratamento de saúde, os trabalhadores ainda não haviam retomado plenamente a sua capacidade de trabalho. Esse resultado remete à importância do apoio social de colegas e superiores nas atividades laborais da enfermagem (CEBALLOS-VÁSQUEZ et al., 2015), bem como de haver um planejamento para que o trabalhador que retorna de uma licença em decorrência de adoecimento reassuma as atividades de forma gradual e, se possível, com acompanhamento e auxílio dos demais integrantes da equipe.

Pesquisa sobre as estratégias utilizadas na readaptação funcional de trabalhadores de enfermagem citou a preocupação dos enfermeiros em planejarem cuidadosamente a reinserção do trabalhador readaptado, uma vez que a atividade laboral pode agravar ou causar novos problemas de saúde. Além disso, os participantes reconheceram a importância do apoio social nesse processo (GRACIÓLI et al., 2017). Nessa perspectiva, os resultados deste estudo permitem sugerir que medidas semelhantes sejam utilizadas com os trabalhadores de enfermagem ao retornarem de licenças para tratamento de saúde prolongadas.

As sugestões dos participantes no sentido de favorecer a saúde dos trabalhadores de enfermagem foram direcionadas à instituição e aos próprios integrantes da equipe de enfermagem. A principal reivindicação em âmbito institucional foi a de ampliação dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores, especialmente dos atendimentos psicológicos.

Investigação identificou que os episódios de AD por transtornos mentais e comportamentais entre os trabalhadores de um hospital foram predominantemente por transtornos mentais comuns. Conforme os pesquisadores, esses agravos podem ser prevenidos nos contextos laborais a partir do conhecimento por parte dos trabalhadores e dos gestores quanto às suas causas e possíveis relações com as condições de trabalho (SANTANA et al., 2016).

A necessidade de criação de espaços de diálogo e reflexão sobre os processos de morte e sofrimento vivenciados no ambiente hospitalar, por meio de uma abordagem interdisciplinar, foi apontada em estudo com os integrantes da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014). Os depoimentos dos participantes desta pesquisa ratificam essa necessidade no contexto laboral investigado.

Os trabalhadores de enfermagem com mais tempo de atuação mudam de setor no decorrer dos anos de trabalho, provavelmente para locais com atividades com menor nível de estresse e desgaste emocional (GUERRA et al., 2016). Os trabalhadores sugeriram cautela em relação ao recurso de troca de setor de integrantes da equipe de enfermagem, especialmente nos casos de trabalhadores que retornam de períodos prolongados de afastamento das atividades laborais.

Em âmbito institucional, os trabalhadores sugeriram o estímulo à prática da ginástica laboral e também apontaram a demanda de espaços para a prática de atividades físicas, convivência e lazer dos trabalhadores. Tais sugestões vão ao encontro dos resultados de uma pesquisa que evidenciou uma redução significativa das queixas álgicas na coluna vertebral em trabalhadores administrativos a partir de um programa de ginástica laboral (FREITAS-SWERTS; ROBAZZI, 2014).

Pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil identificou que 53,3% dos enfermeiros e 59,7% dos técnicos e auxiliares de enfermagem não praticavam esportes com regularidade (FIOCRUZ; COFEN, 2015), o que remete aos depoimentos dos participantes deste estudo. Assim, a criação de espaços para a prática de atividades físicas na instituição pesquisada poderia favorecer a adesão dos trabalhadores a novos hábitos de saúde com a incorporação de exercícios físicos em sua rotina.

Em consonância com os resultados deste estudo, a promoção de um clima organizacional motivador, a criação de espaços de diálogo com as chefias, a valorização integrantes da equipe de enfermagem, a compreensão e o atendimento aos pedidos de folga, a adequação no quantitativo de trabalhadores e a disponibilidade de suporte psicológico foram sugestões dos trabalhadores de enfermagem para a redução das ausências não previstas em seu setor de atuação (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014).

Os integrantes da equipe de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar estão expostos a riscos ocupacionais que podem afetar sua saúde física e mental, o que remete à necessidade de melhores condições laborais nesses cenários. Nesse sentido, investigação recomenda a adoção de medidas de promoção à qualidade de vida no trabalho por meio de educação permanente, valorização dos trabalhadores e disponibilidade de apoio psicológico (SANTOS et al., 2017).

Tais medidas convergem com as sugestões dos participantes deste estudo em relação à promoção da saúde dos trabalhadores, especialmente no que se refere à necessidade e importância de atendimento psicológico aos integrantes da equipe de enfermagem dos diferentes setores do HU. Da mesma forma, a possibilidade de acolhimento e atendimento ao trabalhador que venha a apresentar algum sintoma ou acometimento à saúde durante a jornada laboral também reflete a sua valorização como profissional e ser humano pela instituição em que atua.

Pesquisa com servidores de uma universidade estadual inferiu que muitos trabalhadores ainda não reconhecem a sua responsabilidade em relação à sua saúde. Em alguns casos, há exposição a situações que podem levar ao adoecimento e comprometer seu desempenho laboral (CACCIARI et al., 2017).

Pelo exposto, concorda-se que os trabalhadores de enfermagem devam assumir as responsabilidades em relação à sua saúde. Da mesma forma, em função da natureza da atividade laboral exercida pela enfermagem, as instituições de saúde necessitam prover e promover assistência à saúde dos trabalhadores, o que inclui a manutenção do número adequado de pessoal (PERRI et al., 2015).

Em relação aos trabalhadores, um participante sugeriu maior comprometimento individual, bem como a união dos integrantes da equipe de enfermagem. Pesquisadores mencionam a necessidade de maior consciência em relação aos processos laborais, desgaste oriundo destes e possibilidade de agravos à saúde. Essa consciência pode ser favorecida por meio da aquisição de conhecimento por parte dos trabalhadores, de modo que esses fatores

poderão subsidiar ações de prevenção à saúde e incentivar a união da categoria em prol de reivindicações de melhores condições laborais e de vida (MACHADO et al., 2014).

A combinação dos resultados a partir do método misto permitiu reiterar que o AD constitui-se em um fenômeno complexo e de etiologia multifatorial que inclui características individuais dos trabalhadores e fatores relacionados ao ambiente e à organização laboral (LEÃO et al., 2015). O conteúdo das entrevistas, na segunda etapa do estudo, complementou as associações identificadas na etapa inicial e, além disso, possibilitou a identificação de interfaces singulares entre o AD e o contexto de laboral da enfermagem no HU a partir das percepções e vivências dos trabalhadores.

Os resultados deste estudo reafirmam a complexidade da determinação do AD em trabalhadores de enfermagem, o qual se insere em um contexto de elementos múltiplos e superpostos. Tais elementos compreendem aspectos relacionados à saúde dos trabalhadores, ao ambiente laboral, às características individuais e socioeconômicas dos trabalhadores (FERREIRA et al., 2012).

Em relação a isso, estudo menciona a relevância de se saber quais são as doenças mais frequentes, os tipos de acidente e em quais setores eles mais ocorrem, porém que mais importante é a compreensão daquilo que no trabalho está levando a essa situação (GIROTTO; DIEHL, 2016). Nessa direção, as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores de enfermagem são influenciadas por um contexto macroestrutural, especialmente pela globalização e pelo neoliberalismo, os quais resultam na precarização das condições laborais nos hospitais (SOUZA et al., 2017).

Diante do exposto, a partir de uma análise integradora dos resultados das duas etapas do estudo, concluiu-se que o AD assemelha-se a um *iceberg*, ou seja, os episódios de AD constituem-se em apenas uma pequena parte visível de um todo com maior dimensão, o qual corresponde ao real comprometimento da saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Apesar de ser essencial à vida e saúde humana, a atividade laboral pode desencadear doenças (CACCIARI et al., 2017). Os trabalhadores de enfermagem atuam com más condições laborais e vivenciam várias formas de adoecimento (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

A atividade laboral ocupa uma grande parte da vida das pessoas, em função disso refirma-se a necessidade de se atentar para melhores condições de trabalho. Nesse sentido, as lideranças precisam considerar tanto aspectos estruturais quanto as relações que se estabelecem entre os trabalhadores (WISNIEWSKI et al., 2015).

Quanto menos a pessoa se afasta do trabalho, mais ela se percebe integrada à sociedade (RODRIGUES; BRÊTAS, 2015). Reitera-se que a criação de espaços dialógicos

nos contextos laborais da enfermagem pode favorecer a interação dos trabalhadores, a resolução de conflitos, a socialização de saberes, o planejamento coletivo e o estímulo à reflexão acerca dos processos de trabalho (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016). Acredita-se que a partir disso também possam emergir e se fortalecer medidas e ações voltadas à saúde dos trabalhadores de enfermagem.

A escuta dos trabalhadores que se afastaram das atividades laborais para tratamento de saúde possibilitou identificar algumas interfaces entre o AD e contexto de trabalho da enfermagem do HU. Nessa direção, ratifica-se que o AD possui determinantes multifatoriais e complexos, os quais precisam ser analisados sob múltiplas perspectivas, o que inclui o processo de trabalho, a cultura da instituição, bem como o bem-estar e a saúde dos que nela atuam (BARGAS; MONTEIRO, 2014).

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve o objetivo geral de analisar o AD e suas associações com as características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem e as interfaces com o contexto de trabalho em um hospital universitário. Os resultados permitiram concluir que a maioria (63,3%) dos trabalhadores de enfermagem do HU se afastou das atividades laborais no período pesquisado devido à licença para tratamento de saúde. A partir disso, houve 1.744 episódios de AD no ano de 2016, os quais deram origem a 18.536 dias de afastamento.

As principais causas de AD foram as doenças mentais e comportamentais (16,0%; n=278), do aparelho respiratório (15,2%; n=265) e osteomusculares (12,5%; n= 217). Em relação ao número de dias de absenteísmo, as doenças mentais e comportamentais contabilizaram 6.692 (36,1%) dias, seguidas das osteomusculares (2.286 dias; 12,3%). Além disso, identificou-se maior índice de frequência de AD entre os trabalhadores vinculados ao regime celetista e maior índice de gravidade de AD no regime estatutário.

O AD apresentou associação com todas as variáveis sociolaborais investigadas, excetuando-se outro emprego na área da saúde. As doenças mentais se associaram ao regime de contratação estatutário ($p= 0,001$), sexo feminino ($p=0,009$), cargo de auxiliar de enfermagem ($p<0,001$), duração ≥ 14 dias ($p<0,001$), idade ≥ 41 anos ($p<0,001$), tempo de contratação ≥ 9 anos ($p<0,001$). Houve associação entre as doenças osteomusculares e afastamentos de 3 a 13 dias ($p=0,010$), sexo masculino ($p<0,001$), cargo de técnico em enfermagem ($p<0,001$), tempo de contratação entre 9 e 13 anos ($p=0,002$), turno noturno ($p=0,026$), a três afastamentos do trabalhador no ano ($p=0,010$).

A partir disso, na segunda etapa (qualitativa), realizou-se a escuta dos trabalhadores, a fim de possibilitar a compreensão e o aprofundamento dos resultados da etapa anterior. Nessa direção, buscou-se identificar e analisar as interfaces entre o AD e o contexto de trabalho da enfermagem no HU, bem como conhecer as percepções e vivências dos trabalhadores em relação ao objeto de estudo.

Identificaram-se interfaces entre o AD e o contexto de trabalho em que estão inseridos os trabalhadores de enfermagem no HU. Os resultados apontam para o adoecimento físico e psíquico dos integrantes da enfermagem relacionados à organização do trabalho, às condições laborais inadequadas e ao comprometimento das relações socioprofissionais.

Nesse sentido, os trabalhadores esgotam seus recursos físicos e psíquicos ao atuarem em um cenário caracterizado por sobrecarga de trabalho, excesso de cobranças e carência de recursos, até o limite da exaustão. Além disso, há falta de espaços de diálogo e escuta dos

integrantes da equipe de enfermagem, os quais também relataram a rigidez das normas e o excesso de burocracia.

Em meio a isso, evidenciaram-se diferentes manifestações do comprometimento da saúde dos trabalhadores de enfermagem, especialmente em âmbito mental, que vão ao encontro dos resultados da etapa quantitativa. Essas manifestações se traduziram por meio do sentimento de impotência, sintomatologias psicossomáticas, projeção de situações do trabalho nos familiares e comprometimento de outras esferas da vida além da laboral.

Apesar dos elevados índices de AD contabilizados na primeira etapa do estudo, identificou-se que há um esforço da maior parte dos trabalhadores em continuar trabalhando, mesmo que adoecidos. Diante da resistência em relação ao próprio adoecimento, os participantes expuseram as suas motivações e as alternativas utilizadas para mascarar os possíveis sintomas de comprometimento à saúde.

As alternativas descritas dizem respeito, predominantemente, ao uso de medicações em larga escala para atenuar a dor física e o sofrimento psíquico advindos ou potencializados pelo exercício laboral. Em uma análise conjunta das duas etapas, sugere-se que o real comprometimento da saúde dos trabalhadores de enfermagem possua uma dimensão maior do que a retratada pelos índices de AD, identificados na primeira etapa da pesquisa.

Essa inferência se sustenta nos conteúdos das entrevistas, os quais sinalizaram que o quantitativo de trabalhadores em exercício laboral com comprometimento da saúde, especialmente em âmbito psíquico, pode ser igual ou superior aos que se afastam para tratamento.

Além disso, a maioria dos participantes demonstrou resistências em relação à necessidade de afastamento das atividades laborais por motivo de saúde, especialmente nos casos de adoecimento psíquico, bem como relatou um longo percurso de sintomatologias físicas e psíquicas negadas e mascaradas até o limite máximo de cada um. Este achado pode estar relacionado ao estigma e preconceito em relação ao AD, sobretudo nos casos de comprometimento da saúde mental do trabalhador.

Os entrevistados também elencaram sugestões em prol da saúde dos trabalhadores de enfermagem do HU, predominantemente em âmbito institucional, como maior flexibilidade nas escalas de trabalho, aumento no número de folgas, melhores condições de trabalho, aumento no número de trabalhadores por turno, ampliação dos atendimentos especializados voltados à saúde do trabalhador, criação de espaços para lazer, convivência e prática de atividades físicas, bem como de espaços de diálogo e acolhimento às demandas dos trabalhadores. Além disso, também houve sugestões voltadas aos próprios integrantes da

equipe, as quais versaram sobre a necessidade de comprometimento, cooperação e solidariedade em relação à situação de saúde/adoecimento dos demais trabalhadores.

A Tese proposta para a pesquisa pressupunha que o AD encontrava-se associado a características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem e possuía interfaces com o contexto de trabalho no HU. Esta Tese foi confirmada na medida em que houve associações estatisticamente significativas entre o AD e as variáveis investigadas (Etapa 1), as quais foram reiteradas e complementadas por meio dos relatos dos participantes da etapa seguinte. Além disso, os relatos possibilitaram identificar as interfaces entre o AD e o contexto de trabalho da enfermagem no cenário pesquisado.

Como limitações da pesquisa mencionam-se: o recorte transversal adotado na primeira etapa da pesquisa, o qual retrata a realidade de um dado momento (ano de 2016) e a fonte de dados documentais que permite investigar somente as informações disponíveis nos registros e encontram-se sujeitas a erros de interpretação e/ou digitação.

Procurou-se identificar e agendar previamente o melhor dia, horário e ambiente para a realização das entrevistas, conforme as especificidades de cada um dos setores do HU. Porém, em alguns setores, os ambientes disponibilizados para as entrevistas possuíam isolamento insuficiente, o que se constituiu em uma limitação devido às interferências de ruídos externos, interrupções e possível comprometimento da privacidade do participante.

Em alguns setores houve a necessidade de reagendamentos das entrevistas. Os principais motivos foram a impossibilidade de o trabalhador ausentar-se das atividades laborais devido à sobrecarga de atividades em função do quadro clínico dos pacientes sob seus cuidados ou pelo aumento do número de pacientes devido à ausência de algum integrante da equipe de enfermagem e, também, em alguns casos, devido ao não comparecimento do possível participante ao trabalho na data agendada.

Apesar disso, menciona-se como fator positivo a receptividade dos trabalhadores em relação à temática do estudo, bem como o apoio dos demais integrantes da equipe para que o colega pudesse participar da pesquisa. Da mesma forma, houve abertura e disponibilidade dos participantes durante as entrevistas, o que pode ser observado a partir da riqueza de detalhes e diversidade de suas falas.

Como potencialidades apontam-se a relevância da temática investigada e o emprego do método misto, o qual permitiu uma análise ampliada em relação ao objeto de estudo. Enquanto que o método quantitativo possibilitou a mensuração e caracterização do AD, a abordagem qualitativa proporcionou sua análise a partir elementos de difícil quantificação, mas que possuem interfaces relevantes em relação ao fenômeno investigado.

Na mesma direção, sugere-se que “o efeito do trabalhador saudável”, comum na seleção de participantes de estudos da área, possa ter sido minimizado nesta pesquisa, tendo-se em vista que na etapa qualitativa participaram trabalhadores com afastamento recente das atividades laborais por motivo de adoecimento. No mesmo sentido, se reconhece a possibilidade de casos com maior gravidade em que o trabalhador não conseguiu retomar as atividades laborais ou apresentou novo episódio de AD durante o período de coleta de dados qualitativos não terem sido contemplados nos critérios de elegibilidade da etapa qualitativa.

Nesse sentido, recomenda-se a utilização de métodos mistos de pesquisa na investigação de temáticas complexas e multifatoriais, como o AD. Sugere-se que os próximos estudos ampliem o período de acompanhamento dos trabalhadores (pesquisas longitudinais) com inclusão de variáveis relativas a medidas ponderais, hábitos de vida e saúde e suporte familiar. Além disso, menciona-se a necessidade de investigações participativas que proporcionem aos trabalhadores espaços de diálogo, escuta e estímulo à reflexão e a reivindicação/adoção de medidas que possam melhorar os contextos de trabalho em que estão inseridos e, conseqüentemente, a sua saúde.

No que se refere à instituição, além das sugestões dos participantes apresentadas anteriormente, recomendam-se a revisão e o fortalecimento das ações em relação à saúde dos trabalhadores de enfermagem. É imprescindível que essas ações abarquem desde o acolhimento e atendimento aos trabalhadores que venham a apresentar algum acometimento durante o turno de trabalho, até a reinserção ao exercício laboral após períodos prolongados de afastamento.

Tais ações merecem especial atenção em âmbito da promoção, manutenção e recuperação da saúde mental dos trabalhadores, tendo em vista os resultados deste estudo e as exigências dos contextos laborais em que atuam. Ações como disponibilidade de apoio psicológico em livre demanda e a flexibilização nas escalas de trabalho, especialmente para os trabalhadores celetistas, poderiam favorecer nesse sentido.

Apesar da atual conjuntura econômica do país e, conseqüentemente, das instituições públicas de saúde, menciona-se a necessidade de melhores condições laborais, incremento no quantitativo de trabalhadores e de investimento na saúde dos trabalhadores em atividade. Nessa direção, o investimento em espaços voltados ao repouso, convivência, lazer e práticas de atividades físicas poderiam minimizar os efeitos negativos do contexto laboral na saúde dos trabalhadores. Além disso, podem beneficiar as interações profissionais entre os integrantes das equipes.

O comprometimento da saúde dos trabalhadores, identificado neste estudo, reforça a necessidade de aposentadoria e jornada de trabalho especiais para os trabalhadores de enfermagem, bem como o estabelecimento de piso salarial. Além disso, menciona-se que os avanços nas políticas e normas voltadas à saúde do trabalhador precisam ser incorporados nos contextos laborais em que a enfermagem se insere.

No que tange às instituições de ensino, reitera-se a necessidade de a saúde do trabalhador de enfermagem ser abordada em uma disciplina específica, mas também como temática transversal durante a formação acadêmica. Nesse sentido, as ações de promoção e prevenção de saúde em âmbito físico e mental dos estudantes, como futuros trabalhadores, precisam ocorrer antes mesmo do início das atividades práticas e serem mantidas ao longo da formação.

Ainda no âmbito acadêmico, menciona-se a necessidade de fomento e incentivo às pesquisas sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem. Esses aspectos perpassam desde o fortalecimento dos grupos de pesquisas sobre a temática, até a sua organização para a realização de estudos multicêntricos e articulação para a obtenção de recursos para a operacionalização de estudos mais robustos e de intervenção.

Por fim, em relação aos trabalhadores de enfermagem, recomenda-se a corresponsabilização e a articulação coletiva no que tange à constante reflexão e análise dos contextos laborais e potenciais riscos à saúde dos trabalhadores. A partir disso, os próprios trabalhadores poderão encontrar alternativas que favoreçam a realização do trabalho e minimizem os riscos à saúde.

Em âmbito individual, recomenda-se que os trabalhadores de enfermagem atentem para possíveis sinais e sintomas de adoecimento, inclusive psíquico, e, no caso de suspeita ou identificação, que procurem auxílio profissional especializado precocemente. Também se sugere a prática do autocuidado por meio da atenção aos aspectos básicos em relação à saúde, como alimentação, repouso, sono, prática de atividades físicas e lazer.

No que tange aos integrantes das equipes de enfermagem, diante das exigências inerentes aos contextos laborais em que atuam, da interdependência entre os seus membros e da real possibilidade de adoecimento, retoma-se a argumentação do participante T14 de que “o ser humano precisa entender que ninguém pede para ficar doente e olhar o lado”. Nesse sentido, ratifica-se a necessidade de cooperação, solidariedade e empatia entre os próprios trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- ABADÍA, B. et al. Neoliberalismo en salud: La tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 14, supl. 1, p. 18-31, jun. 2012.
- ABREU, R. M. D.; GONCALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 386-393, 2014.
- ABREU, R. M. D.; SIMÕES, A. L. A. Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino. **Ciênc. cuid. Saúde**. v. 8, n. 4, p. 637-644, out./dez. 2009.
- AGRANONIK, M.; HIRAKATA, V. N.; CAMEY, S. A. **Introdução à análise estatística utilizando o SPSS 18.0**. Porto Alegre: [s.n.], 2010. Disponível em: http://www.mat.ufrgs.br/~camey/HCPA/cursos/Poligrafo%20-%20SPSS_Introduct%F3rio.pdf. Acesso em: 10 jan. 2017.
- ALVES, A. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Rev Enferm UERJ.**, v. 23, n. 1, p. 64-9, 2015.
- ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLOS One.**, v. 7, n. 2, p. e31879, 2012.
- ANTUNES, R. Adeus ao trabalho?: **Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015. 285 p.
- AZMA, K. et al. Evaluation of the relationship between musculoskeletal discomforts and occupational stressors among nurses. **North Am J Med Sci.**, v. 7, n. 7, p. 322-7, 2015.
- BARBOSA-BRANCO, A.; BULTMANN, U.; STEENSTRA, I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1854-1866, oct. 2012.
- BARGAS, E. B.; MONTEIRO, M. I. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de enfermagem. **Acta paul. Enferm.**, v. 27, n. 6, p. 533-538, 2014.
- BECK, C. L. C.; DENARDIN, M. L.; GONZALES, R. B. A banalização das crises vivenciadas pelas enfermeiras no mundo do hospital. **Rev Téc-Cient Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 479-85, 2005.
- BELITA, A.; MBINDYO, P.; ENGLISH, M. Absenteeism amongst health workers - developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. **Hum Resour Health**, v. 17, n. 1, p. 11-34, jul. 2013.
- BLANCA GUTIÉRREZ, J. J. et al. Effect of the introduction of "on demand" nursing shifts on hours of absenteeism. **Gac Sanit.** v. 26, n. 5, p. 480-2, sep./oct. 2012.
- BOARETTO, F. et al. Contexto de ambiente de trabalho entre enfermeiras assistenciais em hospital universitário. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 01-10, abr./jun. 2016.

BOURBONNAIS, R. et al. Certified sick leave as a non-specific morbidity indicator: a case-referent study among nurses. **Br J Ind Med.**, v. 49, n. 10, p. 673-678, oct. 1992.

BOUYER, G. C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: "o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador". **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 249-259, dec. 2010.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

BRASIL. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed. 4º reimpressão, 2015. 68 p.

_____. **Decreto 7.602 de 07 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Acesso em: 18 out. 2016.

_____. **Decreto Nº 7.186 de 27 de maio de 2010**. Regulamenta os artigos 298 a 307 da Lei no 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar - APH. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Decreto/D7186.htm. Acesso em: 29 out. 2017.

_____. **Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm. Acesso em: 02 out. 2017.

_____. Ministério da Educação. **Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Ministério da Educação, Brasília – DF, 15 de dezembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: out. 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS)**. Unidade SIASS UFSM, setor de Perícia Médica. Relatório de Gestão da Unidade SIASS da UFSM, 2012. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/proplan/images/coplin/gestao2012.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

_____. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2015.

CACCIARI, P. et al. Quality of life of workers who underwent work adjustments and adaptations in a public state university. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. e60268, 2017 .

CALIL, A. S. G.; JERICÓ, M. C.; PERROCA, M. G. Gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: estudo da interface idade – absenteísmo. **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 79-85, 2015.

CARDOSO, A. C. M. Organização e intensificação do tempo de trabalho. **Soc. estado.**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 351-374, 2013.

CARUGNO, M. et al. Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 9, p. 1632-42, 2012.

CARVALHO, L. S. F. et al. Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 1, jan./mar. 2010.

CEBALLOS-VÁSQUEZ, P. et al. Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 315-322, apr. 2015.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos: o capital humano das organizações**. 9. ed. São Paulo (SP): Atlas, 2009. 522 p.

COGGON, D. et al. International variation in absence from work attributed to musculoskeletal illness: findings from the CUPID study. **Occup Environ Med.**, v. 70, n. 8, p. 575-84, aug. 2013.

COSTA, F. M.; VIERA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 1, p. 38-44, fev. 2009.

COUTO, H. A. **Temas de saúde ocupacional: coletânea dos cadernos Ergo**. Belo Horizonte: Ergo, 1987.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010. 296p.

DALRI, R. C. M. B. et al. Carga horaria de trabajo de los enfermeros y su relación con las reacciones fisiológicas de estrés. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 959-65, nov./dic. 2014.

DAVEY, M. M. et al. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. **J Nurs Manag.** v. 17, n. 3, p. 312-30, 2009.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez- Oboré, 2015. 224 p.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas; 2014.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 31-43, jun. 2013.

DISSEN, C. M. et al. Characterization of absenteeism-disease in nursing workers of a hemodialysis service. **J Nurs UFPE on line.** v. 8, n. 2, p. 272-8, 2014.

- DUCLAY, E. et al. Exploring the impact of staff absenteeism on patient satisfaction using routine databases in a university hospital. **J Nurs Manag.**, v. 23, n. 7, p. 833-41, 2014.
- ENNS, V.; CURRIE, S.; WANG, J. Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. **Nurs Outlook.** v. 63, n. 3, p. 269-77, 2015.
- FAKIN, F. T.; TANAKA, L. H.; CARMAGNANI, M. I. S. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 378-85, 2012.
- FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em Foco.** v. 3, n. 4, p. 178-181, 2012.
- FELLI, V. E. A. et al. Exposure of nursing workers to workloads and their consequences. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe2, p. 98-105, 2015.
- FERNANDES, R. L. et al. Absenteísmo em hospital filantrópico de médio porte. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 3-14, 2011.
- FERREIRA, E. V. et al. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do Estado de Pernambuco. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 4, p. 742-9, 2011.
- FERREIRA, J. B. Patologias da solidão. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, p. 275-279, 2013.
- FERREIRA, R. C. et al. A multifactorial approach to sickness absenteeism among nursing staff. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 259-268, 2012.
- FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. **Health Serv Res.** v. 48, n. 6, p. 2134-56, 2013.
- FORMETON, A.; MININEL, V. A.; LAUS, A. M. Sickness absenteeism of nursing team in a health insurance company. **Rev enferm UERJ.**, v. 22, n. 1, p. 42-9, 2014.
- FREITAS, A. M. C. et al. Percepções de estudantes de enfermagem referente à qualidade de vida na trajetória acadêmica. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, n. 2, p. 152-166, abr./jun. 2017.
- FREITAS-SWERTS, F. C. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. The effects of compensatory workplace exercises to reduce work-related stress and musculoskeletal pain. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 629-636, ago. 2014.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em: 18 jul. 2016.
- FURLAN, J. A. S.; STANCATO, K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. **Rev. adm. Saúde**, v. 15, n. 60, p. 111-120, 2013.

- GAMA, A. S. M.; SECOLI, S. R. Self-medication among nursing students in the state of Amazonas - Brazil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. e65111, 2017.
- GARCIA, A. B. et al. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 153-159, jun. 2012.
- GEHRING JUNIOR, G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 401-409, 2007.
- GENEVAY, S. et al. Work related characteristics of back and neck pain among employees of a Swiss University Hospital. **Joint Bone Spine**, v. 78, n. 4, p. 392-7, jul. 2011.
- GIROTTI, C.; DIEHL, L. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre a possível relação entre o diagnóstico e as situações de trabalho. **POLÊM!CA**, v. 16, mai. 2016.
- GODOY, S. C. B. et al. Ausências ao trabalho por motivo de doenças em uma rede de hospitais de Minas Gerais. **Online braz. j. nurs.**, v. 5, n. 3, 2006.
- GRACIÓLI, J. C. et al. Strategies used by nurses in the functional readjustment of nursing workers. **REME - Rev Min Enfer.**, v. 21, p.e-1030, 2017.
- GUERRA, P. C. et al. Sono, qualidade de vida e humor em profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Infantil. **Rev. esc. enferm. USP.**, v. 50, n. 2, p. 279-285, 2016.
- GUIMARÃES, A. L. O.; FELLI, V. E. A. Notification of health problems among nursing workers in university hospitals. **Rev Bras Enferm.** v. 69, n. 3, p. 475-82, 2016.
- HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- IAO. Permanent Commission and International Association on Occupational Health. Subcommittee on absenteeism: draft recommendations. **Br J Ind Med**, v. 30, p. 402-403, 1973.
- JACOBS, A. C.; LOURENS, M. Emotional challenges faced by nurses when taking care of children in a private hospital in South Africa. **Afr J Nurs Midwifery**. v. 18, n. 2, p. 196-210, 2016.
- KARANIKOLA, M. N. K. et al. Anxiety symptoms and quality of interaction among oncology nurses: a correlational, cross-sectional study. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 800-807, Oct. 2016.
- KERIRI, H. M. Prevalence and risk factors of low back pain among nurses in operating rooms, Taif, Saudi Arabia. **American Journal of Research Communication**, v.1, n. 11, p. 45-70, 2013.
- KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 196 p.
- KURCGANT, P. et al. Absenteísmo do pessoal de enfermagem: decisões e ações de enfermeiros gerentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. spe2, p. 35-41, 2015.

LEÃO, A. L. M. et al. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 262-277, 2015.

LEITÃO, I. M. T. A. et al. Absenteeism, turnover, and indicators of quality control in nursing care: a transversal study. **Online Braz j Nurs.**, v. 16, n. 1, p. 119-129, jun. 2017.

LEÓN, G. M.; FORNÉS, V. J. Estrés psicológico y problemática musculoesquelética: revisión sistemática. **Enferm. Glob.**, v. 14, n. 38, p. 276 - 300, abr. 2016.

LIMA, A. C. S. et al. Fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p. 526-532, 2014.

LORO, M. M. et al . Revealing risk situations in the context of nursing work at urgency and emergency services. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. e20160086, 2016.

LU, D, M. et al. Occupational stress and coping strategies among emergency department nurses of China. **Arch Psychiatr Nurs.**,v. 29, n. 4, p. 208-212, aug. 2015.

LUCCA, S. R.; RODRIGUES, M. S. D. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Med Trab.** v. 13, n. 2, p. 76-82, 2015.

MACEDO, K. B.; HELOANI, R. Introdução e expansão da Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: entrevista com Dejours. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 22, n. 3, p.497-502, jul./set. 2017

MACHADO, L. S. F. et al. Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. **Rev. bras. Enferm.** v. 67, n. 5, p. 684-691, oct. 2014.

MACHADO, M. H. et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**, v. 7, n. esp., p.15-34, 2016.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. 1100 p.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing workload and patient safety – a mixed method study with ecological restorative approach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 146-154, feb. 2013.

MAGALHÃES, N. A. C. et al. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 224-30, abr./jun. 2011.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Intensidade da dor musculoesquelética e a (in)capacidade para o trabalho na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1125-1133, dec. 2012.

_____. Psychosocial aspects of work and musculoskeletal disorders in nursing workers. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 429-435, jun. 2010.

_____. Relationship between work ability in nursing and minor psychological disorders. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 362-370, 2015.

- MARQUES, D. O. et al. Absenteeism - illness of the nursing staff of a university hospital. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 876-882, 2015.
- MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 160-166, 2010.
- MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. Surgical center: challenges and strategies for nurses in managerial activities. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. e56945, 2016 .
- MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams e Wilkins; 2005. p. 3-24.
- MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, Método e Pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [Internet], v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-49, out. 1991.
- MENDES, S. S.; MARTINO, M. M. F. Shift work: overall health state related to sleep in nursing workers. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 6, p. 1471-1476, dec. 2012.
- MERLO, A. R. C. Sofrimento psíquico e atenção à saúde mental. In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Orgs.). **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014, p. 12-29.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, 244p.
- MONTEIRO, J. K.; VIEIRA, F. de O.; MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho e prazer: teorias, pesquisas e práticas**. Curitiba: Juruá; 2015, 264p.
- MORAIS, B. X. et al. Fatores associados à dor musculoesquelética em estudantes de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 7, n. 2, p. 206-221, abr./jun. 2017.
- MUDALY, P.; NKOSI, Z. Z. Factors influencing nurse absenteeism in a general hospital in Durban, South Africa. **J Nurs Manag.** v. 23, n. 5, p. 623-31, 2015.
- OLIVEIRA, A. F.; TEIXEIRA, E. R. Conception about self-medication use by the nursing staff in oncology intensive care. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 1, p. 24-31, jan. 2016.

- OLIVEIRA, E. B.; LISBOA, M. T. L. Análise da produção científica da vertente Saúde do Trabalhador de enfermagem: subjetividade e trabalho. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 24, p. 24-9, 2004.
- OLIVEIRA, F. P.; MAZZAIA, M. C.; MARCOLAN, J. F. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 209-215, jun. 2015.
- OLIVEIRA, L. B. M. **Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem em um hospital público: doença na equipe de enfermagem em um hospital público**. 2014. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2014.
- OLIVEIRA, M. A. et al. Trastornos/dolor músculoesquelético en estudiantes de enfermería de una universidad comunitaria del sur del Brasil. **Enfermería Global**, v. 16, p. 144-159, 2017.
- PEREIRA, A. V. Nurses' daily life: gender relations from the time spent in hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 945-953, 2015.
- PERRI, L. et al. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. **BMC Nurs**, v. 14, n. 15, 2015.
- PETERSON, U. et al. Burnout levels and self-rated health prospectively predict future long-term sickness absence: a study among female health professionals. **J Occup Environ Med.**, v. 53, n. 7, p. 788-93, jul. 2011.
- PHILLIPS, J. A.; MILTNER, R. Work hazards for an aging nursing workforce. **J Nurs Manag.**, v. 23, n. 6, p. 803-12, sep. 2015.
- PINHO, O. S.; ARAÚJO, T. M. Association between housework overload and common mental disorders in women. **Rev Bras Epidemiol**. v. 15, n. 3, p. 560-72, 2012.
- POWELL, I. Can you see me? Experiences of nurses working night shift in Australian regional hospitals: a qualitative case study. **J Adv Nurs.**, v. 69, n. 10, p. 2172-84, oct. 2013.
- PRESTES, F. C. et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 738-745, Dec. 2010.
- _____. Contexto de trabalho em um serviço de hemodiálise: avaliação dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, 637-45, 2015.
- _____. Danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em um serviço de hemodiálise. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. e50759, 2016.
- PUERTO, J. C. et al. Uma nova contribuição para a classificação dos fatores estressores que afetam os profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2895, 2017.
- RAMMINGER, T.; ATHAYDE, M. R. C.; BRITO, J. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3191-3202, nov. 2013.

RASCÓN, M. S. C. et al . Ausentismo laboral y factores de riesgo cardiovascular en empleados públicos hospitalarios. **Acta bioquím. clín. latinoam.**, La Plata, v. 50, n. 1, p. 37-44, mar. 2016 .

RAUHALA, A. et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. **J Adv Nurs**. v. 57, n. 3, p. 286-95, 2007.

REIS, R. J. et al. Factors related to sickness absenteeism among nursing personnel. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 616-623, oct. 2003.

REZENDE, L. C. M. et al. Acidentes de trabalho e suas repercussões na saúde dos profissionais de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 4, p. 307-317, 2015.

RIBEIRO, R. P. et al . Prevalence of Metabolic Syndrome among nursing personnel and its association with occupational stress, anxiety and depression. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 435-440, jun. 2015.

_____. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 495-504, apr. 2012.

RODRIGUES, A. L.; BARRICHELLO, A.; MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem: um estudo multimétodos. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 56, n. 2, p. 192-208, 2016.

RODRIGUES, M. R.; BRÊTAS, A. C. P. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da área de enfermagem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 343-60, aug. 2015.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3021-3032, 2015.

RUEDA, F. J. M. Análise fatorial confirmatória da Escala de Satisfação no Trabalho nas versões de 25 e 15 itens. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 15, n. 1, p. 82-88, 2015.

SALEHI, A.; JAVANBAKHT, M.; EZZATABABDI, M. R. Stress and its determinants in a sample of Iranian nurses. **Holist Nurs Pract**. v. 28, n. 5, p. 323-8, sep./ oct. 2014.

SANCINETTI, T. R. et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1277-1283, dec. 2009.

SANTANA, L. L. et al. Absenteeism due to mental disorders in health professionals at a hospital in southern Brazil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. e53485, 2016.

SANTOS L. S. F. et al. Evidências de absenteísmo na enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online**, v. 8, n. 10, p. 3483-91, out. 2014.

- SANTOS, J. L. G. et al. Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e1590016, 2017.
- _____. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-212, jun. 2012.
- SANTOS, S. V. M. Work accidents and self-esteem of nursing professional in hospital settings. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2872, 2017.
- SASSAKI, R. L.; PERROCA, M. G. Interruptions and their effects on the dynamics of the nursing work. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. e67284, 2017.
- SCHREUDER, J. A. et al. Leadership effectiveness and recorded sickness absence among nursing staff: a cross-sectional pilot study. **J Nurs Manag.** v. 19, n. 5, p. 585-95, jul. 2011.
- SHAWASHI, T. O. et al. Occupational-related back pain among Jordanian nurses: a descriptive study. **Int J Nurs Pract.**, v. 21, n. sup 2, p. 108-114, may. 2015.
- SHOJI, S. et al. Proposta de melhoria das condições de trabalho em uma unidade ambulatorial: perspectiva da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 303-309, jun. 2016.
- SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciênc. cuid. Saúde**, v. 7, n. supl.1, p. 11-17, 2006.
- SILVA, G. T. et al. Experiência de adoecimento e licença médica: o caso de uma técnica de enfermagem. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 208-16, 2013.
- SILVA, R. M. **Cronotipo e danos relacionados ao trabalho em trabalhadores de enfermagem**. 2014. 178 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, 2014.
- SILVA, R. M. et al. Chronotype and work shift in nursing workers of university hospitals. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 958-964, oct. 2017.
- _____. The effects of work on the health of nurses who work in clinical surgery departments at university hospitals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2743, 2016.
- _____. Patient satisfaction in the postoperative of fracture as nursing care: descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, 2010.
- SILVA, S. M.; BATISTA, P. C. P. Novos olhares sobre o sujeito que adoce no trabalho hospitalar. **Cogitare Enferm.** v. 18, n. 1, p. 163-6, 2013.
- SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008-2011. **Rev Saude Publica**, v. 48, n. 1, p. 186-90, feb. 2014.
- SILVEIRA, C. D.; STIPP, M. C. A.; MATTOS, V. Z. Fatores intervenientes na satisfação para trabalhar na enfermagem de um hospital no Rio de Janeiro. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2014

SOUZA, N. V. D. O. et al. Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 912-9, 2017.

SOUZA, S. J. P. et al. A realidade objetiva das doenças e agravos não Transmissíveis na enfermagem. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 648-658, jul./set. 2015.

SPAGNOL, C. A. et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n. 3, p. 803-11, 2010.

TAMBELLINI, A. T.; ALMEIDA, M. G.; CAMARA, V. M. Registrando a história da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre sua emergência e constituição. **Revista em Pauta**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 21-37, 2013.

TAVARES, J. P. et al. Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 253-259, jun. 2010.

TENANI, M. N. F. et al. Satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem recém-admitidos em hospital público. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 585-591, jul./set. 2014.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R.C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 40-55, jun. 2011.

TRINDADE, L. L. et al. Absentismo en el equipo de enfermería en el ambiente hospitalario. **Enfermería Global.**, n. 36, p. 138-146, 2014.

UNITED NATIONS. Transforming our world: The 2030 Agenda for sustainable development. New York: UN; 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7891Transforming%20Our%20World.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

URBANETTO, J. S. et al. Arterial hypertension in nursing personnel of an emergency hospital. **International Journal of Nursing Practice**, v. 21, n. 4, p. 433-442, 2014.

VIEIRA, G. L. C. Satisfação e sobrecarga de trabalho entre técnicos de enfermagem de hospitais psiquiátricos. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 17, p. 43-49, jun. 2017.

VIERO, V. et al. Trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica: o uso de estratégias defensivas no trabalho. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20170058, aug. 2017.

WATERS, T. R.; DICK, R. B. Evidence of health risks associated with prolonged standing at work and intervention effectiveness. **Rehabil Nurs.** v. 40, n. 3, p. 148-65. may./jun. 2015.

WISNIEWSKI, D. et al. Satisfação profissional da equipe de enfermagem X condições e relações de trabalho: estudo relacional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 850-858, sep. 2015.

WHO. World Health Organization. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020** [Internet]. Ginebra; 2013 [citado 2014 dez 20]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/. Acesso em: 02 out. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DA ETAPA 1

Projeto: “Absentéismo-doença em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário”.

Número do formulário		---
Número do coletador		--
Número do trabalhador		---
1. Data de início do AD	--/--/--	
2. Data de término do AD	--/--/--	
3. Data de nascimento	--/--/--	
4. Data de admissão	--/--/--	
5. Sexo	1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino	----
6. Cargo	1 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem 2 <input type="checkbox"/> Técnico em enfermagem 3 <input type="checkbox"/> Enfermeiro	----
7. Setor	<input type="checkbox"/> Ambulatórios de quimioterapia e radioterapia <input type="checkbox"/> Ambulatórios I e II (Alas A e B) <input type="checkbox"/> Atenção psicossocial <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Centro obstétrico <input type="checkbox"/> Processamento de materiais esterilizados <input type="checkbox"/> Pronto socorro adulto <input type="checkbox"/> Pronto socorro pediátrico <input type="checkbox"/> Recuperação pós-anestésica <input type="checkbox"/> Cirurgia geral <input type="checkbox"/> Materno infantil <input type="checkbox"/> Clínica médica I <input type="checkbox"/> Clínica médica II <input type="checkbox"/> Nefrologia <input type="checkbox"/> Saúde da criança e do adolescente <input type="checkbox"/> Cuidado intensivo adulto <input type="checkbox"/> Cuidado intensivo cardiológico adulto <input type="checkbox"/> Cuidado intensivo pediátrica <input type="checkbox"/> Cuidado intensivo neonatal <input type="checkbox"/> Centro de tratamento de criança com câncer CTCRIAC <input type="checkbox"/> Centro de transplante de medula óssea - CTMO <input type="checkbox"/> Outros	----
8. Regime de trabalho	1 <input type="checkbox"/> RJU 2 <input type="checkbox"/> CLT	----
9. Outro emprego na área da saúde	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	----
10. Turno de trabalho	1 <input type="checkbox"/> Diurno 2 <input type="checkbox"/> Noturno 3 <input type="checkbox"/> Misto/ Intermediário 4 <input type="checkbox"/> Não informado	----
11. Número de dias de AD	----	----
12. Motivo do AD (CID 10)	-----	----
13. Dia da semana de início do AD	1 <input type="checkbox"/> Segunda-feira 2 <input type="checkbox"/> Terça a quinta-feira 3 <input type="checkbox"/> Sexta-feira 4 <input type="checkbox"/> Final de semana (sábado ou domingo) 5 <input type="checkbox"/> Feriado	----
14. Número do AD no ano de 2016	--	----

APÊNDICE B – FERIADOS CONSIDERADOS NO ANO DE 2016*

Mês	Descrição
Janeiro	01 – Confraternização universal (sexta-feira)
Fevereiro	09 – Carnaval (terça-feira)
Março	25 – Paixão de cristo (sexta-feira)
Abril	21 – Tiradentes (quinta-feira)
Maio	17 – Aniversário do Município de Santa Maria (terça-feira) 26 – Corpus cristi (quinta-feira)
Junho	-
Julho	-
Agosto	-
Setembro	07- Independência do Brasil (quarta-feira) 20- Revolução farroupilha (terça-feira)
Outubro	12 – Nossa senhora Aparecida (quarta-feira) 28 – Dia do servidor público (sexta-feira)
Novembro	02 – Finados (quarta-feira) 15 – Proclamação da República (terça-feira)
Dezembro	08 – Nossa Senhora da Conceição (quinta-feira)

* Feriados que coincidiram com sábado ou domingo não foram considerados.

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Data: _____ Horário de início: _____ Horário de término: _____

Caracterização do participante

Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Idade	_____
Situação conjugal	<input type="checkbox"/> com companheiro(a) <input type="checkbox"/> sem companheiro(a)
Filho(s)	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Cidade em que reside	_____
Setor de atuação	_____
Cargo	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Auxiliar
Regime de Contratação	<input type="checkbox"/> estatutário <input type="checkbox"/> celetista
Tempo de atuação na instituição	_____
Tempo de atuação no setor	_____
Turno de atuação	<input type="checkbox"/> diurno <input type="checkbox"/> noturno <input type="checkbox"/> misto/intermediário
Outro emprego	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Plantões extras	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Restrição de função	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- 1- Conte-me sobre sua trajetória no HUSM e sobre o trabalho da enfermagem na unidade em que você atua (organização do trabalho, relações socioprofissionais e condições de trabalho - particularidades).
- 2- Conte-me sobre vivências/ situações que te proporcionam sentimentos positivos (de prazer) no trabalho
- 3- Conte-me sobre vivências/ situações que te proporcionam sentimentos negativos (de sofrimento) no trabalho.
- 4- Fale-me sobre sua saúde
- 5- Fale-me sobre a saúde de seus colegas da equipe de enfermagem
- 6- Conte-me sobre situações que podem te levar a se afastar do trabalho
- 7- Em relação aos seus colegas, quais elementos podem causar as ausências ao trabalho (há diferença entre auxiliar, técnico e enfermeiro)?
- 8- Como tu percebes as ausências dos trabalhadores de enfermagem (motivações e duração dos afastamentos)?
- 9 - Conte-me como você se sentiu em relação à necessidade de se afastar do trabalho por motivo de doença (antes, durante e depois)
- 10 - Caso você se afastasse do trabalho por doença, como gostaria de ser tratado (antes durante e após)? Como você age em relação aos colegas que se afastam?
- 11- Alguma medida ou estratégia poderia ser adotada para favorecer a sua saúde e do restante da equipe de enfermagem? (Quais?)
- 12 – Qual sua rotina após o plantão?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário

Pesquisadora orientanda: Francine Cassol Prestes

Pesquisadora responsável: Profa. Enfa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/ Centro De Ciências da Saúde e Departamento de Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8473. Avenida Roraima, nº 1000, prédio 26, sala 1305B, 97105-970- Santa Maria- RS.

Local de coleta dos dados: Hospital Universitário (HU).

Eu, Carmem Lúcia Colomé Beck, responsável pela pesquisa “Absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário” e a doutoranda Francine Cassol Prestes o convidamos a participar deste estudo de forma voluntária. A seguir, apresentamos algumas informações sobre a pesquisa.

Objetivo: analisar o absenteísmo-doença e suas associações com as características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem e interfaces com o contexto de trabalho em um hospital universitário.

Método: será empregado um método misto de pesquisa, com duas etapas. A primeira etapa será um estudo transversal retrospectivo, considerando-se todos os afastamentos por motivos de saúde dos trabalhadores de enfermagem do hospital universitário ocorridos no ano de 2016. Na segunda etapa, será empregado um desenho qualitativo e realizadas entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores de enfermagem.

Procedimentos: Sua participação constará em responder a uma entrevista individual.

Benefícios: A sua participação é totalmente voluntária e não apresenta benefícios diretos. Ao final do estudo, as pesquisadoras retornarão até a instituição para a devolução dos resultados. Como benefícios indiretos, menciona-se que os resultados da pesquisa poderão contribuir para a adoção de medidas institucionais que favoreçam a saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Riscos: A pesquisa não apresenta potenciais riscos diretos aos participantes, porém é possível que aconteçam desconfortos durante sua participação, devido à reflexão sobre o trabalho que exercem. Em caso de desconforto, o respondente poderá interromper a participação na pesquisa, retomando-a em outro momento ou não, conforme desejar.

Sigilo: Os instrumentos de pesquisa e os bancos de dados oriundos destes serão armazenados por cinco anos na sala 1305A, do prédio 26, Centro de Ciências da Saúde (CCS)-UFSM, sob a guarda da pesquisadora responsável, após esse período serão destruídos.

- Os dados coletados serão organizados e analisados, os resultados serão divulgados e publicados de forma a garantir o anonimato das identidades dos participantes.
- As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgados os resultados coletivos, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o anonimato sobre sua participação.

Demais considerações éticas

- Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de esclarecer qualquer dúvida ou solicitar informações e esclarecimentos. Para isso, entre em contato o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)¹ ou com os responsáveis pela pesquisa².
- Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.
- Os custos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a opção de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expressei minha concordância em participar deste estudo.

Santa Maria ___/___/2017 Assinatura do participante: _____ RG [_____]

Dr^a Carmem Lúcia ColoméBeck
Professora Coordenadora

Francine Cassol Prestes
Orientanda

APÊNDICE E – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO AD POR SETOR DE ATUAÇÃO

Setor ¹	Episódios de AD	Trabalhadores com AD ²	if	∑ dias AD	IG	Principal motivo de AD ³
Ambulatórios de quimioterapia e radioterapia (n= 24)	57	(n=18; 75,0%)	2,4	889	37,0	Mentais e comportamentais (24,6%)
Ambulatórios I e II (n= 46)	90	(n=37; 80,4%)	1,9	1.268	27,6	Mentais e comportamentais (34,4%)
Atenção psicossocial (n= 28)	55	(n=22; 78,6%)	2,0	856	30,6	Mentais e comportamentais (20,0%)
Centro cirúrgico (n= 52)	58	(n=19; 36,5%)	1,1	413	7,9	Aparelho respiratório (20,7%)
Centro obstétrico (n= 48)	91	(n=33; 68,7%)	1,9	851	17,7	Sistema osteomuscular (19,8%)
Processamento de materiais esterilizados (n= 24)	53	(n=15; 60,0%)	2,2	827	34,5	Mentais e comportamentais (32,1%)
Pronto socorro adulto (n= 52)	107	(n=39; 75,0%)	2,1	998	19,2	Sistema osteomuscular (19,6%)
Pronto socorro pediátrico (n= 13)	25	(n=10; 76,9%)	1,9	126	9,7	Sistema nervoso (28,0%)
Recuperação pós-anestésica (n=56)	117	(n=45; 80,4%)	2,1	1.008	18,0	Sistema osteomuscular (19,7%)
Cirurgia geral (n= 61)	113	(n=37; 60,6%)	1,8	1.091	17,9	Mentais e comportamentais (24,8%)
Materno infantil (n= 44)	69	(n=26; 59,1%)	1,6	809	18,4	Infecciosas e parasitárias (18,8%)
Clínica médica I (n= 37)	63	(n=16; 43,2%)	1,7	459	12,4	Aparelho respiratório (20,6%)
Clínica médica II (n= 39)	85	(n=26; 66,7%)	2,2	536	13,7	Aparelho respiratório (18,8%) Sistema osteomuscular (18,8%)
Nefrologia (n= 23)	42	(n=18; 78,3%)	1,8	771	33,5	Aparelho respiratório (21,4%)
Saúde criança adolescente (n=35)	73	(n=26; 74,3%)	2,1	940	26,8	Mentais e comportamentais (24,7%)
Cuidado intensivo adulto (n=39)	75	(n=26; 66,7%)	1,9	394	10,1	Aparelho respiratório (22,7%)
Cuidado intensivo cardiológico (n=21)	33	(n=16; 76,2%)	1,6	250	11,9	Aparelho respiratório (30,3%)
Cuidado intensivo pediátrico (n=30)	50	(n=19; 63,3%)	1,7	362	12,1	Aparelho respiratório (14,0%)
Cuidado intensivo neonatal (n= 59)	164	(n=48; 81,4%)	2,8	1.700	28,8	Gravidez, parto, puerpério (17,1%)
CTCRIAC (n=31)	63	(n=22; 71,0%)	2,0	1.168	37,7	Mentais e comportamentais (25,4%)
CTMO (n=15)	18	(n=9; 60,0%)	1,2	95	6,3	Aparelho respiratório (22,2%)
Outros ⁴ (n=166)	243	(n=59; 35,5%)	1,5	2.725	16,4	Mentais e comportamentais (20,6%)

¹ Nessa coluna: n= número médio de trabalhadores de enfermagem que atuavam no setor no ano considerado.

² Nessa coluna: n= número de trabalhadores com pelo menos um episódio de AD no ano considerado; % = percentual de trabalhadores que apresentou pelo menos um episódio de AD no ano considerado.

³ Principal motivo de AD conforme capítulo de doenças.

⁴ Outro: Serviço de hemodinâmica; Laboratório de análises clínicas; Divisão de gestão de pessoas; Supervisão nutricional; Unidade de vigilância em saúde; Ouvidoria; Traçados gráficos; Diagnóstico por imagem; Hotelaria hospitalar; Serviço de pneumologia; Unidade de gestão e internação; Hemoterapia; Higienização gestão de resíduos; Padronização de materiais; Núcleo de ensino e pesquisa; Unidade de Pesquisa Clínica.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do Projeto: Absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário

Pesquisador responsável: Profa. Enfa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Instituição/Departamento: Departamento de Enfermagem – Universidade federal de Santa Maria (UFSM) – Programa de Pós-Graduação em enfermagem (PPGEnf).

Telefone para contato: 3220-8263

Local da coleta de dados: Hospital Universitário e Setor de Perícia Oficial em Saúde da Universidade.

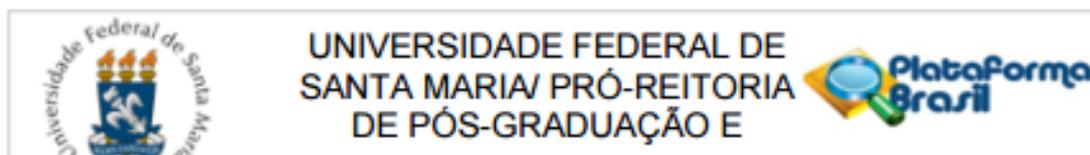
A pesquisadora do presente projeto se compromete em preservar a privacidade dos participantes. As informações serão obtidas por meio de consultas a sistemas de informação da Universidade e entrevistas com os trabalhadores de enfermagem. Estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os dados serão mantidos em arquivos confidenciais no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, localizado na Av. Roraima, 1000-97105-900- Santa Maria- RS, Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, 3º andar, sala 1305 A, sob a responsabilidade de Carmem Lúcia Colomé Beck, por um período de cinco anos. Após esse período os dados serão destruídos.

Santa Maria,de..... de 2016.

.....
Carmem Lúcia Colomé Beck

CPF 43789056049

ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.

Pesquisador: Carmem Lúcia Colomé Beck

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58956116.5.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.737.420

Apresentação do Projeto:

O trabalho ocupa uma posição de centralidade na vida dos indivíduos, constituindo-se em um operador fundamental na construção do sujeito e de suas condições de saúde.

Pretende-se defender a tese de que o absenteísmo-doença entre os trabalhadores de enfermagem constitui-se em um fenômeno associado a características sociolaborais e a aspectos subjetivos do contexto de trabalho que possuem interface com a sobrecarga de trabalho. Tem-se o objetivo geral de analisar o absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário e sua potencial associação com as características sociolaborais e os aspectos subjetivos do contexto de trabalho, especialmente, a sobrecarga de trabalho. Será empregado um método misto de pesquisa, com combinação de abordagem quantitativa e qualitativa, conforme desenho sequencial explanatório. Na primeira etapa, será utilizado um desenho transversal retrospectivo com fonte de dados documentais, considerando-se todos os afastamentos por motivos de saúde dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário ocorridos no ano de 2016. Na segunda etapa, será empregado um desenho qualitativo, em duas fases. Na primeira fase será utilizada a técnica de grupo focal com os coordenadores de enfermagem e na etapa sequencial entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores de enfermagem. Os dados serão coletados no período de 01 de outubro de 2016 a 30 de julho do ano de 2017. Na etapa

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

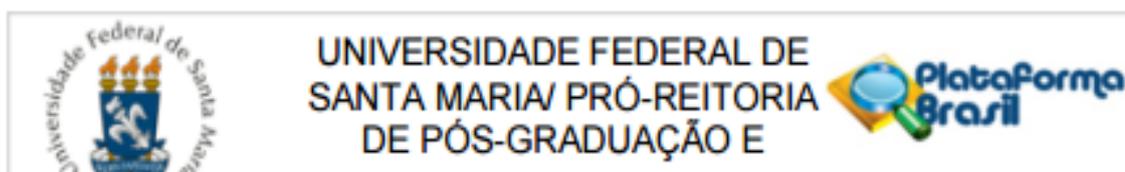
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.737.420

quantitativa, será utilizado um formulário para a caracterização do absenteísmo-doença, o qual será preenchido pelos pesquisadores a partir do acesso aos sistemas de informação da instituição. Os dados quantitativos serão submetidos à dupla digitação independente no programa Epi-info®, versão 6.04. A análise estatística será realizada no programa PASW Statistic® (PredictiveAnalytics Software), versão 18.0 for Windows, com análise estatística descritiva, analítica e de regressão. Serão empregados níveis de confiança de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados obtidos na etapa qualitativa serão audiogravados, transcritos em um editor de textos e analisados a partir da técnica de análise temática.

Os aspectos éticos para a realização de pesquisas com seres humanos serão respeitados em todas as etapas do estudo. Os resultados irão compor uma Tese que será defendida em Banca Examinadora de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, a qual terá o conteúdo disponibilizado integralmente e divulgado junto aos gestores da instituição e participantes da pesquisa. Espera-se que os resultados possam subsidiar ações institucionais voltadas à promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

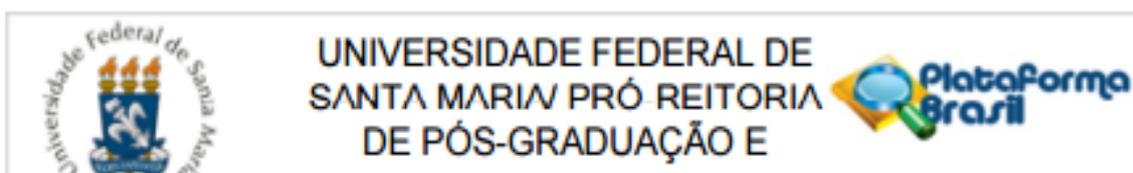
Objetivo primário: analisar o absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário e sua potencial associação com as características sociolaborais e os aspectos subjetivos do contexto de trabalho, especialmente, a sobrecarga de trabalho.

Objetivo secundário: - Caracterizar o AD nos trabalhadores de enfermagem.- Verificar associações entre o AD e as características sociolaborais dos trabalhadores de enfermagem.- Conhecer a percepção dos coordenadores de enfermagem acerca do AD na equipe de enfermagem.- Compreender como os aspectos subjetivos do contexto de trabalho se associam ao AD, especialmente sua interface com a sobrecarga de trabalho.- Identificar medidas que possam minimizar o AD e promover a saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Bem descritos em todos os documentos, sendo os benefícios indiretos.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.737.420

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados.

Recomendações:

Recomenda-se adequar o registro do GAP/CCS com um público-alvo de 900 indivíduos como consta de todos os documentos do projeto e não de 800 como aparece no registro do GAP.

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_767706.pdf	19/08/2016 18:04:41		Aceito
Outros	Doc5.pdf	18/08/2016 19:10:36	Francine Cassol Prestes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/08/2016 19:04:46	Francine Cassol Prestes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tese_absenteismo_16_08_2016.pdf	18/08/2016 19:03:02	Francine Cassol Prestes	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	01/08/2016 19:27:43	Francine Cassol Prestes	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	01/08/2016 19:27:23	Francine Cassol Prestes	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

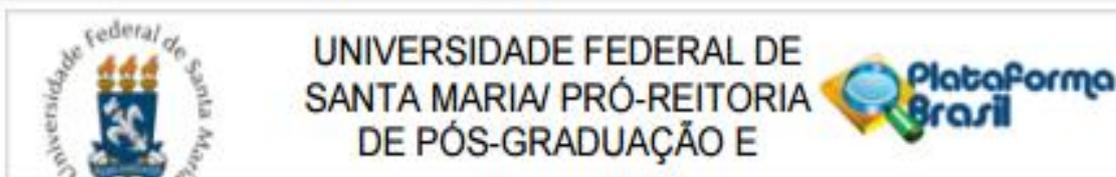
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.737.420

Outros	carta_autorizacao_institucional_pericia.pdf	01/08/2016 07:57:59	Francine Cassol Prestes	Acelto
Outros	carta_autorizacao_institucional_husm.pdf	31/07/2016 22:55:27	Carmem Lúcia Colomé Beck	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 15 de Setembro de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com