

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

HELOISA CAMPOS PASCHOALIN

**PRESENTE NO TRABALHO, MESMO DOENTE: O PRESENTEÍSMO
NA ENFERMAGEM**

**RIO DE JANEIRO
2012**

HELOISA CAMPOS PASCHOALIN

**PRESENTE NO TRABALHO, MESMO DOENTE: O PRESENTEÍSMO
NA ENFERMAGEM**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: A Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde do Trabalhador -NUPENST

Orientadora: Prof^a. Dra. Rosane Harter Griep

Coorientadora: Prof^a Dra Márcia Tereza Luz Lisboa

RIO DE JANEIRO
2012

P279 p

Paschoalin, Heloisa Campos

Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na Enfermagem / Heloisa Campos Paschoalin. – Rio de Janeiro : UFRJ, 2012.

169f. : il. ; 31 cm

Orientadora: Prof^a. Dr^a Rosane Harter Griep

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Márcia Tereza Luz Lisboa

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2012.

Referências bibliográficas: f. 136-149

1 -Enfermagem. 2 – Absenteísmo. 3 – Saúde do trabalhador. 4 – Condições de trabalho. I - Griep Rosane Harter. II – Lisboa Márcia Tereza Luz. III – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. IV – Título.

CDD610.73

HELOISA CAMPOS PASCHOALIN

Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem

Tese apresentada à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em por:

Dra Rosane Harter Griep - Presidente
Pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz - Fiocruz

Dra Lucia Rotenberg - 1ª Examinadora
Pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz - Fiocruz

Dra Rosangela Maria Greco - 2ª Examinadora
Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Dra Regina Célia Gollner Zeitoune - 3ª Examinadora
Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Dra Márcia Tereza Luz Lisboa - 4ª Examinadora,
Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Suplentes

Dra Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem /UERJ

Dra Angela Maria Mendes Abreu
Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ

DEDICATÓRIA

Às pessoas mais importantes de minha vida:
Meus pais, José Carlos e Carmem Célia
Meu marido, Domingos
Meus filhos, Diogo e Thiago

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me proporcionou a oportunidade de chegar até aqui, dando-me o suporte e força necessários para transpor os obstáculos.

Ao meu marido, Domingos, meu amor e companheiro de todas as horas pelo apoio e presença essenciais nesta jornada. Sua participação foi fundamental, obrigada por me ajudar a crescer!

Aos meus filhos, Diogo e Thiago, pela assessoria com as traduções, programas estatísticos, formatação... Com sabedoria e paciência, vocês me auxiliaram inúmeras vezes a vencer desafios e superar dificuldades. Amo vocês!

Aos meus pais, José Carlos e Carmem Célia, por todos os bons exemplos ao longo da vida, por serem sempre tão presentes e, principalmente, pelo amor incondicional. Tenho muito orgulho de vocês!

Ao meu irmão, Flávio, pela presença fraterna e por ser sinônimo de carinho, cuidado e atenção.

À minha cunhada Karine, minha irmã do coração, por fazer parte de minha vida de maneira tão especial.

À minha sobrinha e afilhada Bruna por encher minha vida de alegria, suavizando os momentos de tensão.

À minhas orientadoras, Prof^a Dr^a Rosane Harter Griep e Prof^a Márcia Tereza Luz Lisboa, pela competência e dedicação com que me conduziram nesta trajetória.

À Prof^a Dr^a Regina Celia Gollner Zeitoune pela amizade, carinho, acolhimento e por todas as oportunidades de crescimento que me proporcionou.

À amiga Prof^a Dr^a Girlene Alves da Silva, Diretora da Faculdade de Enfermagem /UFJF, pelo incentivo, apoio e, sobretudo, pela amizade.

À Geovana, Renata, Maria Carmen, Anna Maria, Sônia, Cristina. Amigas queridas que tiveram importante participação neste meu caminhar.

À grande amiga Vânia por rir e chorar comigo, por compartilhar os momentos difíceis e alegres, por se fazer presente, mesmo diante da distância física.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem Aplicada e da Disciplina Enfermagem Saúde do Adulto, que, mesmo diante das dificuldades, garantiram meu afastamento do trabalho para a qualificação.

Às enfermeiras Angélica, Bárbara, Graciela, Juliana e Renata, pela responsabilidade, seriedade e comprometimento com que conduziram as entrevistas.

À Profª Drª Elisabete Pimenta Araújo Paz por me abrir os caminhos para esta conquista.

À Luciana Fernandes Portela pela ajuda com o banco de dados, com o programa e as análises estatísticas.

À equipe de enfermagem do Hospital Universitário (UFJF), que se disponibilizou a participar deste estudo, contribuindo não só com meu crescimento pessoal, mas, sobretudo, com o conhecimento científico na área da saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Aos pesquisadores em presenteísmo Cláudia Carrasco Dajér, Grettchen Flores-Sandi, Luis Fructuoso Martinez e Marcelo Dratcu, pelos ricos momentos de aprendizado, pela convivência prazerosa e pela valiosa contribuição que deram ao meu estudo.

À Ana Inês e D. Marilza, que tão carinhosamente me hospedaram em suas residências em momentos importantes de meu doutoramento.

A todos os familiares e amigos que estiveram juntos, torcendo pelo meu sucesso e vibrando com minhas conquistas. Obrigada a todos!

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram com a realização deste estudo, pois, muitas vezes, pequenos gestos e atitudes são essenciais para as grandes conquistas.

“Na vida, não vale tanto o que temos, nem tanto importa o que somos.
Vale o que realizamos com aquilo que possuímos e, acima de tudo, importa o que fazemos de nós ”

Francisco Cândido Xavier

RESUMO

PASCHOALIN, Heloisa Campos. **Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem.** Rio de Janeiro, 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012

O presenteísmo é definido como a presença física do funcionário no trabalho, porém, devido a problemas físicos ou mentais, não consegue desempenhar, em sua plenitude, suas atividades laborais. Leva a uma diminuição da produtividade, podendo impactar ainda mais o processo de trabalho do que o absenteísmo. Na enfermagem, o presenteísmo pode trazer sérias consequências à organização do trabalho, comprometendo a saúde dos trabalhadores e a assistência prestada. Foram traçados como objetivos: geral: Descrever o presenteísmo e analisar sua associação com fatores ocupacionais e com as condições de saúde entre os trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário em Juiz de Fora- MG; específicos: Traduzir para o português brasileiro, adaptar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas, a confiabilidade e a validade do instrumento utilizado para mensurar o presenteísmo: Stanford Presenteeism Scale (SPS-6); identificar a prevalência de presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem; avaliar fatores ocupacionais associados ao presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem e testar a associação entre o presenteísmo e as condições de saúde autorreferida da equipe de enfermagem. Desenvolveu-se um estudo seccional com 271 trabalhadores de enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário-entrevista aplicado por entrevistadores no período de agosto e setembro de 2011. O questionário foi constituído de parte adaptada do instrumento já testado e validado em pesquisa realizada no Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz, da versão reduzida da “Escala de Esforço e Recompensa” e do “Stanford Presenteeism Scale” (SPS-6). O processo de adaptação do SPS-6 incluiu seis aspectos de equivalência (conceitual, semântica, operacional, de itens, de medida e funcional). As análises tomaram por base um estudo de confiabilidade teste-reteste realizado em subamostra de 50 trabalhadores do estudo principal. Os resultados sugerem adequação do instrumento na sua versão em português brasileiro, indicando seu uso no contexto da população de estudo e em populações semelhantes. Os principais motivos do presenteísmo descritos foram: a ausência sobrecarrega os colegas e a

ausência compromete a assistência prestada. Os agravos de saúde que mais afetaram o desempenho dos trabalhadores foram cefaleia/enxaqueca; alergias, asma, rinite; problemas intestinais e estomacais e problemas de coluna. Entre as variáveis sociodemográficas, a idade esteve associada ao presenteísmo, sendo os trabalhadores com idade até 40 anos os que apresentaram maior queda de desempenho. Quanto às variáveis ocupacionais, identificou-se associação entre o presenteísmo com o desejo em abandonar a enfermagem, o esforço e o excesso de comprometimento. Aqueles com estado de saúde regular/ruim foram os que mais apresentaram o presenteísmo, sendo ainda identificado associação entre o absenteísmo por doença e o presenteísmo. Ao analisar a associação das variáveis de estudo e as duas dimensões de presenteísmo propostas pelo SPS-6, trabalho finalizado e concentração mantida, foram evidenciados escores mais baixos na dimensão concentração mantida. O presenteísmo, portanto, diminuiu a capacidade de concentração, interferindo negativamente no processo de trabalho dos trabalhadores de enfermagem e na saúde dos trabalhadores.

Palavras-chave: enfermagem; presenteísmo; absenteísmo; saúde do trabalhador; condições de trabalho.

ABSTRACT

PASCHOALIN, Heloisa Campos. **Present at work, even sick: presenteeism in nursing**. Rio de Janeiro, 2012. Thesis (doctorate in Nursing) – Anna Nery School of Nursing. Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

The presenteeism is described as the physical presence of the employees in the workplace however due to physical or mental problems they are not able to fulfil their professional tasks. It may lead to a loss of work productivity and it may bring even more consequences on the work process comparing to absenteeism. Considering nursing field presenteeism may trigger serious effects on the organization of work affecting workers' health and the provided assistance. The aims of this study were outlined as following: General: describe presenteeism and analyze its association with occupational factors and health conditions among nursing team in an University Hospital in Juiz de Fora – MG; Specific: to translate to Brazilian Portuguese, to proceed a cultural adaptation and to assess psychometric properties, reliability and validity of the instrument selected to measure presenteeism: Stanford Presenteeism Scale (SPS-6); to identify the prevalence of presenteeism among nursing team; to assess occupational factors associated with presenteeism among nursing professionals and test the association between presenteeism and health conditions of nursing team. A cross-sectional study with 27 nursing workers was developed. Data collection was carried out through a questionnaire-interview applied by interviewers from August to September 2011. The questionnaire was made from a part of the instrument which has already been tested and validated during a research carried out in Oswaldo Cruz Institut, FIOCRUZ, considering a reduced version of "Effort and Reward Scale" and "Stanford Presenteeism Scale" (SPS-6). SPS adaptation process included six aspects of equivalence (conceptual, semantic, operational, item, measure, functional equivalences). The analyses were based on the study of test-retest reliability carried out with a subsample of 50 workers from the main study. Results suggest an adequacy of the instrument taking into account its Brazilian Portuguese version indicating its use in the context of the study population and in other similar populations. The main reasons of the described presenteeism were the absence causing an overload of demands to their work colleagues. Thus this absence affects the provided assistance. Health hazards that affect the most workers' performance were headache/migraine, allergies, asthma, rhinitis, stomach

and intestinal problems and spinal problems. Taking into consideration socio demographic variables, age was associated with presenteeism as workers aged up to 40 years old have shown the highest level of loss in their performance. Concerning occupational variables we have identified association between presenteeism with desire to quit nursing, job strain and excessive commitment. We have found presenteeism in those who presented fair/poor health. In this way an association between absenteeism, disease and presenteeism was identified. The moment we had analyzed an association between the study variables and the two dimensions of presenteeism proposed by SPS-6, completing work and concentration maintained, we have noticed lower scores in the dimension concentration maintained. Thus presenteeism resulted in a decrease in the ability to concentrate, interfering in a negative way in the work of nursing team and in workers' health.

Keywords: nursing; presenteeism; absenteeism; worker's health; labor conditions.

RESUMEN

PASCHOALIN, Heloisa Campos. **Presente en el trabajo, mismo enfermo: presentismo en enfermería.** Rio de Janeiro, 2012. Tesis (Doctorado em Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012

Presentismo es definido como la presencia física del empleado en el trabajo, pero debido a problemas físicos o mentales, no se puede reproducir en su plenitud, sus actividades del trabajo. Conduce a una disminución en la productividad que puede afectar aún más en el proceso de trabajo que en el ausentismo. En enfermería, presentismo puede traer graves consecuencias en la organización del trabajo, socavando la salud de los trabajadores y la asistencia prestada. Plantearon como objetivos: General: Describir el presentismo y analizar su asociación con factores ocupacionales y las condiciones de salud entre los trabajadores de enfermería de un Hospital Universitario en Juiz de Fora-MG; Específico: traducir en portugués brasileño, adaptar culturalmente y evaluar las propiedades psicométricas, la fiabilidad y validez del instrumento utilizado para medir el presentismo: escala de presentismo de Stanford (SPS-6); identificar la prevalencia del presentismo entre los trabajadores de enfermería; evaluar factores ocupacionales asociados al presentismo entre los trabajadores de enfermería y probar la asociación entre éste y las condiciones de salud del personal de enfermería. Desarrolló un estudio transversal con 271 trabajadores de enfermería. Los datos se recogieron a través de una cuestionario-entrevista aplicada por entrevistadores durante el período de agosto y septiembre de 2011. El cuestionario se hizo con un parte adaptado del instrumento ya probado y validado en investigaciones realizadas en el Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, versión reducida de la "Escala de Esfuerzo y Recompensa" y "Escala de Presentismo de Stanford" (SPS-6).El proceso de adaptación del SPS-6 incluyó seis aspectos de equivalencia (semántica conceptual, operacional, de elementos, de medida y funcional). Los análisis se basaron en un estudio de fiabilidad test-retest en la submuestra de 50 trabajadores del estudio principal. Los resultados sugieren la idoneidad del instrumento en su versión en portugués brasileño, indicando su uso en el contexto de la población de estudio y en poblaciones similares. Las principales razones del presentismo descritas fueron la ausencia pone colegas de profesión en sobrecargade trabajo y la ausencia comprometela asistencia prestada. Los daños de salud que más afectan el

rendimiento de los trabajadores fueron dolor de cabeza/migraña; alergias, asma, rinitis; estómago y problemas intestinales y problemas de columna. Una de las variables sociodemográficas, la edad estuvo asociado con presentismo, con trabajadores de años hasta a 40 años, que tenían mayor rendimiento gota. Con respecto a las variables ocupacionales fue identificada asociación entre el presentismo con deseo de renunciar a enfermería, el estrés y el exceso de compromiso. Aquellos con estado de salud de regular/mal fueron los que mostraron presentismo, siendo todavía identificado asociación entre ausentismo por enfermedad y presentismo. Analizando la asociación entre las variables del estudio y las dos dimensiones de presentismo propostapor el SPS-6, trabajo terminado y concentración mantenida, fueron brillados puntuaciones inferiores en la dimensión de concentración mantenida. Presentismo, por lo tanto disminuye la capacidad de concentración, interfiriendo negativamente en el proceso de trabajo de los trabajadores de enfermería y en salud de los trabajadores.

Palabras clave: enfermería; presentismo; ausentismo; salud de los trabajadores; condiciones de trabajo.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Instrumentos de pesquisa que avaliam o absenteísmo e o presenteísmo entre trabalhadores	39
QUADRO 2	Estudos que abordam o presenteísmo na enfermagem	46

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Modelo Dinâmico de presenteísmo e absenteísmo	36
FIGURA 2	Representação esquemática da população de estudo	59

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Valor dos pontos dos itens que compõem o SPS-6	63
TABELA 2	Descrição da amostra do estudo teste-reteste do SPS-6, n=50	74
TABELA 3	Estabilidade teste-reteste dos itens que compõem o SPS-6	75
TABELA 4	Estrutura fatorial da Escala SPS-6	76
TABELA 5	Descrição sociodemográfica dos trabalhadores de enfermagem HU-UFJF- Juiz de Fora, 2011 (n=271)	76
TABELA 6	Características ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem HU-UFJF- Juiz de Fora, 2011 (n=271)	77
TABELA 7	Hábitos de vida e saúde dos trabalhadores de enfermagem HU-UFJF- Juiz de Fora, 2011 (n=271)	78
TABELA 8	Características do absenteísmo e do presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem HU-UFJF- Juiz de Fora, 2011 (n=271)	80
TABELA 9	Média dos escores dos grupos de sinais e sintomas/ doenças apresentadas pelos trabalhadores de enfermagem presenteístas do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011(n=153)	82
TABELA 10	Média de presenteísmo e variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)	84
TABELA 11	Média das dimensões de presenteísmo (SPS-6) e variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)	86
TABELA 12	Média de presenteísmo e variáveis ocupacionais entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)	88
TABELA 13	Média das dimensões de presenteísmo (SPS-6) e variáveis ocupacionais entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)	90
TABELA 14	Média de presenteísmo e hábitos de vida e saúde entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)	93
TABELA 15	Média das dimensões de presenteísmo (SPS-6) e hábitos de vida e saúde entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
BTS - Teste de Esfericidade de Bartlett
CCIC - Coeficiente de Correlação Intraclasse
CME - Central de Material Esterilizado
DAST - Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador
EEAN - Escola de Enfermagem Anna Nery
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FHEMIG - Fundação Hospitalar Estadual de Minas Gerais
HAS - Hipertensão Arterial Severa
HU - CAS - Hospital Universitário – Centro de Atenção à Saúde
HU/UFJF - Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IMC - Índice de Massa Muscular
KMO - Kaiser Meyer-Olkin
NR32 – Norma Regulamentadora 32
NUPENST - Núcleo de Pesquisa Enfermagem Saúde do Trabalhador
OIT - Organização Internacional do Trabalho
ONU – Organização das Nações Unidas
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem
RENAST - Rede Nacional de Saúde Integral à Saúde do Trabalhador
SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SPS-6 - Stanford Presenteeism Scale
UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	21
INTRODUÇÃO	21
1.1 Apresentação da tese	21
1.2 Problema de estudo	22
1.3 Minha trajetória profissional e interesse pelo tema	24
1.4 Objetivos	27
1.4.1 Objetivo geral	27
1.4.2 Objetivos específicos	27
1.5 Justificativa e relevância do estudo	28
CAPÍTULO 2	31
REVISÃO DE LITERATURA	31
2.1 Definições e modelo teórico que relaciona o presenteísmo no contexto do trabalho	31
2.2 Instrumentos de mensuração do presenteísmo e o <i>Stanford Presenteeism Scale</i>	37
2.3 O presenteísmo no contexto da enfermagem	44
2.4 Saúde do trabalhador de enfermagem no contexto hospitalar	53
CAPÍTULO 3	59
MÉTODOS	59
3.1 Tipo e local de estudo	59
3.2 Universo e população de estudo	59
3.3 Instrumento de coleta de dados	60
3.4 Desfecho: presenteísmo	62
3.5 Tradução e adaptação do Stanford Presenteeism Scale	63

3.6 Seleção e treinamento de entrevistadores	67
3.7 Estudo piloto	67
3.8 O trabalho de campo e a coleta de dados	68
3.9 Análise de dados	69
3.10 Tratamento das variáveis do estudo	69
3.11 Análise da associação entre características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida e saúde e o presenteísmo	71
3.12 Questões éticas	72
CAPÍTULO 4	73
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	73
4.1 Tradução adaptação do SPS-6	73
4.1.1 Resultados do estudo de confiabilidade teste-reteste	75
4.1.2 Resultados da validade dimensional	75
4.2 Características sociodemográficas dos trabalhadores de Enfermagem	76
4.3 Análise das características ocupacionais dos trabalhadores	77
4.4 Análise das características relacionadas aos hábitos de vida e saúde dos trabalhadores	78
4.5 Análise das características do absenteísmo e do presenteísmo entre os trabalhadores	80
4.6 Descrição do escore do presenteísmo entre os trabalhadores	81
4.6.1 Média dos grupos de sinais e sintomas/ doenças apresentadas pelos trabalhadores presenteístas	82
4.6.2 Média de presenteísmo e variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores	84
4.6.3 Média das dimensões de presenteísmo e variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores	86
4.6.4 Média de presenteísmo e variáveis ocupacionais entre os trabalhadores	88

4.6.5 Média das dimensões de presenteísmo e variáveis ocupacionais entre os trabalhadores	89
4.6.6 Média de presenteísmo e hábitos de vida e saúde entre os trabalhadores	93
4.6.7 Média das dimensões de presenteísmo e hábitos de vida e saúde entre os trabalhadores	95
CAPÍTULO 5	97
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	97
5.1 Adaptação transcultural do instrumento	97
5.2 Características sociodemográfica dos trabalhadores	98
5.3 Características ocupacionais dos trabalhadores	100
5.4 Hábitos de vida e saúde dos trabalhadores	104
5.5 Absenteísmo e presenteísmo	107
5.6 Médias do presenteísmo entre os trabalhadores	113
5.6.1 Média dos grupos dos sinais e sintomas/ doenças apresentadas pelos trabalhadores	113
5.6.2 Média de presenteísmo e variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores	115
5.6.3 Média de presenteísmo e variáveis ocupacionais entre os trabalhadores	117
5.6.4 Média de presenteísmo e hábitos de vida e saúde entre os trabalhadores	122
CAPÍTULO 6	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	136
APÊNDICES	149
ANEXOS	166

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação da tese

Esta tese tem como objeto de estudo o presenteísmo existente entre a equipe de enfermagem em um hospital público universitário em Juiz de Fora-MG. Para a mensuração desse fenômeno, foi utilizada, após adaptação para o Português, a *Stanford Presenteeism Scale-6* (SPS). Trata-se de uma escala baseada na definição de presenteísmo como aquele que se relaciona à presença física do trabalhador em seu local de trabalho, porém com desempenho comprometido devido a problema físico ou psicológico (HEMP, 2004, p.1).

Assim, adaptou-se para o português brasileiro a *Stanford Presenteeism Scale*, e esse instrumento foi utilizado na avaliação dos fatores que levam os trabalhadores de enfermagem a permanecerem no trabalho mesmo sem as condições ideais para desenvolverem satisfatoriamente suas atividades laborais.

Essa tese compõe-se de seis capítulos. O primeiro corresponde à apresentação do objeto de estudo, em que descrevo o problema de pesquisa, minha trajetória e a justificativa. O segundo capítulo contém a revisão da literatura em que apresento os principais conceitos de presenteísmo, os instrumentos desenvolvidos para a mensuração do presenteísmo, incluindo o SPS, o presenteísmo na enfermagem e a saúde do trabalhador de enfermagem no contexto hospitalar. No terceiro capítulo, descrevo os métodos, já no quarto e no quinto capítulos apresento e discuto os dados e, por fim, o sexto capítulo que corresponde às considerações finais da tese.

Os apêndices incluem o material referente ao processo de tradução do SPS-6, versões original e adaptada do SPS-6, instrumento de coleta de dados, cartaz de divulgação da pesquisa, cópia do termo de consentimento livre e esclarecido e documento de aprovação da direção do hospital para realização do estudo. Há ainda dois anexos que fazem parte desta tese, sendo eles respectivamente o SPS-6 e a Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

1.2 Problema de estudo

Historicamente, o trabalho significou a convivência coletiva entre os homens, assumindo novas características que condicionaram as relações sociais de cada época ao longo do tempo. Ao trabalhar, o homem transforma a natureza e ao mesmo tempo se transforma, adquirindo novos conhecimentos. Assim, o homem produz a si mesmo, sua identidade e história, constituindo-se como ser humano, distinguindo-se profundamente de sua condição de animal (AGUIAR NETO, 2008).

Nesta perspectiva, o trabalho deveria ser visto como fonte de prazer e realização, já que favorece a socialização e busca autorrealização além de garantia de subsistência (AZAMBUJA et al., 2007). Porém, nem sempre o trabalho representa satisfação pessoal e valorização do ser humano, embora se destaque como meio de satisfação das necessidades básicas.

As transformações trazidas no mundo do trabalho decorrentes do processo de globalização da economia e das políticas neoliberais têm trazido muitos prejuízos para a maioria da população, especialmente nos países de Terceiro Mundo (AGUIAR NETO, 2008). Neste aspecto, destacam-se a redução dos postos de trabalho e o aumento das taxas de desemprego; multiplicidade de relações trabalhistas, incluindo as formas de contratos precários; redução dos benefícios conquistados pelos trabalhadores e dificuldades na representação e atuação sindical (FISCHER et al, 2002; AGUIAR NETO, 2008).

Além disso, as próprias condições de trabalho vêm contribuindo sobremaneira para o aparecimento e agravamento das chamadas doenças relacionadas ao trabalho, decorrentes do exercício do trabalho; agravos esses que ocorrem em função das condições em que o trabalho é realizado (RIBEIRO, 2008).

Assim, é desafiador para os pesquisadores da área da saúde do trabalhador compreender a complexidade dos fatores relacionados ao processo saúde-doença no mundo contemporâneo. De acordo com Assunção (2003) o modo com que os indivíduos fazem uso de suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para produzir encontra-se modificado e a organização do trabalho, quando atinge o indivíduo, muda sua forma de enfrentar os riscos, trazendo efeitos sobre sua saúde, ainda não perfeitamente conhecidos ou dimensionados.

No que diz respeito aos trabalhadores da enfermagem, tem sido crescente o número de estudos que discutem e avaliam as condições de saúde-doença desta

categoria e as condições e o ambiente de trabalho oferecido a esses trabalhadores, sendo que o trabalho, muitas vezes, pode adoecer o trabalhador (COSTA e FELLI, 2005; FARIAS e ZEITOUNE, 2007; SPINDOLA e MARTINS, 2007; MAGNAGO, 2008).

A enfermagem é uma profissão que exige em seu cotidiano de trabalho o esforço físico, mental e psicológico de todos os seus membros (FERRAREZE, FERREIRA e CARVALHO, 2006). Ao desenvolver o cuidado humano, esses profissionais enfrentam rotineiramente situações que demandam conhecimento técnico-científico, controle emocional, boa saúde e extrema responsabilidade (COSTA e FELLI, 2005; SOUZA et al, 2009).

A complexidade das tarefas, a imprevisibilidade, os atos fracionados e cheios de interrupções, a presença permanentemente exigida, o trabalho noturno, o convívio com o sofrimento e a morte são alguns fatores que tornam o trabalho de enfermagem não apenas perigoso e insalubre, mas também penoso (ABEn-RJ, 2006). Aliados a esses fatores, o desgaste físico e emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social, são determinantes da saúde do trabalhador de enfermagem e da qualidade da assistência prestada ao cliente (MARZIALE, 2001; CARVALHO et al, 2010).

Neste aspecto, o absenteísmo por doença tem sido amplamente explorado em estudos sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem (SILVA e MARZIALE, 2000; REIS et al, 2003; ALVES, GODOY e SANTANA, 2006; GUERING JUNIOR et al, 2007; FERREIRA et al, 2012). Trata-se de um fenômeno complexo que reflete o estado de saúde dos trabalhadores, afeta a organização do trabalho, gera insatisfação e sobrecarga entre os presentes e compromete a qualidade da assistência (RODRÍGUEZ, 2003; VEIGA, 2007; COSTA, VIEIRA e SENA, 2009). Representa também impacto econômico importante que gera custos elevados às empresas e à seguridade social (BECKER e OLIVEIRA, 2008).

No entanto, em estudos mais recentes (GOETZEL et al, 2004; BÖCKERMAN e LAUKKANEN, 2009; JOHNS, 2010), principalmente na área da administração e gestão de recursos humanos, cresce o interesse em aspectos não só relacionados ao impacto do absenteísmo no trabalho, mas também do presenteísmo. Esse termo ainda pouco conhecido interfere tanto quanto ou até mais que o absenteísmo e no desempenho e na satisfação dos trabalhadores, conforme será detalhado mais adiante.

O presenteísmo é definido como a presença do funcionário ao trabalho, porém, devido a problemas físicos ou mentais, o indivíduo não consegue desempenhar, em sua plenitude, suas atividades laborais (LARANJEIRA, 2009; JOHNS, 2010). Além de afetar o desempenho e a produtividade pode agravar problemas já existentes, levando ao absenteísmo, conforme será aprofundado mais adiante. Os sintomas mais comuns do trabalhador com presenteísmo são: cefaleia, dores lombares, alergias, distúrbios gástricos, angústia, irritação e depressão (KOOPTMAN et al, 2002; PILETTE, 2005). Alguns autores (PILETTE, 2005; MIDDAGH, 2007) ainda destacam o estresse e a depressão como grandes responsáveis pelo presenteísmo.

Diversos autores (FLORES-SANDÍ, 2006; Abreu, 2008; BERGSTRÖM et al, 2009; JONHS, 2010) discutem o aspecto intangível do presenteísmo. Estima-se, no entanto, que os custos do presenteísmo sejam mais elevados do que os do absenteísmo.

Na tentativa de estimar custos relacionados ao presenteísmo, uma pesquisa realizada com funcionários da Dow Chemical (Estados Unidos) mostrou que o presenteísmo, associado a doenças crônicas, somou o equivalente a aproximadamente a 44 a 91 dias de trabalho perdidos por ano. Este evento responde por 18% a 60% dos custos totais com funcionários na área de saúde, sendo que a Organização Mundial da Saúde calcula que estes gastos chegam a 74% (DRATCU, 2007).

No âmbito específico dos trabalhadores de enfermagem, estudos internacionais (ARONSON et al, 2000; PILETTE, 2005; FLORES-SANDÍ, 2006; MIDDAGH, 2007; ROJAS, 2007; MARTINEZ E FERREIRA, 2011) mostram que o presenteísmo pode trazer sérias consequências na organização do trabalho da enfermagem, uma vez que compromete o bom rendimento e a satisfação de todo o grupo, além de representar um risco para aqueles que estão sob seus cuidados.

1.3 Minha trajetória profissional e interesse pelo tema

Meu interesse pela saúde destes trabalhadores se encontra ancorado em minha trajetória profissional. Poucos meses após me graduar em enfermagem, ingressei no Hospital Universitário da UFJF (HU/UFJF), onde atuei como enfermeira

por cinco anos. Durante este período, acompanhei de perto e até mesmo vivenciei situações diversas relacionadas ao processo saúde-doença dos profissionais de enfermagem desta instituição.

Sendo líder de um grupo, responsável pelo dimensionamento do trabalho, por inúmeras vezes, me vi obrigada a fazer alterações nas escalas de folgas e serviço devido à ocorrência de faltas, licenças médicas ou até mesmo pela dificuldade na adaptação de um ou outro funcionário a determinada atribuição ou função. Outras vezes, apesar de ter a equipe de trabalho completa, um ou outro funcionário, por apresentar algum sinal ou sintoma de adoecimento, encontrava-se com limitações que o impediam de executar as atribuições que lhe eram destinadas. Tudo isso trazia sempre, como consequência a sobrecarga de serviço para os que estavam presentes, insatisfação e estresse para toda a equipe, adoecendo, de certa forma, cada um de nós.

Muitas vezes, presenciei o desabafo de funcionários, sempre queixosos, demonstrando insatisfação ou indignação com as condições de trabalho oferecidas pela instituição. A carência de espaço e acomodações adequadas para fazerem sua hora de descanso, a falta de um refeitório ou um local apropriado destinado às refeições e ao acondicionamento de alimentos, a precariedade dos materiais e equipamentos por eles usados durante a execução das atividades assistenciais, resultando em um maior desgaste físico e emocional.

Observava constantemente a situação vivida por estes funcionários, o descontentamento, a falta de motivação e a desvalorização do trabalho, as difíceis relações entre as chefias, as longas jornadas de trabalho. Refletia então sobre a influência que tudo isso podia exercer sobre a saúde destas pessoas.

Após esse período, continuei minha atuação profissional na mesma instituição, porém como docente, ministrando aulas práticas da Disciplina Enfermagem Saúde do Adulto e supervisionando o Estágio Curricular II de acadêmicos de enfermagem. Minhas observações e reflexões não pararam por aí. Ainda inserida neste contexto, apesar de estar, agora, ocupando outra função, tenho a oportunidade de ver, ouvir e sentir (de certa forma, até melhor) as expectativas, anseios e frustrações da equipe de enfermagem, além de questionar sempre sobre as condições de trabalho e de saúde dessa população. Percebo que, eu sendo atualmente docente, não fazendo mais parte do quadro de trabalhadores do hospital a equipe se sente mais à vontade para expor suas insatisfações buscando, de certa

forma, somar esforços para a conquista de melhores condições para desenvolver suas atividades.

São constantes as queixas de inadequação dos espaços de trabalho, a escassez de recursos humanos e materiais, a sobrecarga de tarefas e responsabilidades e a falta de uma política institucional de valorização e reconhecimento do trabalho. Não é raro assistir também ao descontrole emocional, às alterações constantes de humor e à irritabilidade presentes em alguns funcionários e perceber a desesperança e a falta de motivação que muitas vezes impera.

Vale ressaltar que o número de alunos dos diversos cursos da saúde que têm suas atividades de aprendizado desenvolvidas no Hospital Universitário também tem sido um fator de estresse, sobretudo para os trabalhadores de enfermagem. Esta situação se relaciona à inadequação dos espaços físicos, especialmente dos postos de enfermagem, e à escassez de recursos materiais que somados ao quantitativo de alunos e professores, representam maior desgaste físico e mental para estes profissionais.

Observo também que alguns funcionários permanecem com limitações físicas ou mentais para executar determinadas funções, compondo apenas o quantitativo da equipe, muitas vezes num turno de trabalho sobrecarregado de situações críticas, em que seria imprescindível a participação efetiva de todo o grupo. Como consequência, toda a equipe se desestabiliza e a qualidade da assistência prestada aos clientes é comprometida.

Frente a estas observações e reflexões, concluí que ter uma equipe de enfermagem completa em um turno de trabalho pode não apresentar o resultado esperado quanto à qualidade da assistência prestada e à satisfação do grupo ao término da jornada. Quando se tem nesta equipe um ou mais membros que não se encontram em condições de desenvolver satisfatoriamente suas atividades laborais, preenchendo apenas o quantitativo de pessoal, todo o processo de trabalho da enfermagem se vê comprometido. A própria apatia, descontentamento ou desestímulo de um dos trabalhadores frente ao trabalho podem se tornar coletivos e de difícil reversão.

Muitas vezes também foi possível perceber empiricamente a diferença no desenvolvimento do trabalho de diferentes equipes, em um mesmo setor do hospital. Ficava nítido que o grupo que tinha um “presenteísta” entre os seus integrantes tinha

sempre um rendimento aquém dos demais grupos, o turno de trabalho era sempre mais tumultuado e conflituoso, gerando maior estresse físico e mental a todos.

Durante esta minha vivência, pude constatar que o absenteísmo sempre foi uma das consequências mais evidentes desta situação e, mais recentemente, venho refletindo sobre a ocorrência do presenteísmo e suas repercussões na vida e na saúde da equipe de enfermagem deste hospital, assim como na qualidade da assistência prestada aos usuários. Penso que, por ser este hospital um campo de ensino, pesquisa e extensão e ter como filosofia o atendimento de saúde de qualidade à população, precisa ter como uma das prioridades o cuidado com a saúde daqueles que são responsáveis pela assistência, fazendo-se necessário o cuidado com o cuidador.

É preciso, portanto, investir em pesquisas sobre as condições de trabalho e saúde destes profissionais para que se possa buscar a minimização dos problemas e realmente obter destas pessoas melhor desempenho e satisfação pela profissão.

Mediante essas considerações, defendo a tese de que o presenteísmo é um fenômeno de grande magnitude na realidade do trabalho de enfermagem, interferindo negativamente no processo de trabalho e na saúde dos trabalhadores. Conhecer a magnitude do presenteísmo e seus fatores determinantes é parte fundamental de um diagnóstico que subsidiará o enfrentamento do problema no contexto de trabalho de enfermagem.

1.4 Objetivos:

1.4.1 Objetivo Geral:

Descrever o presenteísmo e analisar sua associação com fatores ocupacionais e com as condições de saúde entre trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário em Juiz de Fora – MG.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Traduzir para o português brasileiro, adaptar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas, a confiabilidade e a validade do instrumento utilizado para mensurar o presenteísmo: *Stanford Presenteeism Scale-6* (SPS-6);
- Identificar a prevalência de presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem;

- Analisar fatores ocupacionais associados ao presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem.
- Descrever a associação entre o presenteísmo e as condições de saúde da equipe de enfermagem;

1.5 Justificativa e relevância do estudo

A enfermagem é uma categoria profissional envolta em situações e riscos que ameaçam constantemente seu bem-estar e seu desempenho profissional (SARQUIS e FELLI, 2002; GIOMO et al, 2009). As mudanças contemporâneas no mundo do trabalho exigem atualizações constantes e contínuas pesquisas que elucidem os fatores relacionados ao processo saúde-doença entre esses trabalhadores.

A enfermagem centraliza no país um quantitativo representativo de profissionais, que, em conjunto, constituem-se em grupo de trabalhadores essenciais na organização e funcionamento de todos os serviços de saúde, públicos e privados (ABEn, 2009). Embora em número crescente, ainda são incipientes e carecem de aprofundamento estudos que contribuam para a compreensão dos fatores relacionados ao adoecimento, faltas ao trabalho e presenteísmo entre esses trabalhadores (REIS et al. 2003; FERREIRA et al, 2012).

Estando a enfermagem envolvida com o cuidado humano, é essencial que seus trabalhadores se encontrem preparados fisicamente e emocionalmente, a fim de desenvolverem satisfatoriamente todas as responsabilidades que lhes são atribuídas e não representem riscos para aqueles que se encontram sob seus cuidados.

Faz-se importante refletirmos também que, atualmente, o desafio é a construção de um sistema de saúde universal, equânime, integral e resolutivo. Portanto, é imprescindível melhorar as condições de trabalho e promover a qualidade de vida dos trabalhadores para se alcançar a melhoria nas ações e serviços de saúde (ABEn, 2009). O que temos, entretanto, na maioria de nossas instituições de saúde, é um cenário que muito se afasta do ideal e do desejado. Vemos nossos trabalhadores de enfermagem sobrecarregados de tarefas, uma vez que a equipe é quase sempre reduzida, num quantitativo aquém do preconizado e do necessário para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade (REIS et al, 2003; LAUS e ANSELMI, 2004, 2008).

Temos, ainda, na enfermagem, um alto índice de absenteísmo, o que desequilibra ainda mais as equipes de trabalho, trazendo consequências negativas para a instituição e para a assistência prestada como nos mostram os diversos trabalhos realizados nesta perspectiva (SILVA e MARZIALE, 2000; GEHRING JUNIOR et al, 2007; COSTA et al, 2008; FERREIRA et al., 2012). Assim, reforçam a necessidade de investir na qualidade de vida no ambiente de trabalho, atentando para as condições de saúde, melhorando as condições de trabalho, minimizando os riscos ocupacionais e os acidentes de trabalho (SILVA E MARZIALE, 2000; CAMPOS, JULIANI e PALHARES, 2009; FERREIRA et al., 2012). Embora o absenteísmo tenha sido amplamente estudado, investigações científicas que avaliem o presenteísmo por doença, fatores associados e suas consequências nos ambientes de trabalho da saúde são escassas. O olhar complementar do presenteísmo x absenteísmo pode compor um quadro mais elucidativo acerca da complexidade dos fatores do ambiente do trabalho que influenciam nas decisões de faltar ao trabalho ou ir trabalhar doente.

Johns (2010) descreve que o absenteísmo, por ser um dos grandes responsáveis pelos custos nas organizações e ocupar o status de um indicador de ajuste de trabalho, tem uma longa história nas pesquisas. No entanto, só recentemente é que o presenteísmo tornou-se assunto de interesse. Estudar o presenteísmo, de acordo com o autor, pode contribuir também para a literatura que descreve o absenteísmo, abordando a área cinzenta que existe entre a não produtividade (isto é, o absenteísmo) e o engajamento completo no trabalho. Segundo o autor, isso poderia contribuir com o preenchimento de importantes lacunas em nossa compreensão sobre como episódios de ausência começam e como as decisões de voltar ao trabalho são realizadas.

Diante da complexidade e importância do problema, o Brasil também precisa conhecer melhor de que forma o presenteísmo interfere no processo de trabalho da enfermagem. Através de pesquisas em bases bibliográficas sobre o tema, constatei que até, o momento, temos apenas um estudo brasileiro que aborda o presenteísmo na enfermagem (UMANN et al, 2012).

Desta forma, o presente estudo trará contribuições para a área da saúde, principalmente no que diz respeito às pesquisas envolvidas com a saúde do trabalhador de enfermagem. Poderá também fortalecer os estudos científicos na linha de Pesquisa Enfermagem e Saúde do Trabalhador de Enfermagem do Núcleo

de Pesquisa Enfermagem e Saúde do Trabalhador (NUPENST) do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública (DESP) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) através da construção de um conhecimento atualizado e aprofundado que poderá subsidiar estratégias de melhoria das condições de trabalho e saúde da categoria da enfermagem, somando esforços para uma enfermagem de excelência.

Embora considere apenas a enfermagem em sua população de estudo, a presente tese poderá ser subsídio para estudos com outros trabalhadores. É possível que alguns fatores do ambiente de trabalho que reflitam em alto presenteísmo na enfermagem também sejam comuns a outras categorias profissionais. Além disso, considerando a inexistência de instrumentos, a tese apresenta, por meio de adaptação transcultural, um instrumento em Português brasileiro de mensuração do presenteísmo em português brasileiro.

No que diz respeito ao HU/UFJF, instituição onde foi realizada a pesquisa, o estudo é pioneiro e relevante. Portanto, os resultados obtidos podem subsidiar estratégias de promoção à saúde do trabalhador nesse hospital, contribuindo para maior satisfação e motivação no trabalho e, conseqüentemente, para a melhoria da saúde destas pessoas. Desta forma, poderemos contar com uma equipe mais saudável, pronta a oferecer uma assistência de enfermagem de qualidade.

Estudos internacionais realizados destacam que o presenteísmo na enfermagem pode ser mais evidente em ambientes hospitalares quando comparados a outras instituições de saúde extra-hospitalares (PILETTE, 2005; MIDDAUGH, 2007). Penso que a presente pesquisa-tese poderá trazer importantes contribuições para a enfermagem brasileira com novos resultados, tendo como cenário uma instituição pública, de ensino e de formação de novos profissionais de enfermagem.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definições e modelo teórico sobre o presenteísmo

O conceito de presenteísmo foi identificado há décadas, mas é relativamente novo na literatura da saúde e produtividade (MIDDAUGH, 2007). Johns (2010) descreve que, por ser o presenteísmo um tema de interesse recente, ainda pode apresentar alguma dificuldade de entendimento e definição. Esta dificuldade, segundo o autor, pode estar relacionada com afirmações de que trabalhar doente representa uma queda de produtividade maior do que o absenteísmo e com ideia de que uma gestão que oferece vantagens aos trabalhadores assíduos gera a competitividade e estimula o presenteísmo.

Ao longo do tempo e até mesmo nos dias de hoje, muitas gerações têm assumido que os trabalhadores são produtivos enquanto estão no trabalho. Porém, este pressuposto é inadequado para todos os contextos e para as diferentes experiências de cada indivíduo. As pesquisas têm mostrado que os trabalhadores podem estar no trabalho, mas não totalmente focados em suas tarefas devido a problemas de saúde física ou mental (MARTINEZ, 2007).

Johns (2010) apresenta nove definições de presenteísmo descritas na literatura, que vêm se modificando e evoluindo com o passar do tempo. Embora todas elas se referiram à presença física no local de trabalho, apresentam diferenças em seu conteúdo. Algumas delas têm uma conotação positiva como, por exemplo, “estar no trabalho, como oposto de estar ausente” (SMITH, 1970) e “estar no trabalho de forma plena” (CANFIELD & SOASH, 1955; STOLZ, 1993). Outras, mais recentes estão relacionadas à redução de produtividade devido a problemas de saúde (TURPIN, et al, 2004; WHITEHOUSE, 2005) e à presença no trabalho quando se está doente, sendo esta última referenciada no estudo de Johns (2010) e considerada por diversos autores, que atualmente, pesquisam o presenteísmo (HEMP, 2004; ARONSSON e GUSTAFSSON, 2005; FLORES-SANDÍ, 2006; MIDDAUGH, 2007).

Nesta tese, foi utilizada, como referência, a definição proposta por Hemp (2004): presença física do trabalhador em seu local de trabalho, porém, com algum

problema de saúde que o impede de desempenhar plenamente, ocasionando redução de sua produtividade (HEMP, 2004, p.1).

O termo presenteísmo foi identificado pelo professor Cary Cooper, psicólogo especialista em administração organizacional da Universidade de Manchester, no Reino Unido. Este conceito surge diante do reconhecimento da importância do recurso humano para a organização de trabalho. Utilizado para descrever a relação entre enfermidade e perda de produtividade, consequência do excesso de trabalho e do sentimento de instabilidade no emprego. Esta situação representava o resultado do reajuste e estruturação da década de 90 como altas taxas de desemprego, redução do número de empregos públicos, aumento do número de pessoas com contratos temporários de trabalho, reestruturação dos setores públicos e privados e a redução da segurança no trabalho (FLORES-SANDÍ, 2006).

O estudo do presenteísmo tem duas linhas de investigação. A primeira desenvolvida no Reino Unido e por estudiosos europeus na área de gestão e epidemiologia ou saúde ocupacional. Essa linha foca a instabilidade no emprego decorrente da redução de oferta de trabalho e reestruturação das organizações, o que resultaria em estresse e doença. A segunda, desenvolvida nos Estados Unidos por estudiosos em epidemiologia e saúde ocupacional, foca o impacto das doenças em geral e as condições médicas específicas (como, por exemplo, a enxaqueca) sobre o trabalho e a produtividade. Nesta situação, as pessoas estariam trabalhando, porém sem produzir em sua plenitude. Ambas as linhas de investigação são reconhecidamente importantes para a compreensão do presenteísmo (JOHNS, 2010).

As investigações sobre o presenteísmo evidenciam a tênue linha que separa o presenteísmo do absenteísmo. Discutem a relação desses eventos com a produtividade, com os custos para as organizações e para a saúde dos trabalhadores (GOETZEL et al, 2004; ARONSSON e GUSTAFSSON, 2005; MIDDGAUGH, 2007; BÖCKERMAN e LAUKKANN, 2009; BERGSTRÖM et al, 2009). Tanto o absenteísmo quanto o presenteísmo incluem a possibilidade de perdas de produtividade (BÖCKERMAN e LAUKKANN, 2009).

No entanto, com o absenteísmo, os “prejuízos” são óbvios e fáceis de serem mensurados, pois o trabalhador, não estando presente no trabalho, tem 100% de sua produtividade perdida. Já com o presenteísmo, estes resultados tendem a ser subestimados e intangíveis, pois o trabalhador está presente, porém sem produzir

em sua plenitude (LEVIN-EPSTEIN, 2005; MIDDGAUGH, 2007). Assim, ao contrário do absenteísmo, o presenteísmo nem sempre é aparente. É possível saber quando uma pessoa não aparece para trabalhar, mas, muitas vezes, não se sabe dizer quando e quanto uma doença ou uma condição médica prejudica o desempenho de alguém (HEMP, 2004).

Ao discutir a relação presenteísmo x absenteísmo, custos e produtividade, Johns (2010) sugere um efeito *iceberg* em que a parte mais visível da perda de produtividade seria o absenteísmo, enquanto a maior parte, abaixo da superfície, seria o presenteísmo. Por essa razão fica mais fácil identificar o que é visível (absenteísmo) do que diagnosticar a face oculta do mesmo problema, o presenteísmo.

Os dois eventos (presenteísmo e absenteísmo) seriam componentes de um mesmo fenômeno, que pode ocorrer em sequência ao longo do tempo e a ocorrência de um comportamento pode afetar a probabilidade do outro (JOHNS, 2010). O presenteísmo pode agravar os problemas de saúde já existentes e promover danos à qualidade de vida no trabalho, conforme comprova o estudo realizado por Bergström et al (2009) na Suécia. Este estudo mostra que trabalhar doente representa um impacto no futuro absenteísmo por doença; o presenteísmo em mais de cinco ocasiões em um ano foi um fator de risco estatisticamente significativo para licença médica de mais de 30 dias nos dois anos seguintes, entre os trabalhadores pesquisados.

Demerouti et al (2008) descrevem que, a partir do momento que o presenteísmo foi identificado pela primeira vez, foi reconhecido como um comportamento organizacional negativo. É considerado como um comportamento de risco para os próprios trabalhadores, pois, por muitas vezes, o adiamento de uma licença que poderia resolver pequenos problemas de saúde pode ocasionar o desenvolvimento de doenças mais sérias. Embora o presenteísmo possa parecer atraente para as organizações num primeiro momento, os empregadores estão começando a perceber que ele representa um dano silencioso, porém significativo na produtividade.

O presenteísmo afeta, primeiramente, o desempenho individual, uma vez que o funcionário doente, para ser capaz de produzir o mesmo que os colegas saudáveis, terá um gasto maior de tempo e de esforço. Em segundo lugar, o desempenho coletivo pode ser igualmente prejudicado porque os trabalhadores

sadios se envolvem ajudando o colega doente, além do risco de contaminação da equipe e clientes, na presença de doenças infecciosas (DEMEROUTI et al, 2008).

Frente a estas questões e mediante resultados de investigações científicas, pesquisadores envolvidos com gestão, economia e administração concordam que o presenteísmo representa custos maiores para as organizações do que o absenteísmo (HEMP, 2004; GOETZEI et al, 2004; BÖCKERMAN e LAUKKANEN, 2009). Líderes empresariais estão cada vez mais conscientes dos altos custos associados à produção relacionados às condições médicas e às doenças que são manifestadas tanto pela ausência do empregado quanto pela perda da produtividade no trabalho (GOETZEL, et al, 2004).

Hemp (2004) refere-se aos custos que envolvem o presenteísmo como “ocultos”. Isso porque muitos empregadores não percebem que a perda de produtividade no trabalho relacionada à presença de doença pode ser muito mais cara para as empresas do que os outros custos relacionados com a saúde.

De acordo com Böckerman e Laukkann (2009), o conhecimento dos terminantes do presenteísmo é essencial. É razoável supor que o presenteísmo é afetado pelos mesmos fatores que o absenteísmo, fatores estes relacionados com a saúde do trabalhador e as condições de trabalho.

Outras questões não menos importantes envolvem estes dois eventos. Quando e porque o trabalhador decidiria por trabalhar doente em vez de faltar ao trabalho? As políticas organizacionais e as transformações no mundo do trabalho contemporâneo podem influenciar nesta resolução. A redução do número de empregos, a competitividade, o temor de perder o emprego e o incentivo monetário à produtividade podem determinar a decisão de ir trabalhar mesmo com a presença de condições médicas (ARONSSON, GUSTAFSSON e DALLNER, 2000; FORES-SANDÍ, 2006).

Muitas práticas organizacionais e políticas que são usadas para reduzir o absenteísmo podem, de fato, estimular a presença enquanto doente (JOHNS, 2010). Por outro lado, sob algumas circunstâncias, o presenteísmo pode ser visto como um ato de cidadania institucional e muitos trabalhadores acreditam que as organizações valorizam sua presença (JOHNS, 2010; MARTINEZ e FERREIRA, 2011).

Fatores individuais como a personalidade, a cultura e o compromisso com o trabalho também podem influenciar nessa decisão, contribuindo para o presenteísmo (JOHNS, 2010). O gênero e o tipo de profissão têm sido associados

ao presenteísmo em investigações científicas que evidenciam o maior presenteísmo entre as mulheres e entre profissionais envolvidos com o cuidado, bem-estar e educação (ARONSSON, GUSTAFSSON, DALLNER, 2000; BERGSTRÖM et al, 2009).

O estudo transversal realizado por Hansen e Andersen (2008) com trabalhadores dinamarqueses mostrou que 70% dos 12.935 entrevistados foram trabalhar doentes pelo menos uma vez durante o período de 12 meses. Ficou evidenciado, nessa investigação que o presenteísmo é um fenômeno tão prevalente quanto o absenteísmo. Os resultados do estudo mostraram também uma forte associação do absenteísmo por doença com o presenteísmo, e de acordo com os autores, isso indica que os dois fenômenos são, de fato, os resultados do “processo de decisão”. Se afastar por licença médica em uma ocasião pode fazer com que a pessoa se torne relutante em fazê-lo novamente em uma situação posterior, levando-a, assim, ao presenteísmo.

Com vista a compreender as possíveis causas de presenteísmo e absenteísmo e a sua relação com os efeitos cumulativos individuais (como a produtividade), Johns (2010) criou um modelo teórico de explicação do absenteísmo x presenteísmo. Nesse modelo, é possível perceber que o presenteísmo é um fenômeno complexo e multifatorial (Figura 1).

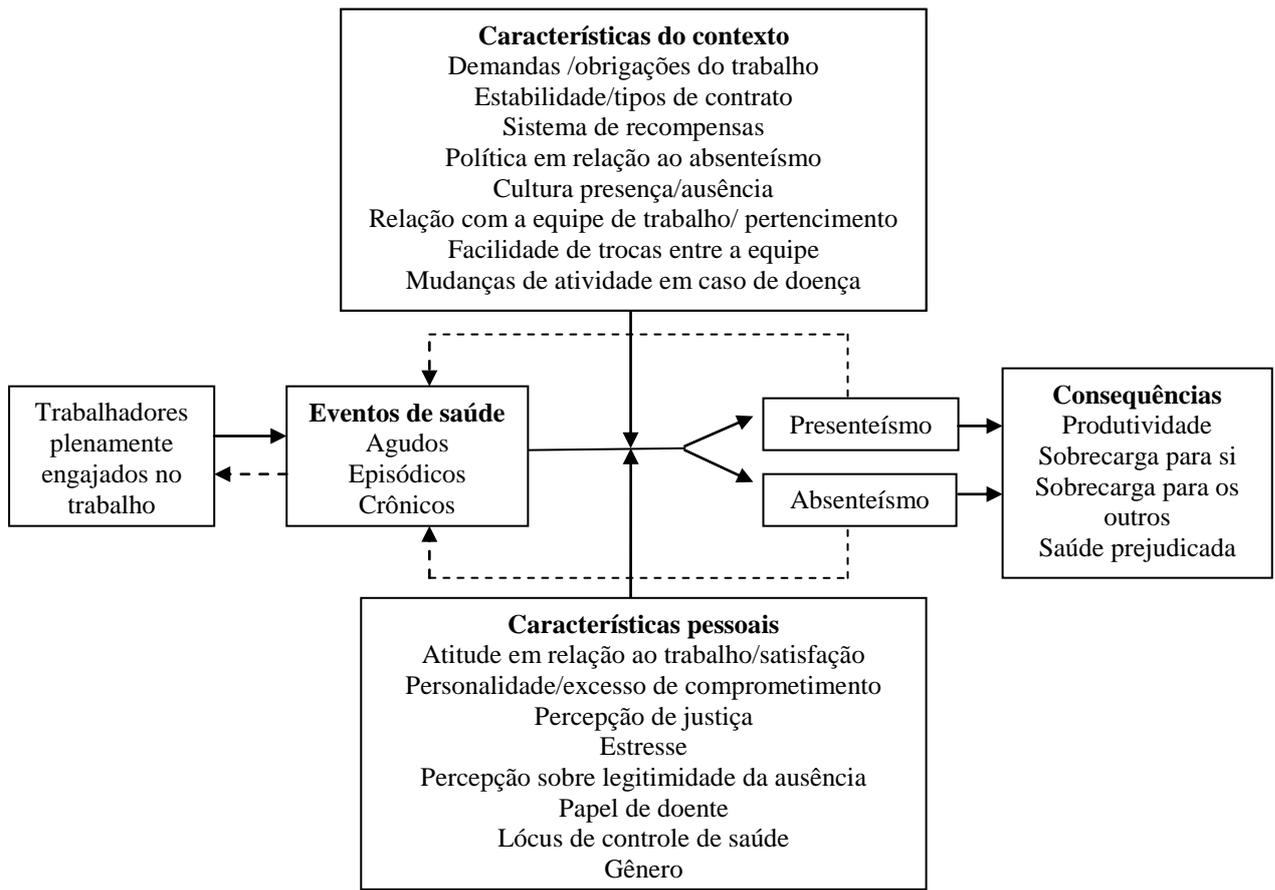


Figura 1- Modelo dinâmico de presenteísmo e absenteísmo (Johns, 2010).

Através deste modelo teórico, Johns (2010) mostra que os trabalhadores que se encontram plenamente engajados em seu trabalho, em algum momento de suas vidas são acometidos por algum evento de saúde. Esses eventos podem ser agudos, episódicos ou crônicos e, nessas ocasiões, cabe ao trabalhador a decisão de se afastar do trabalho por causa do problema de saúde (absenteísmo) ou permanecer trabalhando apesar de doente ou com algum sinal ou sintoma de adoecimento (presenteísmo).

Esta decisão sofrerá influências de características relacionadas ao contexto de trabalho ao qual o trabalhador se encontra inserido e de características próprias do trabalhador. Entre as características do contexto de trabalho, encontram-se as demandas e as obrigações inerentes ao trabalho, a estabilidade e/ou o tipo de contrato empregatício. A política organizacional em relação ao absenteísmo, o sistema de recompensas frente à assiduidade, a cultura da empresa em relação ao absenteísmo, a presença e a ausência do trabalhador, também podem interferir na decisão do trabalhador. Outras questões se relacionam com o tipo de relação do

trabalhador com a equipe, o sentimento de pertencimento, a facilidade de trocas entre a equipe, além da ameaça de mudanças de atividade em caso de doença.

Em relação às características pessoais que interferem nesta decisão Johns (2010) cita a atitude do trabalhador em relação ao seu trabalho e o nível de satisfação que ele tem com o mesmo, o tipo de personalidade, o excesso de comprometimento com o trabalho e a percepção de justiça. Também considera que o nível de estresse vivenciado, a percepção que o trabalhador tem sobre a legitimidade da ausência, como ele vê o papel de doente, o locus de controle de doença e o gênero são características pessoais que podem influenciar na sua decisão.

Johns (2010) afirma que tanto o presenteísmo quanto o absenteísmo trazem consequências negativas para a produtividade e representa uma sobrecarga para o próprio trabalho e para os demais membros da equipe, resultando no prejuízo da saúde desses trabalhadores.

2.2 Instrumentos de mensuração do presenteísmo e a *Stanford Presenteeism Scale*

A consciência da magnitude das perdas financeiras relacionadas com a diminuição da produtividade no trabalho tem levado os gestores a procurar soluções para o problema. Os dados das investigações científicas têm provocado uma mudança de paradigma e alguns gestores acreditam que o controle efetivo das doenças crônicas pode auxiliar na diminuição substancial dos custos (MATTKE et al, 2007).

Mattke et al. (2007) destacam a necessidade da utilização de instrumentos com precisão razoável que permitam medir os efeitos da saúde sobre a produtividade. No entanto, afirmam que mensurar o presenteísmo e seus custos é complexo e os desafios envolvidos nessa mensuração são muito maiores do que aqueles envolvidos com a mensuração do absenteísmo porque o desempenho reduzido no trabalho é menos tangível do que a ausência.

Com o objetivo de descrever os instrumentos existentes para a mensuração da perda da produtividade no trabalho, Mattke et al (2007) realizaram uma revisão sistemática, através de pesquisa em literatura publicada e não publicada e

comunicações governamentais e corporativas no período de 1995 a 2005. Foram identificados 17 instrumentos de pesquisa que avaliam o efeito dos problemas de saúde sobre o absentismo ou presenteísmo (Quadro 1)

Quadro 1: Instrumentos de pesquisa que avaliam o absenteísmo e o presenteísmo entre trabalhadores

Instrumento	Nº de questões/ presenteísmo	Também mensura absenteísmo	Período recordatório	Principais características	Acesso
1- <i>American Productivity Audit and Work and Health Interview</i> (Stewart et al, 2003)	6	Sim	2 semanas	Mensura o presenteísmo e as condições gerais de saúde	Propriedade
2- <i>Angina-Related Limitations at Work Questionnaire</i> (Lerner et al, 1998)	17	Sim	4 semanas	Desenvolvido na Inglaterra, mensura o presenteísmo e as limitações causadas por angina, limitando sua utilização para a população em geral	Propriedade
3- <i>Endicott Work Productivity Scale</i> (Endicott e Nee, 1997)	25	Sim	1 semana	Desenvolvido em Nova York, mensura o presenteísmo e as condições gerais de saúde. Embora este instrumento tenha sido elaborado para uso geral, foi testado, em pesquisa, apenas com pacientes com depressão.	Propriedade
4- <i>Health and Labor Questionnaire</i> (Royen et al, 1996).	30	Sim	2 semanas	Desenvolvido por pesquisadores da <i>Erasmus University Rotterdam</i> , mensura o presenteísmo e as condições gerais de saúde.	Propriedade
5- <i>Health and Productivity Questionnaire</i> (Kessler et al, 2003).	44	Sim	1/4 semanas	Mensura o presenteísmo e as condições gerais de saúde	Propriedade
6- <i>Health and Work Questionnaire</i> (Shikiar et al, 2004).	24	Não	1 semana	Mensura o presenteísmo e as condições gerais de saúde. Foi desenvolvido para avaliar a relação entre tabagismo e produtividade no trabalho	Propriedade
7- <i>Health-Related Productivity Questionnaire Diary</i> (Kumar et al, 2003).	9	Sim	1 semana	Mensura o presenteísmo e as condições gerais de saúde	Propriedade
8- <i>Migraine Disability Assessment Questionnaire</i> (Lipton e Stewart, 2001).	7	Sim	3 meses	Mensura o presenteísmo e a presença de enxaqueca	Domínio Público
9- <i>Migraine Work and Productivity Loss Questionnaire</i> (Lerner et al,	28	Sim	Episódio mais recente	Desenvolvido na Inglaterra, mensura o presenteísmo e o impacto da enxaqueca sobre o desempenho do trabalhador;	Propriedade

1998).					
10- <i>Osterhaus Technique</i> (Osterhaus et al,1992).	12	Sim	4 semanas	Mensura o presenteísmo, avalia o número de dias de trabalho perdidos devido à enxaqueca e o número de dias trabalhados com sintomas, além das horas de trabalho que foram afetadas pelos episódios de enxaqueca. A validade e confiabilidade desse instrumento ainda não foram descritas na literatura	Desconhecido
11- <i>Stanford Presenteeism Scale-6</i> ,(Koopman et al 2002).	6	Não	4 semanas	Mensura o presenteísmo e as condições gerais de saúde. Este instrumento, por ter sido o escolhido para a mensuração do presenteísmo nessa tese, será detalhado adiante.	Propriedade
12- <i>Unnamed Hepatitis Instrument</i> (Mac Hutchison et al, 2001).	3	Sim	4 semanas	Mensura o presenteísmo e os efeitos da hepatite na produtividade do trabalhador	Desconhecido
13- <i>Work Limitations Questionnaire</i> (Lerner et al, 2001).	25	Não	2/4 semanas	Desenvolvido na Inglaterra, mensura o presenteísmo e seu objetivo é quantificar o impacto das doenças crônicas ou agudas no trabalho, avaliando as condições gerais de saúde	Propriedade
14- <i>Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire</i> (Reilly et al, 1993).	6	Sim	1 semana	Desenvolvido por <i>Reilly Associates</i> em parceria com a Universidade do Texas, mensura o presenteísmo e as condições gerais de saúde	Domínio Público
15- <i>Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire – Allergic Rhinitis</i> (Reilly et al, 1996)	9	Sim	1 semana	Mensura o presenteísmo na presença de rinite alérgica	Domínio Público
16- <i>Work Productivity Short Inventory</i> (Goetzal, 2003)	4	Sim	12meses, 3meses 2/4 semanas	Desenvolvido por uma equipe do Instituto de Saúde e Estudos de Produtividade da Universidade de Cornell e do Grupo Medstat. Mensura o presenteísmo e o absenteísmo associados a 15 condições específicas de saúde: alergias, infecções respiratórias, asma, transtorno de ansiedade, depressão, transtorno bipolar, estresse, artrite, otites médias, diabetes mellitus, hipertensão arterial, enxaquecas, doença coronariana ou hiperlipidemia e infecções	Propriedade

<i>17- Worker Productivity Index</i> (Burton et al, 1999)	Aproximadamente 40 questões	Sim	Desconhecido	Desenvolvido por pesquisadores do <i>HP Morgan Chase, Northwestern University, DePaul University</i> e da Universidade de Michigan. Mensura o presenteísmo e as condições gerais de saúde. Trata-se de um índice que combina medidas de absenteísmo, presenteísmo e incapacidade em curto prazo	
---	-----------------------------	-----	--------------	---	--

Esses instrumentos concentram-se em três modos de conceber o presenteísmo: (1) Avaliação do desempenho percebido, (2) Produtividade comparada, desempenho e eficiência (com a dos outros e consigo mesmo) e (3) Estimativa de tempo improdutivo, enquanto presente no trabalho.

A abordagem mais comum para medir o presenteísmo nos instrumentos identificados é a avaliação do comprometimento percebido pelo trabalhador, em que lhe é perguntado o quanto sua doença o impede de realizar as atividades mentais, físicas e interpessoais e no atendimento das demandas de trabalho. Nessa perspectiva se encontram os seguintes instrumentos identificados: *Health and Work Questionnaire*, *Stanford Presenteeism scale*, *Work Limitations Questionnaire* e *Activity Impairment Questionnaire*.

A produtividade comparada, desempenho e eficiência é outra maneira de capturar o presenteísmo. Busca compreender como o desempenho de um funcionário se encontra aquém dos demais trabalhadores ou de seu próprio desempenho habitual. Este método é utilizado nos seguintes instrumentos: *Health and Productivity Questionnaire* e *Health and Work Questionnaire*.

Quanto à estimativa de tempo improdutivo, enquanto presente no trabalho, é solicitado ao trabalhador que estime o tempo perdido, ou seja, as horas improdutivas durante o período em que está presente no trabalho. Utilizado por apenas um reduzido número de instrumentos como, por exemplo, o *Work Productivity Short Inventory* que pede aos trabalhadores para estimarem quantas horas improdutivas eles passam no trabalho durante o período recordatório. De acordo com Mattke et al (2007), essa abordagem não é a mais indicada, uma vez que nenhuma investigação científica mostrou que os trabalhadores são capazes de transformar com precisão suas deficiências percebidas em uma medida temporal.

A maior lacuna apontada nos instrumentos é a falta de um método estabelecido e validado para obter as estimativas monetárias do custo da produtividade perdida (MATTKE et al, 2007).

Entre os instrumentos descritos, destaca-se o *Stanford Presenteeism Scale* (SPS), que foi desenvolvido por pesquisadores da *Stanford School of Medicine* e da Associação Americana de Saúde. Constituído de questões específicas sobre o presenteísmo, que avaliam como a saúde afeta o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental no trabalho. Este instrumento foi desenvolvido inicialmente com 32 questões (KOOPMAN et al, 2002; TURPIN et al, 2004).

Em um estudo posterior realizado por Koopman et al (2002), o SPS passou por um processo de redução de itens, resultando em uma escala com seis itens (SPS-6) para descrever o presenteísmo. O SPS-6 mostrou excelentes propriedades psicométricas, sendo indicada sua utilização em estudos que avaliem condições de saúde e produtividade.

Uma nova versão da *Stanford Presenteeism Scale* foi desenvolvida em 2004, nos Estados Unidos, com 13 questões com o objetivo de determinar o presenteísmo relacionado a uma condição de saúde específica por um período de quatro semanas (TURPIN, et al, 2004; YAMASHITA e ARAKIDA, 2008). Esta versão foi traduzida e adaptada para o japonês (YAMASHITA e ARAKIDA, 2008).

A SPS-6 tem sido um instrumento muito utilizado para mensurar o presenteísmo nos estudos internacionais. A escala busca determinar a capacidade do trabalhador em se concentrar no trabalho sem se distrair com problemas de saúde (KOOPMAN et al, 2002). O instrumento é capaz de identificar de que forma estes problemas interferem na produtividade de cada trabalhador. Considera que cada pessoa tem diferentes formas de reagir e superar os sinais e sintomas de adoecimento, resultando em graus distintos de comprometimento físico e/ou mental para o desempenho no trabalho.

Porém, segundo os autores, a escala não se destina a medir o desempenho individual e sim a mostrar o ambiente geral do trabalho, o que pode auxiliar em programas que tragam mudanças positivas ao longo do tempo (FOSTER, 2002). Descrevem ainda que todos nós temos dias em que nos encontramos piores do que outros, mas que o problema para as instituições surge quando muitos trabalhadores têm vários dias ruins, fazendo com que o desempenho seja afetado (FOSTER, 2002).

A estrutura da escala integra duas dimensões de presenteísmo compostas de três itens cada. A primeira encontra-se associada ao constructo de “trabalho finalizado” e refere-se à quantidade de trabalho que é efetuada quando o trabalhador está sob a influência das causas de presenteísmo, manifestando-se através de sintomas físicos (itens 2, 5 e 6). A segunda diz respeito à “concentração mantida” (itens 1, 3 e 4) e corresponde à capacidade de concentração que as pessoas apresentam quando se manifestam sintomas de presenteísmo, associando-se mais a origens de foro psicológico (MARTINEZ,2007).

A dimensão “trabalho finalizado” concentra-se nos resultados do trabalho, enquanto a dimensão “concentração mantida” concentra-se nos processos de trabalho (MARTINEZ e FERREIRA, 2011).

O instrumento (SPS-6) é composto de seis afirmações numa escala do tipo-Likert com cinco modalidades de respostas que variam de 1: discordo totalmente a 5: concordo totalmente.

O SPS-6 foi traduzido e adaptado para o português de Portugal, sendo validadas e apresentadas as qualidades métricas do mesmo num estudo realizado com 158 trabalhadores da área de educação e saúde (incluindo enfermeiros) em Portugal (MARTINEZ et al 2007). Em relação às características psicométricas do SPS-6, os resultados do estudo evidenciaram indicadores bastante satisfatórios na amostra da população portuguesa investigada.

2.3 O presenteísmo no contexto da enfermagem

Com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre a temática Presenteísmo e verificando, por meio de pesquisas e estudos preliminares, que o mesmo é ainda um problema pouco percebido e investigado, principalmente entre os trabalhadores de enfermagem, buscou-se conhecer a produção científica internacional e nacional existente na área de enfermagem sobre o presenteísmo. Para isso, foi utilizada a seguinte pergunta de pesquisa: “o que se tem investigado sobre o presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem?”

Primeiramente, através dos Descritores em Ciências da Saúde na Biblioteca Virtual em Saúde, buscaram-se identificar os descritores a serem utilizados na pesquisa e constatou-se que “presenteísmo” não é um descritor oficial. Porém, por ser este o foco da presente tese, o termo foi utilizado como palavra-chave, juntamente com o descritor “enfermagem”.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos em português, inglês ou espanhol, que disponibilizassem o resumo e respondessem à pergunta de pesquisa.

A busca se deu no período de março de 2010 a março de 2012, não foi realizado nenhum recorte temporal, com exceção das teses e dissertações, em que

foram pesquisados os últimos dez anos. Desta forma, foram excluídos todos os estudos que não se adequavam aos critérios acima descritos.

A busca se deu nas seguintes bases de dados: MEDLINE/PUBMED, LILACS, BEDENF, SCIELO e no Banco de Teses e Dissertações do Portal Capes. Utilizando a combinação dos dois termos apresentados, nos três idiomas selecionados foram encontrados 15 artigos, todos eles no PUBMED. Após a leitura dos respectivos resumos, apenas seis foram selecionados por se adequarem aos critérios de inclusão. Os demais estudos foram realizados por enfermeiros, porém abordam o presenteísmo em outras categorias profissionais. No Portal Capes, nenhuma tese ou dissertação foi encontrada.

A fim de ampliar um pouco mais a busca, apenas o termo “presenteísmo” foi utilizado, prosseguindo a pesquisa da mesma forma e nas mesmas bases de dados já descritos e observaram-se os seguintes resultados:

SCIELO: quatro artigos, sendo um deles selecionado;

LILACS: 15 artigos, sendo dois deles selecionados;

MEDLINE: 164 artigos, sendo quatro coerentes com o meu estudo, uma vez que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos para a pesquisa, porém apenas um foi selecionado, uma vez que os demais eram os mesmos encontrados e selecionados na base de dados citada anteriormente;

BEDENF: Foi encontrado apenas um artigo, que não atendia aos critérios de inclusão.

No Portal de Teses e Dissertações do Portal Capes, apesar de encontrar oito teses e 29 dissertações, nenhuma delas tinha aproximação com a temática de estudo; não abordavam questões relacionadas com a presença do trabalhador no trabalho apesar de doente.

Portanto, após a busca e leitura dos resumos, foram selecionados dez artigos que foram lidos na íntegra.

A relação desses estudos encontra-se sumarizada no quadro 2

Quadro 2- Estudos que abordam o presenteísmo na enfermagem

Base de dados	Título	Autor (es)	Periódico	Ano/País	Tipo de Estudo e Principais Resultados
PUBMED	Sick but yet at work. Na empirical study of sickness presenteeism	Aronsson G; Gustafsson K; Dallner M	J. Epidemiol Community Health	2000/ Suécia	Estudo quantitativo – Mostra que a enfermagem é uma das categorias profissionais com elevados índices de presenteísmo. Demonstra a associação entre o presenteísmo e o absenteísmo doença e baixos salários.
PUBMED	Presenteeism in nursing – A clear and present danger to productivity	Pillele, PC	The journal of nursing administration	2005/ EUA	Estudo qualitativo - Refere-se ao alto índice de presenteísmo na enfermagem. Discute as causas e aponta a depressão como grande responsável pelo presenteísmo nesta categoria.
LILACS	“Presentismo”: potencialialidad em accidentes de salud	Flores- Sandi G	Acta Médica Costarricense	2006/ Costa Rica	Estudo qualitativo - A enfermagem encontra-se entre os grupos de risco para o presenteísmo devido às extensas jornadas de trabalho e ao grau de compromisso dos profissionais com os enfermos.
PUBMED	Presenteeism: sick and tired at work	Middaugh DJ	Dermatology Nursing	2007/ EUA	Estudo qualitativo - O presenteísmo na enfermagem pode representar riscos para pacientes e familiares e a melhoria das condições de trabalho pode minimizar o problema. As consequências do presenteísmo na produtividade são mais difíceis de ser mensuradas do que o absenteísmo.
LILACS	Enfoque Del presentismo em empresas de salud	Rojas R	Ciencia e trabajo	2007/ Chile	Artigo de revisão - Destaca a crescente preocupação com o presenteísmo entre trabalhadores e especialistas em saúde ocupacional e gestores de recursos humanos.
PUBMED	Factores influencing work productivity and intent to stay in nursing	Letvak S; Buck, R	Nursing economic	2008/ EUA	Estudo qualitativo - As características individuais e as do local de trabalho influenciam na produtividade e no desejo de as enfermeiras permanecerem na enfermagem.
MEDLINE	The impact of worked health on long term care: implications for nursing managers	Letvak S; Ruhm CJ	Geriatr Nurs	2010/ EUA	Estudo qualitativo - O presenteísmo entre os trabalhadores de saúde em cuidados de longa permanência pode afetar a produtividade e a qualidade da assistência prestada. Refere-se aos problemas crônicos de saúde como os principais problemas de saúde associados ao presenteísmo, sendo esta situação um desafio para os gerentes de enfermagem.
PUBMED	Sick at work: presenteeism among nurses in a Portuguese Public Hospital	Martinez,LF ; Ferreira, AI	Stress Health	2011/ Portugal	Estudo quantitativo – Analisou a prevalência das principais causas de presenteísmo entre enfermeiras em um hospital público em Portugal, sendo utilizado o SPS-6. As principais causas encontradas foram: dor lombar, infecções respiratórias, enxaqueca e estresse. Mostra a correlação negativa entre estado de saúde percebido e presenteísmo

PUBMED	Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs	Letvak S; Ruhm CJ; Gupta, SN	Am J Nurs.	2012/ EUA	Estudo quantitativo – Avaliou como presenteísmo associado a dores músculoesqueléticas e à depressão entre enfermeiros, pode afetar a qualidade do atendimento ao paciente. Houve uma forte evidência de uma relação direta entre essas desordens e o aumento da incidência de erros gerais, erros de medicação e quedas de pacientes. Setenta e um por cento dos entrevistados relataram trabalhar com alguma lesão músculoesquelética e 18% relataram depressão.
SCIELO	Presenteísmo em enfermeiros hospitalares	Umann,j; Guido, LA; Grazziano, ES	Rev. Latino- Am. Enfermagem	2012/ Brasil	Estudo quantitativo – Determinou a produtividade estimada das limitações no trabalho relacionadas à saúde em enfermeiros hospitalares. Constatou-se um índice de perda de produtividade de até 4,84% para 75% dos enfermeiros. A capacidade para realizar tarefas que exijam força corporal, resistência, movimento, coordenação e flexibilidade foi percebida como a limitação mais fluente para perda de produtividade dos enfermeiros.

Aronsson et al (2000), por meio de um estudo epidemiológico desenvolvido na Suécia, realizado com diversas categorias profissionais, mostram ser a enfermagem uma das profissões que têm elevados índices de presenteísmo e fazem uma associação do absenteísmo por doença e os baixos salários com o presenteísmo. O estudo também mostra que os membros de grupos profissionais cujas tarefas diárias consistem em fornecer cuidados ou serviços de bem-estar ou mesmo ensinar e instruir apresentam um risco significativamente maior de permanecer trabalhando mesmo doente. Estas são profissões em que o relacionamento com outras pessoas desempenha uma parte importante no resultado de seu trabalho.

O estudo de Pilette (2005), realizado nos Estados Unidos, indica que a enfermagem é uma categoria profissional que apresenta um alto índice de presenteísmo e, ao discutir as causas, aponta a depressão como um dos grandes contribuidores desta ocorrência. A autora diz que, de acordo com o Instituto de Estudos de Gestão em saúde e Produtividade (EUA), os principais agravos de saúde associados ao presenteísmo são problemas relacionados com a saúde mental (principalmente a depressão e problemas relacionados ao estresse), alterações musculoesqueléticas (dor lombar, artrite) e problemas respiratórios (gripe, resfriados, asma).

Destaca ainda que a depressão afeta a quantidade e a qualidade do trabalho de um funcionário, diminui a energia mental e física, impede a concentração e memória, diminui o tempo de reação, aumenta a irritabilidade e reforça atitudes negativas. Não só os trabalhadores com depressão sofrem com seus sintomas. Os colegas de trabalho e os pacientes pagam o preço pela falta de colaboração e erros cometidos.

Ao analisar o presenteísmo na enfermagem, a autora descreve que, nas últimas décadas, os enfermeiros em ambientes hospitalares se veem obrigados a fazer as coisas cada vez melhor, com mais rapidez e com um número menor de pessoas. Eles têm que fazer “malabarismos” para conciliar o trabalho com as questões pessoais e familiares, o que deixa muitos deles com muito pouco tempo para cuidar de sua própria saúde.

Descrevendo a ocorrência do presenteísmo nos serviços de saúde, Flores-Sandí (2006) reforça que este grupo profissional se encontra entre os grupos de risco para o presenteísmo, devido as suas extensas jornadas de trabalho e que o grau de compromisso que os profissionais que trabalham com enfermos adquirem

os leva a evitar ausências do trabalho. Para o autor, com a finalidade de administrar e reduzir o presenteísmo, é importante compreender a magnitude do significado do problema, determinar as causas do presenteísmo, seu custo para a organização, além de estabelecer programas de atenção e educação à saúde para os trabalhadores com a finalidade de ajudar a encontrar soluções para seus problemas.

Middaugh (2007) diz que as consequências do presenteísmo na produtividade do trabalhador são mais difíceis de ser mensuradas do que as consequências do absenteísmo. Alerta que o presenteísmo na enfermagem pode representar riscos para pacientes e familiares e destaca que a melhoria das condições de trabalho pode minimizar o problema. Ao descrever sobre os efeitos negativos do presenteísmo para uma organização e compará-lo com o absenteísmo, Middaugh (2007) diz que o custo do absenteísmo é fácil de calcular: 100% da produtividade do trabalhador é perdida cada dia em que o trabalhador não está no trabalho. No entanto, o custo do presenteísmo e sua perda de acompanhamento da produtividade não é facilmente mensurável.

Rojas (2007), reportando-se a outros estudos sobre a temática, reforça que este fenômeno tem sido cada vez mais um motivo de grande preocupação entre o mundo empresarial, de trabalhadores, especialistas em saúde ocupacional, responsáveis por gestão de recursos humanos, organismos de seguridade, universidades, etc., uma vez que está presente na vida dos trabalhadores de diferentes atividades. Ressalta, ainda, que se devem observar as consequências nefastas e as dificuldades que se criam em um grupo que tem que cobrir a falta de rendimento de um de seus membros.

O estudo transversal de Letvak e Buck (2008) foi realizado em três hospitais dos EUA, entre enfermeiros que prestam assistência direta ao paciente em ambiente hospitalar. Analisa a relação entre as características individuais (variáveis demográficas, tempo de serviço na enfermagem e índice de massa corporal), as características do local de trabalho (horas e turnos trabalhados), estresse no trabalho e a saúde geral e os problemas e lesões relacionados ao trabalho com a queda da produtividade e a intenção de permanecer na enfermagem.

Ao mensurar a produtividade, avalia o absenteísmo e o presenteísmo e traz como resultados que 22,4% dos entrevistados relataram algum problema de saúde e 24,8% sofreram algum tipo de acidente de trabalho nos últimos dois anos. Os problemas mais citados foram dores de cabeça, dores nas costas, dores nas

articulações, ansiedade, problemas estomacais, hipertensão e depressão. O alto estresse no trabalho foi significativamente associado ao sexo feminino, às horas trabalhadas por dia (quanto mais horas trabalhadas maior o estresse), à preocupação com algum tipo de lesão e à incapacidade de atender às necessidades do paciente.

Os autores destacam a necessidade urgente de se unir esforços para melhorar as condições do trabalho hospitalar, diminuir o estresse no trabalho, melhorar a capacidade de prestação de uma assistência de qualidade e manter a segurança e a saúde das enfermeiras. Para a garantia de um cuidado de qualidade aos pacientes hospitalares, é fundamental manter a força de trabalho e a produtividade da enfermagem.

Letvak e Ruhm (2010), ao descreverem sobre o presenteísmo e analisá-lo no contexto dos cuidados de longa permanência, afirmam que o mesmo tem maior impacto que o absenteísmo na qualidade do cuidado, pois, em vez de se providenciar a substituição do trabalhador que está enfrentando problemas de saúde, o trabalhador permanece no trabalho, porém sem cumprir plenamente as exigências do trabalho.

Afirmam que a capacidade de qualquer pessoa para o trabalho é fortemente influenciada pela sua saúde. A saúde do trabalhador pode afetar diretamente sua produtividade, especialmente quando o trabalho tem alto nível de exigência física, como é o caso dos trabalhadores envolvidos em cuidados de longa permanência. Esta atividade envolve trabalho pesado, posições inadequadas, transferência de moradores, além da permanência por longo tempo de pé.

O artigo enfoca as doenças crônicas tais como artrite e dores crônicas, problemas gastrintestinais, distúrbios de saúde mental e obesidade como responsáveis pelo presenteísmo. Segundo os autores, as condições crônicas são susceptíveis de ter um maior impacto a longo prazo para trabalhadores afetados.

Nesse estudo, é destacado o papel importante dos gerentes de enfermagem no reconhecimento do presenteísmo, diminuindo o impacto da queda da produtividade entre o seu pessoal. As autoras descrevem que, para isso, se faz necessária a melhoria das condições de saúde e da segurança dos trabalhadores.

Martinez e Ferreira (2011) desenvolveram uma pesquisa exploratória em um hospital público em Portugal, onde analisaram e descreveram a prevalência de causas de presenteísmo entre enfermeiros. Analisaram também a correlação entre o

presenteísmo e variáveis como idade, estado de saúde percebido, número de horas trabalhadas, renda e tempo de serviço. O presenteísmo, nesse estudo, foi avaliado através da escala SPS-6 (KOOPMAN et al, 2002).

Os resultados mostraram uma população predominantemente feminina (72,3%), com tempo médio de serviço na enfermagem de 10,4 anos e 41,8 horas de trabalho semanais. Aproximadamente 2,4% dos participantes referiram seu estado de saúde como ruim; 21,6%, razoável; 35,5 %, bom; 32,1%, muito bom e 5,1%, excelente. Aproximadamente 3,4% dos entrevistados não referiram a percepção do estado de saúde.

As principais causas de presenteísmo entre os enfermeiros portugueses que participaram desse estudo foram: dor lombar, infecções respiratórias, enxaqueca e estresse. Embora as mulheres apresentassem maiores níveis de prevalência para a maioria das causas de presenteísmo, não foram encontradas diferenças de gênero quanto ao número de dias que os trabalhadores foram afetados pelo presenteísmo. O estado de saúde percebido foi negativamente associado ao presenteísmo. Os enfermeiros com maior tempo de serviço e aqueles com melhores salários foram os menos afetados pelo presenteísmo.

Letvak, Ruhm e Gupta (2012) referem que tanto o absenteísmo quanto o presenteísmo podem influenciar na produtividade dos enfermeiros, porém destacam que o presenteísmo pode ter maior impacto adverso sobre a qualidade do cuidado prestado ao paciente. Uma enfermeira ausente por causa de uma doença pode ser substituída por outra saudável, mas uma enfermeira que permanece no trabalho, apesar de doente, pode não ser capaz de atender totalmente às demandas do trabalho.

Os autores descrevem que tem havido pouca investigação sobre como o nível de saúde e a produtividade dos enfermeiros podem influenciar sua capacidade de prestar cuidados. Afirmam que a produtividade no trabalho ainda não é bem compreendida, não existindo uma definição padrão e que, especialmente na enfermagem, a produtividade pode ser difícil de definir e medir.

No estudo realizado em hospitais da Carolina do Norte, Letvak, Ruhm e Gupta (2012) investigaram de que modo a dor músculoesquelética e a depressão em enfermeiros afeta sua produtividade no trabalho e avaliaram a qualidade (autorreferida) dos cuidados prestados aos pacientes. A maioria dos respondentes era do sexo feminino (91%), com idade média de 40 anos e tempo de trabalho

médio na enfermagem de 17 anos. Em relação à dor musculoesquelética, 71% dos enfermeiros afirmaram ter tido algum episódio no trabalho e a prevalência de depressão foi de 18%.

Os resultados dessa investigação mostraram que o presenteísmo entre enfermeiros relacionado à dor musculoesquelética e à depressão estava associado ao aumento dos erros gerais, erros de medicação e quedas de pacientes. Os enfermeiros referiram prejuízo na qualidade do atendimento quando trabalhavam doentes. Ao discutirem estes resultados, os autores destacam que o presenteísmo ocasiona diminuição da qualidade da assistência prestada além dos custos elevados que os erros de medicação e as quedas de pacientes podem representar para as instituições hospitalares.

O estudo mostra que a saúde dos enfermeiros afeta a produtividade no trabalho, que, por sua vez, afeta a qualidade do atendimento. Por essa razão, mais atenção deve ser dada à saúde desses profissionais para que se possa oferecer uma assistência de qualidade ao paciente, além de controlar os custos relacionados aos erros advindos do presenteísmo.

Umann, Guido e Grazziano (2012) realizaram um estudo quantitativo, descritivo e transversal com o objetivo de determinar a produtividade estimada das limitações de trabalho em enfermeiros em um hospital na região sul do Brasil. Participaram do estudo 129 enfermeiros que atuavam na assistência direta a pacientes críticos e potencialmente críticos. Para a avaliação do presenteísmo, foi utilizado o Questionário de Limitações no Trabalho (WLQ) que é composto de 25 itens agrupados em quatro domínios de limitação de trabalho: gerência de tempo, demanda física, demanda mental interpessoal, demanda de produção.

Os resultados desse estudo mostraram que 75% dos enfermeiros tiveram um índice de produtividade perdida de até 4,84%, sendo que a maior perda estava relacionada ao domínio da demanda física (25%). A capacidade para realizar tarefas que exijam força corporal, movimento, resistência, flexibilidade e coordenação foi evidenciada como uma limitação mais influente para a perda da produtividade dos entrevistados.

Enfermeiros que apresentaram faltas obtiveram maiores índices gerais de produtividade perdida (3,78%) nos domínios demanda física (29,17%) e gerência de tempo (5%). Da mesma forma, índices maiores de perda de produtividade foram encontrados entre enfermeiros que realizaram tratamento de saúde.

As autoras concluem que o presenteísmo limita a produtividade tanto em quantidade, pela diminuição do rendimento físico e mental, quanto na qualidade do trabalho, pela possibilidade de erros e diminuição da atenção durante as atividades de trabalho. Ressaltam que atenção especial precisa ser dada às limitações de ordem física, que foram responsáveis pela maior perda de produtividade e pelo comprometimento da saúde dos enfermeiros.

Avaliar o presenteísmo é um desafio, por ser uma condição não palpável, aparentemente encoberta que precisa que o profissional reconheça sua condição para o desenvolvimento das atividades laborais. A medição direta da produtividade também é tarefa difícil especialmente para ocupações de trabalho mental e cognitivo, uma vez que engloba fatores de natureza subjetiva (UMANN, GUIDO e GRAZZIANO, 2012)

Diante destes resultados, foi possível constatar que, até o momento, temos apenas um estudo nacional que investiga o presenteísmo na enfermagem e que os estudos internacionais com esta abordagem são recentes, ainda escassos, porém extremamente relevantes, uma vez que trazem importantes resultados e reflexões sobre os riscos e as consequências desta ocorrência para o trabalhador, para a equipe e, principalmente, para os pacientes.

Tais estudos mostram também que o presenteísmo está associado às condições de saúde dos trabalhadores e ocorre com mais frequência entre os profissionais submetidos a baixos salários e sobrecarga de trabalho. Estas situações condizem com a realidade também vivida pelos trabalhadores de enfermagem no Brasil e, especificamente, na instituição em que será desenvolvida esta pesquisa.

2.4 Saúde do trabalhador de enfermagem no contexto hospitalar

No Brasil, a atenção à saúde do trabalhador era tradicionalmente disputada pela medicina social, saúde pública e medicina legal até 1934, tornando-se aí de responsabilidade exclusiva do Ministério do Trabalho. Na década de 1980, passou a ter participação do Ministério da Saúde e hoje este tema está delegado a três ministérios federais: do trabalho e emprego, da saúde e da previdência e assistência social (DRATCU, 2007).

A Política Nacional da Saúde do Trabalhador, em vigor desde 2004, visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde (BRASIL, 2004).

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Busca a explicação sobre o adoecer e o morrer dos trabalhadores através do estudo dos processos de trabalho de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais, a possibilidade de consumo de bens e serviços (MENDES e DIAS, 1991; LACAZ, 2007).

Uma das metas desse programa do Ministério da Saúde é estruturar a chamada Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), que é composta por 150 centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do trabalhador, que recebem mensalmente recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde¹.

O processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast – definida na Portaria Nº 1.679/02 – fortaleceu a Política de Saúde do Trabalhador no SUS, reunindo as condições para estabelecer uma política de Estado e os meios para sua execução. O principal objetivo da Renast é integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2006).

De acordo com o Manual de Gestão e Gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2006), como um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores subentende-se a qualificação das práticas de saúde, abrangendo o atendimento dos acidentados do trabalho, dos trabalhadores doentes, das urgências e emergências às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientadas por critério epidemiológico. Para que isso aconteça de modo efetivo, a abordagem interdisciplinar e a utilização de instrumentos, saberes, tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento colocadas a serviço das necessidades dos trabalhadores fazem-se necessárias.

Através da Portaria Nº 1.823 de 23 de agosto de 2012, instituiu-se a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com a finalidade de definir os princípios, as diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas de

¹

gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Política visa a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrentes dos modelos de desenvolvimento dos processos produtivos.

Estão sujeitos a esta Política todos os trabalhadores, homens e mulheres, independente de sua localização rural ou urbana, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, temporário avulso, cooperativado, estagiário, aprendiz, doméstico, aposentado ou desempregado.

Esta Política deverá contemplar todos os trabalhadores, priorizando entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades informais e precárias de trabalho, que representem maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, com o objetivo de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar equidade na atenção (BRASIL, 2012).

No que diz respeito à saúde dos trabalhadores de enfermagem, os estudos que abordam a relação saúde-trabalho nas instituições de saúde tiveram início na década de 70 e foram incrementados na década de 80, sendo que, desde os primeiros estudos, está demonstrado que a saúde do trabalhador de enfermagem é comprometida (SARQUIS et al, 2004). As autoras destacam ainda que, gradativamente, a Legislação Trabalhista Brasileira vem somando um conjunto de dispositivos que ultrapassam a simples preocupação com a prevenção e o tratamento dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Passando assim a contemplar aspectos de saúde relacionados à saúde do trabalhador, na tentativa de oferecer subsídios para que estes trabalhadores tenham ambientes de trabalho que comprometam menos sua saúde.

Os trabalhadores de enfermagem se encontram expostos a uma diversidade de cargas que são geradoras de processos de desgaste. As questões que envolvem o processo saúde-doença no trabalho em saúde são acentuadas naqueles que atuam em hospitais, frente às especificidades das atividades laborais desenvolvidas nestas instituições. As características bem como as formas de organização e divisão do trabalho os expõem, ainda mais, pois são obrigados a permanecer nesse ambiente, durante toda sua jornada laboral e grande parte da vida produtiva (COSTA e FELLI, 2005).

No âmbito hospitalar, a enfermagem constitui-se na maior força de trabalho através das categorias profissionais enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Esses profissionais estão expostos a condições de trabalho diversas: longas jornadas de trabalho em turnos desgastantes, repetitividade e monotonia de funções, esforço físico, além do ritmo excessivo de trabalho e constante controle pelas chefias (ABREU e SIMÕES, 2009).

No estudo realizado por Fischer et al (2005) com trabalhadores de enfermagem de um hospital no município de São Paulo, foi detectada alta prevalência de perda de capacidade para o trabalho. Tal resultado é relevante, uma vez que a idade média da população estudada está abaixo de 35 anos. Diante destes resultados, os autores referem a necessidade de avaliações constantes das condições de trabalho e de vida nesta população e das repercussões na saúde. Além disso, destacam que, em ambientes de trabalho onde há múltiplos fatores estressores que podem comprometer a saúde dos trabalhadores, tais como são os hospitais, são necessárias intervenções de diferentes naturezas (ambientais e organizacionais para manter a capacidade de trabalho).

Frente às inadequadas condições de trabalho que vêm sendo oferecidas aos trabalhadores de instituições hospitalares de muitos países, a Organização Internacional do trabalho (OIT), desde a década de 40, tem considerado o problema como tema de discussão, fazendo recomendações referentes à higiene e à segurança, objetivando a adequação das condições de trabalho desses profissionais. Essas condições estão relacionadas a fatores físicos, químicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos que podem causar danos à saúde dos profissionais que ali atuam. (MARZIALE e ROBAZZI, 2000).

Ao abordarem a saúde dos trabalhadores da saúde, Pinho et al (2007) fazem importantes considerações quando descrevem que o trabalho em saúde tem uma peculiaridade, que é a integração entre os aspectos intelectual e manual, uma vez que os profissionais que detêm a direcionalidade técnica também executam as tarefas manuais.

Quando se referem à enfermagem, as autoras destacam que sua finalidade ou produto é o cuidado e que a objetivação do saber do cuidado de enfermagem é o resultado de um processo coletivo, em que os profissionais utilizam um corpo de conhecimento exteriorizado em técnicas que possibilitem a intervenção no processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades. Os trabalhadores de

enfermagem, na prática do cuidado, estão expostos a riscos relacionados às atividades assistenciais diretas e indiretas.

Sarquis et al (2004) afirmam que, ao fazer uma análise sobre a saúde do trabalhador no contexto da enfermagem, através dos tempos, é possível verificar que estes trabalhadores estão expostos a várias cargas que comprometem a saúde. Como consequência, temos índices elevados de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, e partir dessa percepção, faz-se necessário entender melhor essa problemática e se apoiar na legislação trabalhista, ressaltando as questões da saúde do profissional de enfermagem.

No que diz respeito às condições de trabalho, diversos estudos apontam que os profissionais de enfermagem são constantemente expostos a riscos relacionados às precárias condições de trabalho, aos ambientes insalubres tanto no sentido material quanto no subjetivo, e que devido à baixa qualidade de vida, encontram-se expostos a situações nas quais a manutenção da saúde se acha prejudicada, favorecendo o aparecimento de doenças (MARZIALE, 1995; LOPES et al,1996; ELIAS e NAVARRO, 2007).

Estes profissionais são constantemente expostos a riscos físicos e biológicos através da manipulação de substâncias tóxicas, medicações, radiações, fluidos e secreções contaminadas, além do estresse emocional de lidar em seu cotidiano com a doença, o sofrimento e a morte (CORREA e DONATO, 2007; SPINDOLA e MARTINS,2007).

São trabalhadores que, em sua maioria, pela baixa remuneração a que estão submetidos, se vêm obrigados a jornadas duplas ou triplas de trabalho, tendo assim uma sobrecarga física e mental, com a redução de horas de sono, descanso e lazer (FARIAS e ZEITOUNE, 2007).

Ao referirem aos baixos salários pagos aos trabalhadores de enfermagem e a necessidade de terem dois ou até mais vínculos empregatícios, Pinho et al (2007) destacam também que esta situação ocasiona uma atenção diminuída no trabalho e os compele a fortes pressões físico-emocionais. Por sua vez, isso vem ocasionar relacionamentos instáveis com a equipe e intranquilidade ao atender o paciente.

Por ser a enfermagem a profissão responsável pelo cuidado integral ao ser humano, desenvolvendo ações preventivas, educativas e curativas de saúde à população, é imprescindível que as pessoas que abraçam esta profissão tenham

realmente as condições de saúde necessárias para desenvolverem satisfatoriamente estas responsabilidades.

Tal fato tem despertado o interesse de pesquisadores como Guido (2003); Magnago (2008); Mauro et al (2010), entre outros, em estudar as condições de saúde e de trabalho dos profissionais de enfermagem nas organizações de saúde, principalmente nos contextos hospitalares. São nestas instituições que a enfermagem constitui-se na maior força de trabalho, sendo a grande responsável pelo reconhecimento da qualidade do serviço oferecido pela instituição através da assistência prestada aos usuários de saúde.

CAPÍTULO 3

MÉTODOS

3.1 Tipo e local de estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico seccional no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), na cidade de Juiz de Fora, MG. O HU é, atualmente, composto por duas unidades de atendimento: Unidade Santa Catarina e o Centro de Atenção à Saúde (HU-CAS), Unidade Dom Bosco. É um hospital geral, público, ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para a assistência, ensino e pesquisa em saúde. É campo de ensino e treinamento para estudantes de medicina, enfermagem, fisioterapia, odontologia, psicologia, farmácia e bioquímica e serviço social. Esse hospital é um centro de referência ao atendimento de pacientes da rede SUS numa área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio de Janeiro.

Disponibiliza uma capacidade instalada e ocupacional de 140 leitos e 16 leitos de Hospital Dia. Perfaz uma média de 7500 consultas/mês e 294 internações/mês - indicadores de março de 2007 (Site: hu.ufjf.br, 2012).

3.2 Universo e população de estudo

Foram convidados a participarem do estudo todos os trabalhadores da assistência de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) dos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) das duas unidades do HU (Unidade Santa Catarina e HU-CAS – Unidade Dom Bosco).

A equipe de enfermagem totalizava, no período da coleta de dados, 320 funcionários que atuavam na assistência de enfermagem, sendo que 58 deles eram enfermeiros, 240 eram técnicos de enfermagem e 22 eram auxiliares de enfermagem. Deste total, 226 funcionários encontravam-se lotados na Unidade Santa Catarina e 94, na Unidade Dom Bosco. Excluíram-se da amostra os trabalhadores (sete) que não pertenciam mais ao quadro de funcionários da instituição por demissão ou transferência, sendo considerados elegíveis 313 trabalhadores.

Foram realizadas 272 entrevistas (86,90%), sendo que uma delas por ter sido respondida apenas parcialmente, foi excluída da análise, ficando a amostra final constituída de 271 (86,50%) entrevistados. Verificou-se uma perda (13,42%) relacionada a afastamentos por licença médica e férias; inconsistência das respostas e a impossibilidade de encontrar alguns trabalhadores apesar de diversas tentativas (Figura 1).

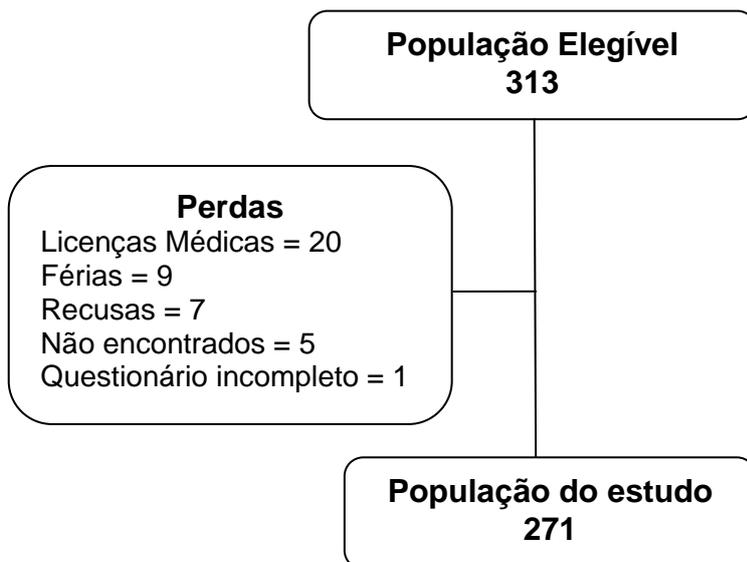


Figura 1 – Representação esquemática da população de estudo

3.3 Instrumento de coleta de dados

Aplicou-se questionário constituído de vários blocos conforme detalhamento adiante. Parte do questionário foi adaptada do instrumento já testado e validado na pesquisa intitulada “O trabalho noturno e sua associação com fatores de risco para doenças cardiovasculares entre enfermeiros – O estudo da saúde dos enfermeiros”. Este estudo aborda o trabalho noturno e suas consequências na saúde, em especial, os fatores de risco para doenças cardiovasculares entre profissionais de enfermagem e está inserido na linha de pesquisa “Cronobiologia, organização do trabalho e saúde”, desenvolvido no Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ.

Este questionário foi aplicado por entrevistadores selecionados e treinados. Desta forma, pretendeu-se reduzir perdas como, por exemplo, o não retorno de questionários ou a ocorrência de questões em branco.

Antes da sua versão final, o questionário sofreu sucessivas etapas de pré-testes com o objetivo de aprimorar o instrumento. O questionário final conteve questões referentes à caracterização de posição socioeconômica e variáveis demográficas do trabalhador, questões relacionadas ao trabalho, questões relacionadas com o estilo de vida e hábitos do trabalhador e questões referentes à saúde, absenteísmo e presenteísmo (Apêndice A).

O instrumento foi composto por questões relativas aos seguintes temas:

- **Identificação e dados sociodemográficos:** idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, presença de filhos menores de 6 anos, presença de empregada doméstica mensalista na residência;

- **Dados socioeconômicos:** renda familiar mensal, número de dependentes;

- **Trabalho:** função, setor, vínculo empregatício, jornada de trabalho, tempo de trabalho na enfermagem, presença de outro vínculo profissional, turno de trabalho neste e em outro hospital, carga horária de trabalho em cada atividade desenvolvida, plantões noturnos regulares;

- **Fatores relacionados ao ambiente de trabalho:** autonomia, apoio da chefia e dos colegas, reconhecimento e valorização do trabalho, condições do ambiente físico e ergonômico, recursos materiais e humanos, razões da escolha do turno, possibilidade de dormir ou repousar durante o trabalho noturno.

- **Trabalho doméstico:** responsabilidade sobre a realização das tarefas, esforço físico e apoios externos.

- **Doenças e sintomas:** distúrbios digestivos, distúrbios músculoesquelético, depressão, alterações cardiovasculares, hipertensão arterial e outras doenças crônicas não transmissíveis, alergias, enxaqueca e uso de medicamentos.

- **Autocuidado em saúde e comportamentos relacionados à saúde:** uso de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, peso e altura para calcular o IMC.

- **Estresse psicossocial no trabalho:** avaliado por meio da versão reduzida da Escala de Esforço e Recompensa - composta por 16 itens que integram três dimensões “esforço”, “recompensa” e “excesso de comprometimento” traduzida para o português brasileiro por Chor et al (2008). A escala possui cinco opções de respostas que variam de 1 (eu discordo totalmente) a 4 (eu concordo totalmente). Para as análises, os escores das três dimensões do questionário foram agrupados em tercís e, posteriormente, dicotomizados em alto e baixo (esta categoria incluiu o baixo e médio tercil).

3.4 Desfecho: presenteísmo

Outro bloco do questionário foi constituído do instrumento metodológico chamado *Stanford Presenteeism Scale – 6* (SPS-6), elaborado por Koopman e col em 2002 (Anexo 1) e foi adaptado para o português brasileiro nesta tese conforme detalhamento nos itens que se seguem.

O presenteísmo foi avaliado através das seguintes perguntas:

- “Nos últimos 30 dias, você esteve presente no trabalho apesar de apresentar algum problema de saúde, sinal ou sintoma de adoecimento?”

- “Se sim, qual(is)?”

O instrumento (SPS-6) é composto de seis afirmações numa escala do tipo-Likert com cinco modalidades de respostas que variam de 1: discordo totalmente a 5: concordo totalmente.

O escore total do SPS-6 se deu através da soma dos valores dos itens da escala, de acordo com a Tabela 1

Tabela 1- Valor dos pontos dos itens que compõem o SPS-6^a

Opções de respostas	Itens 1,3 e 4	Itens 2,5 e 6
Eu discordo totalmente	5	1
Eu discordo parcialmente	4	2
Não concordo nem discordo	3	3
Eu concordo parcialmente	2	4
Eu concordo totalmente	1	5

^a Jointly owned by Merck & Co., and Stanford University School of Medicine

Para obter a pontuação total da SPS-6, somaram-se os pontos que poderiam variar de 6 a 30. Os resultados foram analisados de acordo com a proposta de Koopman et al (2002), que determina que escore baixo (de 6 a 18) indica redução de desempenho, e pontuações elevadas (mais próximas de 30) correspondem a uma maior capacidade do trabalhador em se concentrar e realizar todo o trabalho apesar de apresentar algum problema de saúde. A escala, através da autoavaliação, mensura o desempenho dos indivíduos para o trabalho quando se encontram afetados pelo presenteísmo, sendo que os escores médios mais elevados no SPS-6 indicam que o trabalho das pessoas foi menos afetado pelo presenteísmo (MARTINEZ E FERREIRA, 2011).

Os autores do instrumento (KOOPMAN et al, 2002), denominam “baixo presenteísmo” para os escores baixos e “alto presenteísmo” para escores elevados. Tal denominação, a princípio, pode gerar dúvidas de interpretação uma vez que “baixo presenteísmo” poderia representar um resultado positivo, ou seja, o trabalhador estaria pouco comprometido pelo presenteísmo e aquele que tem “alto presenteísmo” teria um resultado negativo, com um maior comprometimento. Na realidade, a ideia dos autores é contrária: “baixo presenteísmo” significa pior desempenho no trabalho e vice-versa.

3.5 Tradução e adaptação do *Stanford Presenteeism Scale*

O processo de tradução e adaptação da SPS-6 adotado foi baseado no roteiro proposto por Herdman et al (1998) e recomendado por Reichenhein e Moraes (2007), que consiste de seis etapas.

1 e 2- A equivalência conceitual e de itens: busca a existência de um conceito comum nas duas populações (aquela em que a escala foi desenvolvida e aquela em que vai ser aplicada). É feita através de revisão bibliográfica, discussão com especialistas e com a população-alvo. Os conceitos são investigados, geralmente, através de perguntas ou itens que sejam correspondentes nos dois idiomas.

3- A equivalência semântica: envolve a transferência de significado das palavras contidas no instrumento original para a versão. Esta etapa envolve duas ou mais traduções realizadas de forma independente por tradutores com domínio da língua do instrumento original e retraduições para o original por outros tradutores nativos.

4- A equivalência operacional: se refere ao formato do instrumento, métodos de medida, forma de aplicação.

5- A equivalência de mensuração: se refere às propriedades psicométricas do instrumento.

6- A equivalência funcional: ambos os instrumentos (original e nova versão) devem medir os mesmos conceitos em culturas diferentes.

O processo de adaptação da SPS-6 compreendeu a revisão da literatura sobre o instrumento e sua utilização e/ou adaptação para outras línguas, solicitação da autorização ao autor da escala para a adaptação e utilização da mesma, consultas a dicionários de inglês e português, tradução e retradução, painel de especialistas, realização de pré-testes e retestes. Tais etapas serão apresentadas a seguir.

Tradução da escala do inglês para o português

Antes de iniciar o processo de adaptação, foi obtida a autorização do autor da escala para a tradução e adaptação da mesma para o português brasileiro. A tradução da escala foi realizada por três tradutores brasileiros, com domínio da língua inglesa, de forma independente. Cada tradutor recebeu um formulário com as instruções do trabalho a ser realizado, em que foi enfatizada a importância da equivalência semântica e solicitado que atribuísse uma nota (de 0 a 10) que expressasse o grau de dificuldade na tradução de cada item e opção de resposta (Apêndice B). A seguir, foi definida a primeira versão de consenso através de reunião com a pesquisadora e as duas orientadoras do estudo.

Avaliação das traduções

A versão de consenso foi novamente avaliada e comparada com a original por especialistas, epidemiologista, pesquisadores na área da saúde do trabalhador e pesquisadores com experiência no uso de escalas. Foram analisados a redação, o uso da linguagem coloquial e a equivalência do sentido das perguntas e respostas. Foram realizadas algumas modificações, de acordo com as sugestões dadas pelos avaliadores.

Retradução

A nova versão de consenso, após as modificações realizadas, foi retraduzida do português para o inglês por dois profissionais que possuíam o inglês como idioma nativo e domínio do português, de forma independente.

Painel de especialistas para avaliação da retradução

Após a realização das retraduições para o inglês, uma nova reunião de consenso foi realizada em que as retraduições com a versão traduzida foram comparadas com vistas a concluir a versão final do instrumento.

Pre-teste

Foi realizado o pré-teste da versão final do instrumento com o objetivo de testar a escala quanto à compreensão, clareza das perguntas e respostas e dificuldades encontradas. O pré-teste foi realizado com 30 voluntários com características similares à população de estudo, em outra instituição hospitalar do município. A escala foi aplicada em forma de entrevista e, ao término, cada participante foi questionado sobre o instrumento em relação aos itens descritos anteriormente (Apêndice C).

Estudo de confiabilidade teste-reteste

O estudo de confiabilidade teste-reteste foi realizado em subamostra de 50 trabalhadores do estudo principal que referiram problemas de saúde nos últimos 30 dias e que concordaram em responder novamente ao instrumento no período de sete a 14 dias após a primeira aplicação.

A confiabilidade foi avaliada por meio da estabilidade temporal e da consistência interna. A avaliação da estabilidade temporal foi feita utilizando-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCIC) para a avaliação do escore global e estatística kappa com ponderação quadrática para avaliação dos itens. Adotaram-se os critérios de Landis & Koch(1977) para a avaliação do nível de confiabilidade: < 0 = pobre; 0 a 0,20= fraca; 0,21 a 0,40=provável, 0,41 a 0,60=moderada; 0,61 a 0,80=substancial e 0,81 a 1,00=quase perfeita.

O coeficiente *alpha* de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna da escala, sendo que o valor mínimo de 0,70 foi utilizado para considerar que os itens avaliam consistentemente o mesmo constructo (ROWLAND, ARKKELIN, CRISLER, 1991).

A capacidade do instrumento em discriminar, em nossa população de estudo, as dimensões subjacentes à versão original da escala foi avaliada por meio da análise fatorial, aplicando-se o método dos eixos principais (*Principal Axis Factoring*) para a extração de fatores (HAIR et al, 2005). Esse método é mais apropriado para explorar dimensões latentes com dados que não apresentam distribuição normal, sendo indicado por diferenciar a parte da variância comum da específica, ao contrário de componentes principais que não fazem esta distinção (HAIR et al, 2005). Estipulou-se, na interpretação do fator, carga fatorial mínima de $\pm 0,30$ (HAIR et al, 2005). Para determinar o número de fatores que deveriam ser extraídos, dois critérios foram utilizados: o número de fatores com autovalor (*eigenvalue*) superior a um e o *Cattell's Scree test* (NORMAN, STREINER, 2000). Em uma segunda fase, realizou-se rotação ortogonal varimax para simplificar a interpretação dos fatores e minimizar o número de itens com grande peso em apenas um fator. Como exploração inicial da adequação dos itens ao procedimento de análise fatorial, foram utilizados o índice de *Kaiser Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett (BTS), os quais testam a hipótese nula de matriz identidade, ou seja, de que, além da correlação perfeita (diagonal principal), não há correlação entre as variáveis (NORMAN, STREINER, 2000).

3.6 Seleção e treinamento de entrevistadores

A equipe foi composta pela autora desta tese que coordenou e supervisionou o trabalho de campo e por cinco enfermeiras, selecionadas pela pesquisadora que foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos do estudo, o uso correto do instrumento, forma adequada de abordagem do trabalhador e questões éticas do estudo. O treinamento se deu nos meses de julho e agosto de 2011, seguindo as etapas a seguir:

- Primeiramente, a pesquisadora orientou as entrevistadoras quanto ao instrumento, população, e local de estudo e materiais necessários para o trabalho de campo. Foi realizada a leitura em voz alta dos instrumentos de coleta de dados e do manual de instruções, esclarecendo as possíveis dúvidas. Os objetivos foram destacados, bem como as questões éticas do estudo e a forma adequada de abordar o trabalhador.

- A seguir, realizou-se uma simulação da entrevista, na qual a pesquisadora ocupou o papel de entrevistada e uma das entrevistadoras em treinamento aplicou o questionário. Posteriormente, foi realizado um rodízio, de forma que cada participante teve a oportunidade de atuar como entrevistadora e entrevistada. Todas as dúvidas e possíveis problemas detectados foram anotados e, ao final, foi realizada a discussão e os acertos pertinentes.

- Posteriormente, a pesquisadora acompanhou a realização de uma entrevista de cada entrevistador em campo, observando o seu desempenho e sua postura. Ao final de cada entrevista, eram feitas as observações, instruções e ajustes necessários.

3.7 Estudo piloto

No mês de julho de 2011, foi realizado um estudo piloto com uma subamostra de 30 trabalhadores de enfermagem de outra instituição hospitalar do município, que teve como objetivos testar os instrumentos de coleta de dados, verificar a clareza e a compreensão das questões e realizar as alterações e adequações necessárias para o estudo. Os voluntários não relataram nenhuma dificuldade relacionada às questões do instrumento e declararam ser um questionário de fácil entendimento,

interessante e pertinente, uma vez que aborda situações vivenciadas em seu cotidiano de trabalho. Foram feitos apenas pequenos ajustes relacionados à digitação.

3.8 O trabalho de campo e a coleta de dados

Antes do início das entrevistas, a equipe esteve presente em todos os setores das duas unidades que compõem o HU nos diferentes turnos de trabalho para a divulgação da pesquisa.

Foram confeccionados cartazes sobre o estudo (Apêndice D) e fixados em cada setor e feitas reuniões, em que a equipe de entrevistadoras foi devidamente apresentada e foi exposto o objetivo da pesquisa, a importância da participação de todos e o comprometimento da pesquisadora em divulgar os resultados do estudo à equipe de enfermagem e à administração da instituição.

Ao iniciar o trabalho de campo, cada entrevistadora recebeu uma pasta contendo: uma listagem dos trabalhadores a serem abordados, com a descrição de setor e horário de trabalho, caneta, régua, questionários e tabelas de opções de respostas referentes a algumas questões do questionário.

Os questionários foram previamente codificados pela coordenadora e distribuídos a cada entrevistadora responsável pela aplicação do mesmo utilizando a estratégia da entrevista.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2011. A entrevista foi realizada durante o turno de trabalho, em local reservado, no próprio setor. O tempo da entrevista variou de 30 a 50 minutos, sendo realizada nos três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite. Após cada turno, os questionários eram recolhidos pela coordenadora e feita a revisão de cada um, juntamente com as entrevistadoras, com o objetivo de verificar se todas as questões haviam sido preenchidas, se não houve nenhum erro por esquecimento ou distração. Desta forma, foi possível realizar os acertos necessários, evitando perda de questão.

Os questionários eram arquivados diariamente pela coordenadora após uma segunda revisão e a listagem de funcionários era atualizada e repassada às entrevistadoras ao término de cada dia de trabalho.

A etapa de coleta de dados transcorreu sem problemas, tenha sido as entrevistadoras bem recebidas pelos trabalhadores. As dificuldades por vezes encontradas se relacionavam com a indisponibilidade de tempo para a entrevista devido à sobrecarga de atribuições da enfermagem na assistência ao paciente hospitalizado. Após a coleta dos dados, os mesmos foram digitados, utilizando-se o software Epi-Info. Erros de inconsistência nas respostas relacionados a erros de digitação foram verificados e corrigidos, realizando, desta forma, a “limpeza” do banco de dados.

3.9 Análise dos dados

O processo de análise dos dados foi realizado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 19 (SPSS®).

3.10 Tratamento das variáveis do estudo

▪Variáveis sociodemográficas

- **Sexo**: categorizado em feminino e masculino
- **Idade**, inicialmente mensurada em anos, foi recodificada em duas categorias de faixa etária: até 40 anos e 41anos ou mais de idade.
- O **Nível de escolaridade** informado foi analisado nas seguintes categorias: ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, pós-graduação, mestrado e doutorado. Para a análise bivariada, foi agrupado em duas categorias: universitário ou mais e ensino médio ou menos.
- A **Situação conjugal** foi analisada nas seguintes categorias: casado/ vive em união, separado/divorciado/viúvo e solteiro.
- **Filhos menores de 6 anos**: Sim ou não.
- **Empregada doméstica mensalista**: sim ou não
- **Renda familiar per capita**: criada a partir da divisão da renda familiar pelo número de dependentes. Esta razão foi categorizada de acordo com o salário mínimo nacional vigente na ocasião da coleta de dados (R\$ 545,00) e classificada em três

categorias: menos de um salário mínimo, de um a dois salários mínimos e três ou mais salários mínimos, excluindo-se informações ignoradas.

▪ Variáveis ocupacionais

-A **Categoria profissional** foi avaliada em três categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

- O **Vínculo de trabalho** foi avaliado em duas categorias: servidor público e contratado.

- O **Turno de trabalho** foi agrupado em três categorias: diurno, noturno e misto (trabalhadores que atuam nos turnos diurno e noturno).

- O **Setor de trabalho** foi agrupado em dez categorias: Clínicas Médicas, Clínicas Cirúrgicas, Ambulatório, CTI, Centro Cirúrgico, Pediatria, Hemodiálise, Central de Material Esterilizado (CME), Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e Direção de enfermagem.

- O **Tempo de trabalho na enfermagem**, inicialmente mensurado em anos, foi reagrupado em três categorias: menos de cinco anos, de cinco a dez anos e mais de dez anos de trabalho.

- O **Número de empregos** foi agrupado primeiramente em três categorias: um emprego, dois empregos, três ou mais empregos. Para as análises bivariadas, foi agrupado em duas categorias: um emprego e dois ou mais empregos.

▪ Variáveis relacionadas aos hábitos de vida e saúde

- O **Tabagismo** foi analisado em três categorias: não fumante, ex-fumante e fumante. Para as análises bivariadas, foi agrupado em Tabagismo: sim ou não.

- **Atividade física**: sim ou não.

- O **Índice de Massa Corpórea (IMC)** foi calculado mediante o peso e a altura referidos pelos trabalhadores e agrupados em três categorias: abaixo do peso, peso ideal e sobrepeso/obeso. Excluíram-se as informações ignoradas.

- A **Autopercepção do estado de saúde** foi avaliada inicialmente em quatro categorias: Muito bom, Bom, Regular e Ruim. Na análise bivariada, foi reagrupada em duas categorias, sendo a primeira “Bom/muito bom” e a segunda “regular/ruim”.

- **Ingestão de álcool**: analisada quanto à frequência e quanto ao número de doses ingeridas.

- **Consumo de álcool** foi criada através da combinação das variáveis frequência de consumo e número de doses ingeridas, sendo agrupadas em três categorias: “Não bebe/baixo consumo”, incluindo os trabalhadores que referiram não beber nunca ou beber uma dose, uma vez por mês ou menos; “Consumo moderado”, que agrupa aqueles que bebem uma dose até duas a quatro vezes por mês; “Alto consumo”, que inclui os que afirmaram beber mais de duas doses por mais de duas vezes por semana.
- **Plano privado de assistência à saúde:** sim ou não.
- **Problemas de saúde referidos:** analisados os problemas de saúde que já foram diagnosticados nos trabalhadores: alergia, enxaqueca, varizes, gastrite, alterações osteomusculares, hipertensão arterial severa (HAS), depressão, problemas articulares, asma, úlcera gástrica, diabetes mellitus, doenças do coração, doença renal e trombose.

3.11 Análise da associação entre características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida e saúde e o presenteísmo

Inicialmente, foram realizadas análises univariadas com distribuição de frequências simples para a descrição das características sociodemográficas, ocupacionais e hábitos de vida e saúde dos trabalhadores. A seguir, as análises bivariadas foram realizadas, verificando a associação entre cada covariável do estudo e o presenteísmo. Comparações entre proporções e entre médias foram feitas utilizando, respectivamente, os testes de qui-quadrado de Pearson e Anova, adotando-se níveis de significância de 5% ($p < 0,05$).

A comparação entre as médias do escore global e de cada subdimensão da escala de presenteísmo, brutas e ajustadas por potenciais variáveis de confundimento, foi realizada por meio de modelo linear geral multivariado (Manova).

3.12 Questões éticas

O estudo obedeceu a todos os preceitos éticos, estando em concordância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulamenta as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996), e foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, sendo aprovado sob o Parecer nº 058/2011 (Anexo 2).

Portanto, foi respeitado o anonimato, sendo garantido aos participantes que não haveria, de forma alguma, sua identificação. Foi explicado a cada entrevistado que todas as informações fornecidas seriam utilizadas somente para fins de estudo.

Todos os participantes foram esclarecidos sobre o estudo e seus objetivos, ficando claro que sua participação é voluntária e que sua recusa não lhe traria nenhum tipo de prejuízo. Foi garantido também que o pesquisador estaria à disposição para qualquer tipo de esclarecimento ou informação, sempre que o mesmo julgasse necessário.

Todos os participantes foram esclarecidos de que não haveria nenhum risco de qualquer natureza relacionado à sua participação, sendo que a mesma se daria apenas através da entrevista e os benefícios do estudo estariam relacionados com o conhecimento das condições de trabalho da instituição e a influência destas condições na saúde dos trabalhadores de enfermagem e a possibilidade de medidas que visem à melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida destes profissionais. Todas as entrevistas serão devidamente arquivadas pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo, a seguir, incineradas.

Os resultados do estudo serão divulgados em eventos e artigos científicos, e todos os custos relacionados à pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora.

Frente à concordância, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constituído de duas vias, sendo que uma via foi entregue ao mesmo e a outra ficará arquivada com a pesquisadora representaria qualquer tipo de benefício ou ônus financeiro (Apêndice E). Cada participante foi devidamente informado de que seu aceite ou recusa não

Solicitou-se também à direção da instituição a autorização para a realização do estudo e para a identificação da mesma no estudo (Apêndice F).

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Tradução e adaptação do SPS-6

Inicialmente, buscou-se encontrar o significado de presenteísmo no português brasileiro. Embora o termo não tenha sido identificado no dicionário brasileiro, o conceito tem sido amplamente utilizado, principalmente na área da economia e administração. Portanto, admitiu-se a equivalência conceitual nos dois idiomas.

Diferentemente da versão original, que utiliza o autopreenchimento, adotou-se a aplicação por meio de entrevistas. Desta forma, evitou-se o não preenchimento de algum item ou a inconsistência de respostas.

As notas atribuídas ao grau de dificuldade pelos três tradutores indicaram que a escala foi de fácil tradução, sendo classificada a maioria dos itens que compõem o instrumento como “nenhuma dificuldade”, “quase nenhuma dificuldade” e “pouca dificuldade”. As expressões que apresentaram maior dificuldade de tradução foram “*distracted me from*” do item “*My (health problem)* distracted me from taking pleasure in my work*”, e “*I felt hopeless*” no item “*I felt hopeless about finishing certain work tasks due my (health problem)**” por não terem uma expressão diretamente correspondente na língua portuguesa.

Na reunião de consenso, novas consultas foram feitas a dicionários da língua inglesa e portuguesa com o objetivo de buscar a melhor opção para essas questões. Para a expressão “*distracted me from*”, foi adotada, a princípio, a tradução “não me permitiu” e para “*I felt hopeless*”, “me senti desanimado”. A primeira versão de consenso foi avaliada e comparada com a original por especialistas e realizadas algumas adequações sugeridas. A expressão “*I felt hopeless*” foi então substituída por “me senti sem ânimo”.

Após a realização das retraduições para o inglês, uma nova reunião de consenso foi realizada em que as retraduições com a versão traduzida foram comparadas com vistas a concluir a versão final do instrumento. Porém verificaram-se ainda algumas divergências relacionadas com a expressão anteriormente mencionada “*distracted me from*”, permanecendo a dificuldade de encontrar uma palavra que mantivesse a equivalência semântica entre as escalas. Foi então

realizada uma consulta ao autor da escala original apresentando as dúvidas e possibilidades de tradução. Frente sua resposta, decidiu-se pela seguinte tradução: “Devido ao meu problema de saúde, não pude ter prazer no trabalho” por ter sido considerada aquela que melhor representaria o sentido da expressão em Inglês, sendo então concluída a versão final do instrumento traduzido para a língua portuguesa. No estudo piloto, não foi apresentada nenhuma dúvida ou sugestão de alteração no instrumento.

A subamostra que participou do estudo de confiabilidade teste-reteste apresentou, de maneira geral, características semelhantes ao estudo seccional, embora se tenha observado proporção um pouco mais elevada de enfermeiros e de trabalhadores noturnos, conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2- Descrição dos participantes presenteístas do estudo seccional e do estudo de confiabilidade teste- reteste, Juiz de Fora, 2011

Variáveis	Presenteístas Estudo	Estudo de
	seccional N=153 n (%)	confiabilidade teste- reteste n=50 n (%)
Sexo		
Feminino	122 (79,7)	40 (80,0)
Masculino	31 (20,3)	10 (20,0)
Idade (anos) Média (DP)	39,8 (10,8)	40,0 (10,4)
Variação	20 a 65 anos	20 a 60 anos
Categoria profissional		
Enfermeiros	34 (22,2)	13 (26,0)
Técnicos/auxiliares	119 (77,8)	37 (74,0)
Turno de trabalho		
Diurno	112(73,2)	25 (50,0)
Noturno	41 (26,8)	25 (50,0)
Vínculo de trabalho		
Servidores públicos	91 (59,5)	30 (60,0)
Contratados	62 (40,5)	20 (40,0)

4.1.1 Resultados do estudo de confiabilidade teste-reteste

O kappa ponderado dos itens da escala variou de 0,61 a 0,94, e a escala global apresentou coeficiente de correlação intraclasse de 0,91 (Tabela 3).

4.1.2 Resultados da validade dimensional

O teste de esfericidade de Bartlett rejeitou a hipótese nula de que a matriz de correlação dos dados fosse uma matriz identidade ($p < 0,001$) e o teste KMO foi igual a 0,674. Esses resultados indicam que houve adequação da matriz dos dados à análise fatorial.

De acordo com os procedimentos da análise fatorial, apenas dois fatores (dimensões) foram mantidos (Tabela 4). Os autovalores dos dois fatores foram iguais a 2,494 e 1,440, respectivamente, e a proporção da variância explicada por cada um foi estimada em 41,56% e 24% respectivamente. Portanto, esses dois fatores explicaram, em conjunto, 65,6% da variância encontrada nos dados (Tabela 3). Após a rotação varimax das cargas dos fatores, três itens tiveram cargas mais altas no fator I e três no fator II. O primeiro fator abrangeu todos os itens relacionados aos aspectos físicos e o segundo aos aspectos psicológicos que envolvem o presenteísmo.

Tabela 3 – Estabilidade teste e reteste dos itens que compõem o SPS-6

Item	Kappa Ponderado	ICC95%
1	0,84	0,66-1,00
2	0,86	0,65-1,00
3	0,84	0,66-1,00
4	0,67	0,36-0,97
5	0,94	0,28-1,00
6	0,94	0,88-1,00

Coeficiente de Correlação Intraclasse 0,91 (0,85-0,95)

Tabela 4 - Estrutura fatorial da Escala SPS-6

Itens	Fator 1 (físicos)	Fator 2 (psicológicos)
1- Difícil lidar com estresse no trabalho	-0,013	0,824
2- Conseguiu terminar tarefas difíceis	0,770	0,127
3- Não pode ter prazer no trabalho	-0,030	0,767
4- Sem ânimo para terminar algumas tarefas	-0,291	0,753
5- Conseguiu concentrar nas metas	0,735	-0,281
6- Teve energia para terminar todo o trabalho	0,865	-0,190
Autovalores	2,494	1,440
% de variância explicada	41,6	24,0
<i>Alpha de Cronbach</i>	0,72	0,71

Método de extração: componentes principais; método de rotação: varimax com normalização de Kaiser

4.2 Características sociodemográficas dos trabalhadores de enfermagem

Tabela 5 – Descrição sociodemográfica dos trabalhadores de enfermagem, HU-UFJF - Juiz de Fora, 2011 (n=271)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	206	76
Masculino	65	24
Idade		
Até 40 anos	141	52
41 anos ou mais	130	48
Nível de escolaridade		
Doutorado	1	0,4
Mestrado	6	2,2
Pós-graduação	66	24,4
Ensino Superior	38	14
Ensino Médio	157	57,9
Ensino Fundamental	3	1,1
Situação conjugal		
Casado ou em união	164	60,5
Solteiro	57	21
Separado/divorciado/viúvo	50	18,5
Filhos menores de 6 anos		
Sim	56	20,7
Não	215	79,3
Empregada doméstica mensalista		
Sim	37	13,7
Não	234	86,3
Renda familiar per capita ^{a,b}		
< de 1 salário mínimo	47	17,3
De 1 a 2 salários mínimos	89	32,8
> de 3 salários mínimos	113	41,7

^a SM na época do estudo: R\$ 545,00; ^b excluíram-se informações ignoradas

Os dados apresentados na tabela 5 evidenciam que a equipe de enfermagem do HU-UFJF era predominantemente do sexo feminino (76,0%); a média de idade foi 40 anos \pm 10,3 anos (idade mínima de 20 anos e máxima de 65 anos); 57,9% tinham o ensino médio completo, sendo que 24,4% tinham pós-graduação; a maioria (60,5%) era casada ou vivia com companheiro; 20,7% tinham filhos menores que 6 anos e 13,7% referiram ter empregada doméstica mensalista em casa; 32,8% tinham renda familiar per capita entre um e dois salários mínimos e 41,7% acima de três salários mínimos.

4.3 Análise das características ocupacionais dos trabalhadores

Tabela 6 - Características ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem HU-UFJF - Juiz de Fora, 2011 (n=271)

Variáveis	N	%
Categoria profissional		
Enfermeiros	52	19,2
Técnicos	175	64,6
Auxiliares	44	16,2
Turno de trabalho		
Diurno	151	55,7
Noturno	56	20,7
Misto (diurno e noturno)	64	23,6
Vínculo de trabalho		
Servidores públicos	160	59
Contratados	111	41
Setor de trabalho		
Clínicas Médicas	55	20,3
Clínicas Cirúrgicas	45	16,6
Ambulatório	38	14
CTI	32	11,8
Centro Cirúrgico	29	10,7
Pediatria	24	8,1
Hemodiálise	22	8,1
CME	13	4,8
TMO	11	4,1
SCIH	1	0,4
Direção Enfermagem	1	0,4

Continuação da tabela 6

Variáveis	N	%
Tempo de trabalho na enfermagem		
Menos de 5 anos	53	19,5
De 5 a 10 anos	50	18,5
Mais de 10 anos	168	62,0
Número de empregos		
Um	189	69,7
Dois	78	28,8
Três ou mais	4	1,5

A tabela 6 mostra as características ocupacionais dos trabalhadores, sendo que 19,2% eram enfermeiros, 64,6% eram técnicos e 16,2% eram auxiliares de enfermagem; 55,7% trabalhavam no turno diurno; 59,0% eram servidores públicos; a maior concentração de trabalhadores se encontrava nas clínicas médicas (20,3%), clínicas cirúrgicas (16,6%) e ambulatório (14,0%); 62,0% trabalhavam há mais de dez anos na enfermagem; 69,7% dos trabalhadores tinham apenas um emprego.

4.4 Análise das características relacionadas aos hábitos de vida e saúde dos trabalhadores

Tabela 7- Hábitos de vida e saúde dos trabalhadores de enfermagem do HU-UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=271)

Variáveis	N	%
Tabagismo		
Não fumante	182	67,2
Ex- fumante	61	22,5
Fumante	28	10,3
Consumo de álcool		
Não bebe/ baixo consumo	95	35,0
Consumo moderado	46	17,0
Alto consumo	130	48,0
Atividade Física		
Não	142	52,3
Sim	129	47,7
IMC^a		
Abaixo do peso	32	11,8
Peso ideal	93	34,2
Sobrepeso/obesos	129	47,4

Continuação da tabela 7

Variáveis	N	%
Autopercepção do estado de saúde		
Muito bom	82	30,2
Bom	146	53,9
Regular	39	14,4
Ruim	4	1,5
Plano de assistência privado à saúde		
Sim	253	93,4
Não	18	6,6
Problemas de saúde referidos^b		
Alergias	111	40,8
Enxaqueca	94	34,4
Varizes	77	28,3
Gastrite	70	25,6
Doenças osteomusculares	65	23,9
HAS	56	20,5
Depressão	48	17,6
Problemas articulares	46	16,8
Asma	38	14
Úlcera Gástrica	29	10,6
Diabetes Mellitus	15	5,5
Doenças do coração	9	3,3
Doença renal	8	2,9
Trombose	3	1,1

^aexcluíram-se informações ignoradas

^bdiagnóstico médico

Em relação aos hábitos de vida e saúde dos trabalhadores, observa-se, na tabela 7, que 67,2% declararam não ser fumantes e 48% fazem um alto consumo de bebidas alcoólicas. Metade não praticou nenhum tipo de atividade física nas últimas duas semanas que antecederam a entrevista e, na avaliação do Índice de Massa Corporal, 47,4% encontrava-se com sobrepeso ou obeso; 53,9% consideravam-se em bom estado de saúde; a grande maioria dos trabalhadores (93,4%) possuía um plano privado de assistência à saúde. Em relação aos problemas de saúde diagnosticados, as doenças mais citadas foram alergia (40,8%), enxaqueca (34,4%), varizes (28,3%), gastrite (25,6%) e doenças osteomusculares (23,9%).

4.5 Análise das características do absenteísmo e do presenteísmo entre os trabalhadores

Tabela 8 – Características do absenteísmo e do presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem do HU-UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=271)

Variáveis	N	%
Absenteísmo por doença nos últimos 30 dias		
Sim	53	19,5
Não	218	80,1
Esteve presente no trabalho apesar de apresentar algum problema de saúde ou algum sinal ou sintoma de adoecimento nos últimos 30 dias		
Sim	153	56,5
Não	118	43,5
Principais motivos do presenteísmo		
Ausência sobrecarrega os colegas	123	45,4
Ausência compromete a assistência	88	32,5
Receio de perder o emprego	37	13,7
Não há quem o substitua	23	8,5
Financeiros	13	4,8
Comprometimento com o trabalho	9	3,3
Dificuldades em justificar a falta	5	1,8
Principais sinais ou sintomas de adoecimento dos presenteístas		
Gripe/resfriado/amigdalite/faringite/sinusite	40	14,8
Cefaleia/enxaqueca	31	11,4
Dor em MMII/MMSS e problemas Osteomusculares ^a	23	8,5
Problemas de coluna/dor nas costas	21	7,7
Colite/problemas intestinais e estomacais	12	4,4
Alergias/asma/rinite	8	3,0
Quantos estiveram presentes no trabalho com mais de um problema de saúde	38	14,0

^a Membros Inferiores e Membros Superiores

A tabela 8 mostra as principais características dos trabalhadores de enfermagem em relação ao absenteísmo e/ ou presenteísmo nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista. Em relação ao absenteísmo, é possível observar que a maioria (80,1%) relatou que não teve ausências do trabalho neste período. No entanto, em relação ao presenteísmo, 56,5% afirmaram que estiveram presentes ao trabalho apesar de apresentarem algum sinal ou sintoma de adoecimento, sendo que 14,0% foram trabalhar apresentando mais de um problema de saúde.

Dentre os motivos que levaram esses trabalhadores a permanecerem trabalhando, apesar de não estarem se sentindo bem de saúde, foi destacada a sobrecarga de trabalho para os colegas (46,7%) e o comprometimento da assistência prestada ao paciente (32,4%) frente a sua ausência. Os principais sinais e sintomas de adoecimento referidos pelos presenteístas foram: gripe/resfriado/amigdalite/sinusite (14,8%), cefaleia/enxaqueca (11,4%), dor em MMII/MMSS e problemas osteomusculares (8,5%) e problemas de coluna/dor nas costas (7,7%).

4.6 Descrição do escore do presenteísmo entre os trabalhadores

Por meio do instrumento SPS-6, foi mensurado o nível de presenteísmo entre os 153 trabalhadores presenteístas e analisada a média do escore do SPS-6 segundo variáveis selecionadas (sociodemográficas, ocupacionais, hábitos de vida e saúde).

Também foram mensuradas e analisadas as médias de cada uma das duas dimensões de presenteísmo que compõem a escala SPS-6: Trabalho finalizado e concentração mantida com as mesmas variáveis descritas.

No presente estudo, o escore médio global da escala de presenteísmo foi 19,5 (DP=4,8) e mediana de 19, sendo que o escore variou de 7 a 30. Para a dimensão Trabalho finalizado, o escore médio foi 12,9 (DP= 2,5), mediana de 14 e o escore variou de 3 a 15. Para a dimensão concentração mantida, o escore médio foi de 6,6 (DP= 3,3), mediana de 6 e o escore variou de 3 a 15.

Estes resultados encontram-se descritos a seguir.

4.6.1 Média dos grupos de sinais e sintomas/ doenças apresentadas pelos trabalhadores presenteístas

Tabela 9- Média dos escores dos grupos de sinais e sintomas/ doenças apresentadas pelos trabalhadores de enfermagem presenteístas do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)

Grupo de sinais e sintomas/doenças	N	Média	Valor de p	Trabalho Finalizado	Valor de p	Concentração mantida	Valor de p
Cefaleia /Enxaqueca	32	17,8	0,063	12,5	0,515	5,4	0,047
Dor em MMII/ MMSS	18	21,6		13,3		8,3	
Problema de coluna/dor nas costas	21	18,6		12,9		5,7	
Gripes/resfriados/amigdalite/faringite/sinusite	38	20,9		13,6		7,3	
Alergias/ asma/ rinite	10	18,4		12,3		6,1	
Colite/ problemas intestinais e estomacais	12	18,9		12,6		6,3	
Outros	22	19,6		12,5		7,1	

Os sinais e sintomas de doenças apresentados pelos presenteístas foram agrupados de forma mais genérica, uma vez que não foram baseados em diagnósticos médicos e sim no relato de cada participante.

O grupo de sinais e sintomas que mais afetaram a capacidade dos trabalhadores foi cefaleia/enxaqueca, alergias/asma/rinite e problemas de coluna/dor nas costas.

Ao analisar a associação desses sintomas com as duas dimensões de presenteísmo propostas pela tabela SPS-6, percebe-se que apenas na dimensão concentração mantida observaram-se diferenças estatísticas nas médias apresentadas conforme Tabela 9.

4.6.2 Média de presenteísmo e variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores

Tabela 10- Média de presenteísmo e variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)

Variáveis sociodemográficas	n	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Sexo*					
Masculino	31	21,3 (0,85)	0,023	21,0 (0,90)	0,090
Feminino	122	19,1 (0,43)		19,2 (0,47)	
Idade**					
Até 40 anos	83	18,8 (0,52)	0,056	18,7 (0,57)	0,033
41 anos ou mais	70	20,4 (0,57)		20,6 (0,63)	
Renda familiar per capita^{a***}					
< de 1 salário mínimo	62	19,6 (0,64)	0,639	20,01 (0,66)	0,493
De 1 a 2 salários mínimos	46	19,9 (0,74)		19,6 (0,72)	
> de 3 salários mínimos	31	19,0 (0,90)		18,5 (0,99)	
Situação conjugal****					
Casado/vive em união	87	20,1 (0,51)	0,244	19,9 (0,55)	0,564
Solteiro	37	18,7 (0,79)		19,3 (0,94)	
Separado/divorciado/viúvo	29	18,9 (0,89)		18,8 (0,96)	
Nível de escolaridade****					
Universitário ou mais	66	19,1 (0,59)	0,339	19,1 (0,70)	0,471
Ensino médio ou menos	87	19,9 (0,52)		19,9 (0,61)	
Filhos menores de 6 anos****					
Sim	31	20,2 (0,86)	0,382	20,9 (0,94)	0,128
Não	122	19,4 (0,44)		19,2 (0,47)	

^aexcluíram-se as informações ignoradas

*Média ajustada por idade, renda, turno de trabalho, categoria profissional

**Média ajustada por sexo, renda, turno de trabalho, categoria profissional

***Média ajustada por sexo, idade, turno de trabalho, categoria profissional

****Média ajustada por sexo, idade, renda, turno de trabalho, categoria profissional

Em relação às variáveis sociodemográficas, identificou-se diferença estatisticamente significativa entre as médias da variável idade, sendo que os trabalhadores com idade até 40 anos foram os que demonstraram, através das médias de presenteísmo mais baixas, ser os trabalhadores que apresentam queda no desempenho devido ao problema de saúde apresentado.

No que diz respeito ao sexo, percebeu-se que as mulheres apresentaram médias mais baixas de presenteísmo, com valor de p limítrofe (0,090), sendo elas mais afetadas pelo presenteísmo no trabalho do que os homens, de acordo com a Tabela 10.

4.6.3 Média das dimensões de presenteísmo e variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores

Tabela 11- Média das dimensões de presenteísmo (SPS-6) e variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)

Variáveis sociodemográficas	Trabalho Finalizado					Concentração mantida			
	N	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Sexo*									
Masculino	31	13,5 (0,45)	0,180	13,5 (0,49)	0,125	7,8 (0,60)	0,028	7,5 (0,64)	0,732
Feminino	122	12,8 (0,23)		12,6 (0,25)		6,3 (0,30)		6,6 (0,33)	
Idade**									
Até 40 anos	83	12,7 (0,28)	0,415	12,6 (0,31)	0,328	6,1 (0,37)	0,036	6,1 (0,39)	0,021
41 anos ou mais	70	13,1 (0,30)		13,0 (0,34)		7,3 (0,40)		7,6 (0,44)	
Renda familiar percapita^{a***}									
< de 1 salário mínimo	62	13,1 (0,33)	0,447	13,2 (0,35)	0,280	6,5 (0,44)	0,499	6,8 (0,46)	0,622
De 2 a 3 salários mínimos	46	12,7 (0,38)		12,5 (0,39)		7,3 (0,51)		7,1 (0,50)	
> de 3 salários mínimos	31	12,4 (0,47)		12,3 (0,53)		6,6 (0,63)		6,3 (0,69)	
Situação conjugal****									
Casado/vive em união	87	13,2 (0,27)	0,245	13,1 (0,38)	0,166	6,9 (0,36)	0,525	6,8 (0,38)	0,861
Solteiro	37	12,4 (0,42)		12,2 (0,51)		6,3 (0,56)		6,5 (0,68)	
Separado/divorciado/viúvo	29	12,7 (0,47)		12,2 (0,50)		6,3 (0,63)		7,1 (0,66)	
Nível de escolaridade****									
Universitário ou mais	66	12,4 (0,31)	0,050	12,3 (0,49)	0,171	6,7 (0,42)	0,913	6,8 (0,43)	0,986
Ensino médio ou menos	87	13,2 (0,27)		13,2 (0,43)		6,6 (0,36)		6,8 (0,49)	

Continuação da tabela11

Variáveis sociodemográficas	Trabalho Finalizado					Concentração mantida			
	N	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Filhos menores de 6 anos****									
Sim	31	12,8 (0,23)	0,386	12,6 (0,25)	0,142	6,6 (0,31)	0,558	6,7 (0,33)	0,296
Não	122	13,3 (0,46)		13,5 (0,50)		7,0 (0,61)		7,4 (0,66)	

^aexcluíram-se as informações ignoradas

^{*}Média ajustada por idade, renda, turno de trabalho, categoria profissional

^{**}Média ajustada por sexo, renda, turno de trabalho, categoria profissional

^{***}Média ajustada por sexo, idade, turno de trabalho, categoria profissional

^{****}Média ajustada por sexo, idade, renda, turno de trabalho, categoria profissional

Ao analisar as diferenças das médias das duas dimensões de presenteísmo com as variáveis sociodemográficas, observou-se que a idade apresentou associação estatística com concentração mantida. Assim, foi possível perceber que os trabalhadores mais jovens tiveram médias significativamente mais baixas nessa dimensão. Para as demais variáveis analisadas, não foram evidenciadas diferenças significativas entre as duas dimensões conforme mostra a Tabela 14.

4.6.4 Média de presenteísmo e variáveis ocupacionais entre os trabalhadores

Tabela 12- Média de presenteísmo e variáveis ocupacionais entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)

Variáveis Ocupacionais	n	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Vínculo*					
Servidores públicos	91	19,7 (0,51)	0,608	19,3 (0,63)	0,510
Contratados	62	19,3 (0,61)		20,0 (0,80)	
Turno de trabalho**					
Diurno	90	18,8 (0,50)	0,043	19,0 (0,54)	0,126
Noturno	25	21,2 (0,95)		21,5 (1,1)	
Misto (diurno e noturno)	38	20,3 (0,77)		20,0 (0,83)	
Número de empregos*					
Apenas um	10	19,5 (0,46)	0,875	20,7 (0,61)	0,015
Dois ou mais	45	19,6 (0,72)		17,0 (1,1)	
Categoria profissional***					
Enfermeiros	34	17,7 (0,80)	0,006	17,2 (0,96)	0,001
Técnicos	95	20,5 (0,48)		21,0 (0,54)	
Auxiliares	24	18,5 (0,95)		17,9 (1,0)	
Tempo de trabalho na enfermagem*					
Menos de 5 anos	36	18,8 (0,80)	0,250	19,6 (1,1)	0,991
De 5 a 10 anos	25	18,7 (0,96)		19,4 (1,1)	
Mais de 10 anos	92	20,1 (0,50)		19,6 (0,65)	
Satisfação com a enfermagem*					
Satisfeitos	107	20,2 (0,46)	0,044	20,0 (0,49)	0,234
Indiferentes	30	18,3 (0,87)		18,7 (0,98)	
Insatisfeitos	16	17,8 (0,19)		18,0 (1,3)	
Desejo em abandonar a enfermagem*					
Nenhuma vez	74	21,0 (0,54)	0,001	21,1 (0,60)	0,040
Algumas vezes/ano	40	18,1 (0,73)		18,1 (0,76)	
Algumas vezes/mês ou mais	39	18,3 (0,74)		18,5 (0,81)	

Continuação da tabela 12

Variáveis Ocupacionais	n	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Esforço*					
Baixo	94	20,4 (0,49)	0,006	20,4 (0,54)	0,012
Alto	59	18,2 (0,61)		18,3 (0,65)	
Recompensa*					
Baixa	62	19,1 (0,61)	0,357	19,9 (0,54)	0,347
Alta	91	19,8 (0,50)		19,1 (0,69)	
Excesso de Comprometimento*					
Baixo	88	20,5 (0,50)	0,005	20,3 (0,53)	0,030
Alto	65	18,3 (0,58)		18,5 (0,64)	

* Média ajustada por sexo, idade, renda, turno de trabalho, categoria profissional

** Média ajustada por sexo, idade, renda, categoria profissional

*** Média ajustada por sexo, idade, renda, turno de trabalho

Entre as variáveis ocupacionais, verificaram-se diferenças estatisticamente significantes após ajuste por potenciais variáveis de confundimento entre as médias das variáveis: número de empregos, categoria profissional, desejo em abandonar a enfermagem, esforço e excesso de comprometimento. Os trabalhadores com dois ou mais empregos, os enfermeiros, os que expressaram o desejo de abandonar a profissão e aqueles que apresentaram alto esforço e excesso de comprometimento foram os que apresentaram queda de desempenho no trabalho frente ao problema de saúde apresentado, de acordo com a Tabela 12.

4.6.6 Média das dimensões de presenteísmo e variáveis ocupacionais entre os trabalhadores

Tabela 13- Média das dimensões de presenteísmo (SPS-6) e variáveis ocupacionais entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)

Variáveis ocupacionais	Trabalho Finalizado					Concentração mantida			
	N	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Vínculo*									
Servidores públicos	91	12,9 (0,268)	0,801	12,7 (0,339)	0,867	6,8 (0,357)	0,591	6,5 (0,441)	0,417
Contratados	62	12,8 (0,325)		12,8 (0,431)		6,5 (0,432)		7,2 (0,561)	
Turno de trabalho**									
Diurno	90	12,7 (0,269)	0,321	12,7 (0,290)	0,695	6,0 (0,352)	0,030	6,2 (0,376)	0,050
Noturno	25	13,6 (0,510)		13,3 (0,605)		7,6 (0,668)		8,2 (0,784)	
Misto (diurno e noturno)	38	12,8 (0,414)		12,7 (0,448)		7,4 (0,541)		7,3 (0,580)	
Número de empregos*									
Apenas um	108	13,0 (0,246)	0,648	13,0 (0,333)	0,335	6,5 (0,327)	0,571	7,7 (0,424)	0,006
Dois ou mais	45	12,8 (0,381)		12,2 (0,601)		6,8 (0,507)		4,8 (0,765)	
Categoria profissional***									
Enfermeiros	34	11,6 (0,414)	<0,001	11,3 (0,503)	0,868	6,0 (0,582)	0,410	5,8 (0,694)	0,165
Técnicos	95	13,6 (0,248)		13,6 (0,281)		6,9 (0,348)		7,3 (0,388)	
Auxiliares	24	12,0 (0,492)		11,6 (0,535)		6,5 (0,693)		6,2 (0,737)	

Continuação da tabela 13

Variáveis ocupacionais	Trabalho Finalizado					Concentração mantida			
	N	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Tempo de trabalho na enfermagem									
Menos de 5 anos	36	12,5 (0,426)	0,507	12,6 (0,575)	0,508	6,3 (0,561)	0,118	7,0 (0,751)	0,559
De 5 a 10 anos	25	13,1 (0,511)		13,3 (0,567)		5,5 (0,674)		6,1 (0,741)	
Mais de 10 anos	92	13,0 (0,267)		12,7 (0,345)		7,1 (0,674)		6,9 (0,450)	
Satisfação com a enfermagem*									
Satisfeitos	107	13,0 (0,248)	0,684	12,8 (0,265)	0,560	7,2 (0,320)	0,007	7,2 (0,342)	0,113
Indiferentes	30	12,9 (0,468)		13,0 (0,528)		5,3 (0,604)		5,7 (0,680)	
Insatisfeitos	16	12,4 (0,640)		12,1 (0,722)		5,4 (0,827)		6,0 (0,931)	
Desejo em abandonar a enfermagem*									
Nenhuma vez	74	13,4 (0,292)	0,043	13,2 (0,328)	0,072	7,7 (0,379)	0,001	7,8 (0,418)	0,004
Algumas vezes/ano	40	12,1 (0,398)		12,0 (0,416)		5,9 (0,515)		6,1 (0,531)	
Algumas vezes/mês ou Mais	39	12,9 (0,403)		12,8 (0,444)		5,4 (0,522)		5,6 (0,567)	
Esforço*									
Baixo	94	13,1 (0,263)	0,293	13,0 (0,282)	0,289	7,3 (0,340)	0,002	7,4 (0,359)	0,006
Alto	59	12,6 (0,332)		12,5 (0,355)		5,6 (0,429)		5,8 (0,452)	
Recompensa*									
Baixa	91	12,9 (0,268)	0,851	13,0 (0,289)	0,381	6,9 (0,355)	0,243	6,9 (0,378)	0,502
Alta	62	12,9 (0,325)		12,5 (0,369)		6,3 (0,431)		6,5 (0,482)	

Continuação da tabela 13

Variáveis ocupacionais	Trabalho Finalizado					Concentração mantida			
	N	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Excesso de comprometimento*									
Baixo	88	12,9 (0,273)	0,867	12,8 (0,290)	0,913	7,5 (0,345)	<0,001	7,5 (0,365)	0,002
Alto	65	12,9 (0,317)		12,8 (0,349)		5,4 (0,402)		5,7 (0,440)	

* Média ajustada por sexo, idade, renda, turno de trabalho, categoria profissional

** Média ajustada por sexo, idade, renda, categoria profissional

*** Média ajustada por sexo, idade, renda, turno de trabalho

Em relação às variáveis ocupacionais, após ajuste por potenciais confundidores, percebe-se que os trabalhadores do turno diurno, os que têm dois ou mais empregos, os que relataram alto esforço e excesso de comprometimento tiveram médias significativamente mais baixas na dimensão concentração mantida.

Além disso, entre aqueles que manifestaram desejo em abandonar a enfermagem em algum momento, observaram-se médias significativamente mais baixas de presenteísmo. A interferência negativa do presenteísmo se deu tanto nos aspectos físicos quanto nos aspectos psicológicos dos trabalhadores, como se pode observar na tabela 13.

4.6.6 Média de presenteísmo e hábitos de vida e saúde entre os trabalhadores

Tabela 14- Média de presenteísmo e hábitos de vida e saúde entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)

Hábitos de vida e saúde	n	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Tabagismo*					
Não fumante	100	19,7 (0,481)	0,365	20,0 (0,512)	0,247
Ex-fumante	39	18,7 (0,770)		18,4 (0,811)	
Fumante	14	20,6 (1,285)		20,1 (1,343)	
IMC^a*					
Abaixo do peso	21	18,9 (1,072)	0,364	19,7 (1,180)	0,114
Peso ideal	54	20,3 (0,669)		20,7 (0,716)	
Sobrepeso/obeso	66	19,2 (0,605)		18,8 (0,618)	
Saúde autorreferida*					
Bom/muito bom	116	20,1 (0,437)	0,006	20,0 (0,466)	0,092
Regular/ruim	37	17,7 (0,773)		18,3 (0,868)	
Atividade física*					
Sim	84	19,5 (0,526)	0,890	19,6 (0,546)	0,849
Não	69	19,6 (0,581)		19,5 (0,638)	
Uso de medicamentos controlados*					
Sim	100	19,8 (0,495)	0,179	18,4 (0,528)	0,263
Não	26	18,3 (0,971)		19,8 (0,528)	
Absenteísmo doença*					
Sim	42	17,9 (0,728)	0,010	18,1 (0,793)	0,034
Não	111	20,2 (0,448)		20,1 (0,478)	

Continuação da tabela 14

Hábitos de vida e saúde	N	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Consumo de álcool					
Não bebe/baixo consumo	52	18,8 (0,667)	0,396	19,2 (0,729)	0,815
Consumo moderado	29	20,3 (0,893)		19,9 (0,959)	
Alto consumo	72	19,7 (0,567)		19,7 (0,590)	

Média ajustada por sexo, idade, renda, turno de trabalho, categoria profissional

A Tabela 14 mostra que, em relação aos hábitos de vida e saúde dos trabalhadores, houve diferenças estatisticamente significantes entre as médias dos trabalhadores que relataram faltas por motivos de saúde (absenteísmo) nos 30 dias que antecederam a entrevista. Aqueles que disseram ter a saúde regular/ruim apresentaram valor de p limítrofe (0,092). Estes foram os trabalhadores que apresentaram escorem mais baixos, indicando, desta forma, queda de desempenho.

4.6.7 Média das dimensões de presenteísmo e hábitos de vida e saúde entre os trabalhadores

Tabela 15- Média das dimensões de presenteísmo (SPS-6) e hábitos de vida e saúde entre os trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF – Juiz de Fora, 2011 (n=153)

Hábitos de vida e saúde	Trabalho Finalizado					Concentração mantida			
	N	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Tabagismo*									
Não fumante	100	12,9 (0,257)	0,976	12,8 (0,278)	0,985	6,9 (0,337)	0,120	7,2 (0,354)	0,045
Ex-fumante	39	12,9 (0,411)		12,8 (0,440)		5,7 (0,539)		5,6 (0,561)	
Fumante	14	13,0 (0,686)		12,7 (0,728)		7,6 (0,900)		7,5 (0,929)	
IMC^a									
Abaixo do peso	21	12,0 (0,566)	0,240	12,0 (0,641)	0,391	6,9 (0,755)	0,397	7,7 (0,814)	0,029
Peso ideal	54	13,1 (0,353)		13,0 (0,389)		7,2 (0,471)		7,7 (0,494)	
Sobrepeso/obeso	66	12,9 (0,319)		12,8 (0,336)		6,3 (0,426)		6,0 (0,426)	
Saúde autorreferida*									
Bom/muito bom	116	13,1 (0,235)	0,084	12,9 (0,251)	0,202	7,0 (0,309)	0,010	7,2 (0,328)	0,155
Regular/ruim	37	12,3 (0,417)		12,3 (0,468)		5,4 (0,548)		6,0 (0,610)	
Atividade física*									
Sim	84	13,1 (0,279)	0,558	12,9 (0,293)	0,423	6,5 (0,371)	0,524	6,7 (0,383)	0,733
Não	69	12,8 (0,308)		12,6 (0,342)		6,8 (0,409)		6,9 (0,447)	
Uso de medicamentos controlados*									
Sim	26	12,1 (0,501)	0,79	11,9 (0,568)	0,103	6,1 (0,686)	0,0,536	6,4 (0,765)	0,706
Não	100	13,1 (0,225)		12,9 (0,276)		6,6 (0,350)		6,8 (0,371)	

Continuação da tabela 15

Hábitos de vida e saúde	Trabalho Finalizado					Concentração mantida			
	N	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p	Média bruta (EP)	Valor de p	Média ajustada (EP)	Valor de p
Consumo de álcool*									
Não bebe/baixo consumo	52	12,8 (0,355)	0,730	12,7 (0,394)	0,904	6,1 (0,470)	0,316	6,5 (0,510)	0,798
Consumo moderado	29	13,2 (0,746)		13,0 (0,519)		7,1 (0,630)		6,9 (0,672)	
Alto consumo	72	12,8 (0,302)		12,7 (0,319)		6,9 (0,400)		6,9 (0,413)	
Absenteísmo doença*									
Sim	42	12,2 (0,389)	0,028	12,1 (0,428)	0,078	7,0 (0,319)	0,047	7,1 (0,337)	0,096
Não	111	13,2 (0,239)		13,0 (0,258)		5,8 (0,519)		6,0 (0,559)	

Média ajustada por sexo, idade, renda, turno de trabalho, categoria profissional

De acordo com a Tabela 15, observa-se associação estatística entre as variáveis tabagismo e IMC com a dimensão Concentração mantida, sendo que os ex-fumantes e os que estão acima do peso ou obesos são os que apresentaram médias mais baixas nesta dimensão.

Em relação ao absenteísmo, os trabalhadores que estiveram ausentes nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista por motivos de doença apresentaram associação estatística com as duas dimensões de presenteísmo avaliada

CAPÍTULO 5

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O texto a seguir apresenta a discussão dos resultados mostrados no capítulo anterior. Seguiu-se a ordem de apresentação das tabelas descritas com o intuito de orientar a leitura e refletir a ordem e o contexto em que cada análise foi construída.

5.1 Adaptação transcultural do instrumento

Em relação ao Instrumento *Stanford Presenteeism Scale* (SPS-6) ressalta-se que a adaptação transcultural para o português brasileiro foi realizada por meio das etapas preconizadas pela literatura internacional e nacional (HERDMAN et al, 1998; REICHENHEIN e MORAES,2007). Cada etapa do processo de adaptação do instrumento foi realizada de forma cuidadosa, e sucessivas alterações foram necessárias baseadas em discussões entre pesquisadores, especialistas e revisão de literaturas, com o objetivo de se obter a equivalência conceitual, semântica e operacional. Além disso, buscou-se também apresentar resultados da equivalência de mensuração.

A estabilidade temporal dos itens, avaliada por meio do Kappa ponderado, variou de moderada a quase perfeita. A estabilidade da escala avaliada por meio do coeficiente de correlação intraclassa mostrou confiabilidade quase perfeita. No entanto, nenhum estudo anterior foi identificado que nos permitisse comparar esses resultados.

A consistência interna das duas dimensões identificadas apresentou valores superiores ao mínimo proposto por Rowland (1991) - 0,70 - apresentando, portanto, adequada consistência interna no fator 1, que integra os aspectos físicos relacionados ao presenteísmo, e no fator 2, relacionado aos aspectos psicológicos. Estes fatores, de acordo com os autores do instrumento, formam duas dimensões distintas: “trabalho finalizado” e “concentração mantida” respectivamente. Resultados semelhantes forma identificados no estudo que adaptou o instrumento em Portugal (FERREIRA et al, 2010).

Os resultados da análise dimensional em dois fatores “trabalho finalizado” e “concentração mantida” encontram-se em concordância com os apresentados por Koopman et al (2002), relacionados à escala original e com os de Ferreira et al (2010) no estudo de tradução e validação do SPS-6 para a língua portuguesa, em Portugal, com valores aproximados aos referidos estudos.

5.2 Características sociodemográficas dos trabalhadores

Evidenciou-se o predomínio do sexo feminino (76,0%) entre os trabalhadores avaliados, característica esta tradicionalmente presente na categoria profissional de enfermagem, também identificada em outras investigações científicas (SILVA e MARZIALE, 2000; GUIDO, 2003; FREITAS e OGUISSO, 2007; MAGNAGO, 2010).

Este processo de feminização da enfermagem baseia-se na sua construção histórica, em virtude do contexto caritativo, de abnegação e renúncia, pelos quais se deu o nascimento da enfermagem e ainda perdura no imaginário social. As enfermeiras não são mulheres na sua maioria por acaso, elas são produtos de uma construção complexa e dinâmica da definição do “ser” da enfermagem e das relações entre os gêneros, na qual os valores simbólicos e vocacionais são um exemplo da concepção de trabalho feminino (LOPES e LEAL, 2005).

Elias e Navarro (2006) dizem que é característica do trabalho hospitalar a grande porcentagem de mulheres que o realiza e lembram ainda que é secular a responsabilidade das mulheres pelo cuidado à saúde, de bruxas a doutoras, de religiosas a enfermeiras.

Em relação à situação conjugal, mais da metade da população de estudo era casada ou vivia em união estável com companheiro (60,5%) e a maioria dos entrevistados (86,3%) não tinha empregada doméstica mensalista na residência.

Estes dados devem ser levados em consideração ao se analisarem as condições de saúde deste grupo, uma vez que as mulheres, geralmente, são sobrecarregadas com o acúmulo de tarefas e responsabilidades da dupla jornada de trabalho, uma vez que são elas, na maioria das vezes, que também assumem as obrigações domésticas. Esta sobrecarga pode afetar a saúde física e mental destas

mulheres, uma vez que diminui a quantidade e qualidade do sono, repouso e dos momentos de lazer (ROTENBERG et al,2001).

De acordo com Matos e Deusdedit Junior (2008), as condições vivenciadas concretamente pelas mulheres, tais com a jornada dupla de trabalho, o cuidado com a família, com os filhos e os conflitos para conciliar a vida pessoal e profissional são fatores distintos que perpassam pelas relações de gênero, que devem ser considerados nas investigações científicas sobre a saúde dessa população.

Esta sobrecarga de trabalho à qual as mulheres se veem expostas pode representar um agravante para sua saúde física ou mental. Tal afirmação pode ser comprovada no estudo de Matos e Deusdedit Junior (2008), que, ao analisar a relação entre gênero e síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem hospitalar, destacam que a exaustão emocional que está relacionada com a sobrecarga de trabalho é uma das dimensões de Burnout em que as mulheres pontuam de forma significativamente mais acentuada que os homens.

Quanto à idade, observou-se que é compatível com idade produtiva no trabalho, sendo a média em torno dos 40 anos. Esse resultado foi semelhante àqueles identificados em outros estudos (FREITAS e OGUISSO, 2007; BARBOZA et al, 2007; GUEDES et al, 2009). Nogueira-Martins (2003), ao abordar a realidade das profissões de saúde no Brasil e as características dos trabalhadores que atuam nessa área, refere-se ao “rejuvenescimento” da força de trabalho em saúde com o aumento significativo do número de profissionais mais jovens nas últimas décadas. Esse fato é decorrente, principalmente, das novas modalidades de contrato presentes nos hospitais públicos.

Em relação ao nível de escolaridade, evidenciou-se que a maioria tinha o ensino médio, ensino superior ou mais, e apenas 1,1% dos trabalhadores com o ensino fundamental. Isso demonstra o interesse na busca pelo aperfeiçoamento e qualificação profissional, com o aumento dos cursos técnicos profissionalizantes, podendo também estar associada à faixa etária da população estudada, que, sendo jovem e se encontrando em plena fase produtiva, investe esforços em sua formação e aperfeiçoamento profissional.

A incorporação de novas tecnologias e a ampliação da base de atuação da saúde e da enfermagem requerem, além da formação adequada e permanente, o

desenvolvimento de contínuos processos de construção de conhecimento, uma vez que a qualidade da formação e do cuidado está relacionada à reflexão crítica sobre a realidade do processo de trabalho, além da capacidade de intervenção e proposição de mudanças nessa realidade (GÖTTEMS, ALVES E SENA, 2007).

Outro fato que deve ser levado em consideração é a demanda do mercado de trabalho que, por se apresentar cada vez mais competitivo, vem exigindo dos trabalhadores aprofundamento e complementação dos conhecimentos. (ANDRADE, PADILHA e KIMURA, 1998; OLIVEIRA et al, 2009).

5.3 Características ocupacionais dos trabalhadores

Ao analisar as características ocupacionais, percebe-se o predomínio de trabalhadores de nível médio, com um contingente maior de técnicos de enfermagem (64,6%). Estes resultados mostram a realidade do processo de trabalho da enfermagem, principalmente no Brasil, onde a força de trabalho se concentra, atualmente, entre os técnicos de enfermagem (MAURO et al, 2010).

O número reduzido de auxiliares de enfermagem encontrado neste estudo reflete os resultados da criação do Profae (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem) pelo Ministério da Saúde em 2000. A meta principal do Profae era a qualificação de aproximadamente 30% de trabalhadores que atuavam sem habilitação para o exercício profissional no país, melhorando a qualidade dos serviços de saúde públicos e privados (COSTA et al, 2008). O projeto incluía também o Curso de Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico em Enfermagem, destinado aos auxiliares com ensino médio concluído, empregados em instituições de saúde de média e alta complexidade (COSTA et al, 2008).

Esta busca pela profissionalização dos trabalhadores de ensino médio na enfermagem tem sido prioridade na agenda da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e das políticas públicas, em especial de saúde e de educação, com ênfase a partir dos anos 70. E, com a implantação do Profae, que se deu em

2000, é possível afirmar que o mesmo alcançou seus principais resultados em relação à formação de contingente expressivo de técnicos e auxiliares de enfermagem (GÖTTEMS, ALVES E SENA, 2007).

A profissionalização e qualificação dos trabalhadores de nível médio é o melhor caminho para o enfrentamento de novas tecnologias e alterações na divisão técnica do trabalho. A força de trabalho passa por sucessivas e constantes alterações no que diz respeito à composição ocupacional, qualificação e escolaridade, assim como se modificam as demandas da população por cuidados em saúde (GÖTTEMS, ALVES E SENA, 2007).

Quanto ao turno de trabalho, observou-se, neste estudo, um maior número de profissionais lotados no diurno (55,7%), o que é esperado, uma vez que a demanda de serviço existente neste turno, principalmente em ambientes hospitalares, é maior em relação ao turno noturno. São nos horários da manhã e da tarde que se concentra o maior número de atividades assistenciais aos pacientes, além de procedimentos médicos e de outros profissionais de saúde, exigindo uma maior quantidade de trabalhadores da enfermagem no diurno. Além disso, a maioria das admissões e altas hospitalares em grande parte dos hospitais é realizada nesse turno. E, nos hospitais de ensino, a movimentação e participação de estudantes dos cursos de saúde nas atividades também são maiores, uma vez que as atividades acadêmicas, de forma geral, são desenvolvidas neste período, sendo esta a rotina do HU/UFJF.

Por um lado, este fato pode contribuir com a divisão de tarefas, no período letivo, uma vez que os acadêmicos de enfermagem assumem diversas atividades assistenciais. No entanto, o grande número de estudantes, somado à deficiência de recursos materiais e à inadequação dos espaços físicos, representa um fator de estresse para os trabalhadores de enfermagem, principalmente no turno da manhã.

Em relação ao tempo de trabalho na enfermagem, 62,0% tinham mais de dez anos na profissão, sendo estes, na maioria, servidores públicos. Estes resultados evidenciam a falta de concursos recentes nas instituições públicas de saúde que venham suprir o quadro permanente de seus trabalhadores, o que também foi identificado no estudo de Reis et al (2003) . Refletindo sobre a saúde desses trabalhadores, vale ressaltar que o tempo de profissão, somado a sobrecarga de

trabalho diário da enfermagem, pode contribuir para o desgaste físico e mental muitas vezes precoce e para o alto índice de absenteísmo por doença (SILVA e MARZIALE, 2000; 2002; FARIA, BARBOZA e DOMINGOS, 2005).

Apesar de o Hospital Universitário ter mais da metade da equipe de enfermagem constituída de servidores públicos, observou-se um número significativo de contratados (41,0%), o que evidencia uma transição na mudança de perfil dos funcionários. Estes trabalhadores são admitidos com contrato temporário de trabalho, através de uma cooperativa, tendo a carga horária e os direitos trabalhistas diferenciados dos demais servidores. Isso reflete uma precarização do vínculo de trabalho, presente inclusive nas instituições públicas, repercutindo no processo de trabalho, na satisfação e na motivação dos trabalhadores (MAURO et al, 2010). Tal situação pode representar um fator de risco para o adoecimento, gerando, entre outras situações, insegurança quanto à permanência no trabalho, uma questão de possível sofrimento psíquico. Esta é uma situação laboral desfavorável à saúde do trabalhador e, por conseguinte, à produtividade (CARVALHO et al, 2010).

No que diz respeito ao número de empregos, observou-se que a maioria dos trabalhadores referiu apenas um emprego, diferenciando-se de diversos estudos já realizados que mostram que, em outras realidades, os profissionais de enfermagem têm mais de um vínculo empregatício. Nesses estudos, os autores descrevem que esta pluralidade de empregos pode estar relacionada aos baixos salários a que a categoria de enfermagem é submetida (PAFARO e DE MARTINO, 2004; FARIAS e ZEITOUNE, 2007; PINHO et al, 2007; MAURO et al, 2010). Neste sentido, esta divergência poderia ser explicada pelo fato de os estudos citados terem sido realizados em cidades de maior porte, onde o custo de vida provavelmente é maior, exigindo uma complementação do salário que garanta melhor padrão de vida e melhor nível socioeconômico.

Apesar de oferecer a oportunidade de uma melhor condição financeira, a pluralidade de empregos contribui para as longas jornadas e para a sobrecarga de trabalho, comprometendo ainda mais a saúde dos trabalhadores. E, diante dessa sobrecarga, os profissionais de enfermagem reivindicam a redução da jornada em nome de uma melhoria da qualidade de vida e saúde. A luta pela jornada de trabalho de 30 horas para a área da saúde é uma reivindicação histórica. A enfermagem

brasileira há uma década luta para aprovar o Projeto de Lei no Senado 2.295/2000, mais conhecido como PL 30 horas, que estabelece a jornada máxima de 30 horas semanais para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) da Organização das Nações Unidas (ONU) recomenda esta jornada, argumentando que é o melhor para pacientes e trabalhadores da saúde do mundo inteiro (Portal da Enfermagem)².

A jornada de 30 horas é uma luta pela valorização e dignidade dos trabalhadores de enfermagem, maior força de trabalho na saúde, mais de um milhão e trezentos mil trabalhadores, responsáveis por grande parte das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde no Brasil. As organizações representativas da enfermagem brasileira reivindicam a imediata regulamentação da jornada dos trabalhadores de enfermagem (ABEn, 2012).

A criação de novos postos de trabalho para que se possa enfrentar a crise econômica e financeira que já provoca ameaças no âmbito mundial é um desafio brasileiro. A redução da jornada de trabalho, para a maioria dos países, é uma estratégia de enfrentamento dessa crise (ABEn, 2012). Porém, esta conquista deve realmente garantir a redução de horas de trabalho e proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses profissionais.

Espera-se que a redução da jornada de trabalho, na prática, não seja mais um facilitador da multiplicidade de vínculos empregatícios, legitimando a dupla ou tripla jornada de trabalho que tanto compromete a saúde dos profissionais da enfermagem. O que precisa ser investigado é a questão cultural, muitas vezes velada, que envolve a multiplicidade de empregos nessa categoria, que pode estar encoberta pela justificativa (não menos importante) dos baixos salários. Estes profissionais que têm uma grande representatividade na área da saúde precisam se mobilizar, principalmente pela melhoria salarial, pela remuneração justa que possa lhes garantir uma vida mais digna sem a necessidade de ter que complementar sua renda com mais de um trabalho.

²www.portaldaenfermagem.com.br/30horas.asp

5.4 Hábitos de vida e saúde dos trabalhadores

Sobre os hábitos de vida e saúde, constatou-se que apenas 10,3 % dos trabalhadores de enfermagem se declararam fumantes, fato este que pode ser favorável à promoção e a manutenção da saúde. Porém, quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 48,0% dos participantes que referiram consumir bebidas alcoólicas foram classificados em “alto consumo” dessas substâncias, uma vez que bebem mais de duas doses, mais que duas vezes por semana.

O uso de bebidas alcoólicas é uma prática bastante frequente, aceita e reforçada pela sociedade. O uso de álcool e de outras drogas é um fenômeno antigo que vem acompanhando a história da humanidade e que vem crescendo de forma abusiva atualmente. O álcool é uma substância psicoativa que, dependendo da dosagem, frequência e circunstâncias, pode causar problemas de nível orgânico, social e psicológico. O uso contínuo do álcool pode levar ao alcoolismo, fenômeno complexo que provoca alterações nos diversos órgãos e sistemas, ocasionando também problemas sociais, atingindo a família, o trabalho, a situação financeira e as relações sociais (CASTANHA e ARAÚJO, 2006).

Segundo dados de 2004 da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. O uso indevido do álcool é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2 % de mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Na América Latina, o álcool assume importância ainda maior, sendo que, aproximadamente, 16% dos anos de vida útil perdidos estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior do que a média mundial (LARANJEIRA, 2007).

Em relação à prática de atividade física, mais da metade dos entrevistados afirmaram não realizar nenhuma atividade física regular, sendo que 47,4% se encontravam com sobrepeso ou obesos, quando analisado o índice de massa corporal. Investigações científicas têm mostrado que a prática da atividade física regular, além de importante na manutenção da saúde física, contribui para o relaxamento e alívio das tensões e estresse (FERRAZ e MACHADO, 2008; SILVA et al, 2010).

Da mesma forma, o sobrepeso e a obesidade são fatores que predis põem a diversos agravos à saúde, incluindo as doenças cardiovasculares e endócrinas. De

acordo com Ferraz e Machado (2008), entre os fatores de risco modificáveis (fumo, dieta, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, glicemia de jejum elevada, sobrepeso, estresse e inatividade física), a prática de atividades físicas tem lugar de destaque.

Os hábitos da vida moderna podem também contribuir para o sedentarismo, uma vez que a tecnologia limita as atividades físicas das pessoas. O controle remoto utilizado para praticamente diversos eletrodomésticos, o uso do carro que impede as caminhadas e a utilização maciça da internet que levam adultos e jovens a permanecerem horas sentados em frente ao computador fazem com que, sem perceber, as pessoas fiquem cada vez mais acomodadas (MATTOS et al, 2006).

A obesidade está associada com o aumento da morbidade e da mortalidade e as pessoas obesas ou com sobrepeso, quando perdem peso, conseguem reduzir os fatores de risco do diabetes e das doenças cardiovasculares. A perda de peso reduz também a pressão sanguínea e os triglicerídeos e aumenta o HDL-colesterol e, geralmente, leva à redução do colesterol sérico total e do LDL-colesterol como, também da glicose sanguínea (SANCHES e TUMERELO, 2007).

O consumo alimentar tem sido relacionado à obesidade não somente quanto ao volume da ingestão alimentar, como também quanto à composição e qualidade da dieta. A indústria de alimentos, através da grande produção de alimentos saborosos, de alta densidade energética e custo relativamente baixo, promove uma tendência crescente de alimentos de maior concentração energética (TRICHES E GIUGLIANI, 2005; VALLE e EUCLYDES, 2007). Outro fator que pode contribuir para uma alimentação inadequada se deve à redução de tempo que as pessoas têm atualmente para o preparo de alimentos frescos e saudáveis, consumindo com maior frequência alimentos industrializados com pouco valor nutritivo e alta concentração calórica.

O sobrepeso ou a obesidade encontrada em grande parte dos entrevistados podem estar relacionados com seus hábitos de vida, uma vez que a prática de atividades físicas regulares não faz parte de sua rotina. Quanto aos hábitos alimentares, não podemos fazer nenhuma inferência, uma vez que os mesmos não foram investigados no presente estudo.

A grande maioria tinha um plano privado de assistência à saúde (92,7%) e percebia-se com bom (53,5%) ou muito bom (30%) estado de saúde. Quanto aos problemas de saúde mais citados pelos trabalhadores, estavam alergias (40,8%),

enxaqueca (34,4%), varizes (28,3%), gastrite (25,6%), doenças osteomusculares (23,9%) e hipertensão arterial (23,9%).

Diversos estudos já realizados identificam altos índices de problemas de saúde entre os trabalhadores de enfermagem e destacam que as próprias condições de trabalho, a inadequação de recursos humanos e materiais e o ritmo intenso da enfermagem favorecem o aparecimento e o agravamento destes problemas (COSTA e FELLI, 2005; MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005; MUROFUSE e MARZIALE, 2005; MAGNAGO, 2008; MAURO et al, 2010).

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) fazem uma importante reflexão sobre as questões relacionadas à saúde dos profissionais de enfermagem. Segundo as autoras, embora o exercício da profissão requeira boa saúde física e mental, raramente estes trabalhadores recebem a proteção social adequada para o seu desempenho. Apesar de exercerem atividades estafantes, muitas vezes em locais inapropriados, não recebem a atenção e a proteção necessárias para evitar os acidentes e as doenças decorrentes do trabalho.

Outra questão importante que permeia a saúde do trabalhador é que, na maioria das vezes, é o contrato de trabalho que define as condições de trabalho como carga horária, jornada, atividades, remuneração. No entanto, existem aspectos que não estão implícitos no contrato de trabalho, como as tensões, as cobranças e o clima organizacional que o trabalhador vai desvelando no seu dia a dia de trabalho (MAURO et al, 2010).

A saúde do trabalhador reflete no seu trabalho e este interfere na sua saúde. E, na enfermagem, o ritmo intenso de trabalho relacionado ao acúmulo de funções, a inadequação dos recursos humanos e materiais exigem do trabalhador uma energia muito maior para desenvolver suas atividades, gerando uma sobrecarga com repercussões físicas e psíquicas (MAURO et al, 2010).

Ao analisar a saúde dos trabalhadores de enfermagem, faz-se importante refletir sobre as especificidades do contexto de trabalho dessa categoria. A multiplicidade de empregos, a carga horária total trabalhada pela equipe de enfermagem, a carência de recursos materiais para a assistência, o deficiente quantitativo de recursos humanos, a ausência de locais adequados para o descanso e o comprometimento da divisão e da organização do trabalho são algumas dessas especificidades que podem comprometer a qualidade de vida no trabalho, e conseqüentemente, a saúde dos trabalhadores (FARIAS e ZEITOUNE, 2004).

Neste sentido, o estudo realizado por Carvalho et al (2010) que investigou os motivos mais frequentes de afastamento por licenças de saúde em profissionais de enfermagem de um hospital universitário do Rio de Janeiro mostrou que as doenças osteomusculares, os transtornos mentais e comportamentais foram os agravos de saúde mais relacionados aos afastamentos. Em relação aos transtornos mentais, os episódios depressivos foram os mais presentes e, de acordo com as autoras, os profissionais de enfermagem necessitam de um tempo razoável para descanso e pausas, pois a falta de períodos adequados para a recuperação do estresse fisiológico e mental provocado pela função pode apresentar um potencial elevadíssimo para o adoecimento desses trabalhadores.

O trabalhador saudável é essencial para o desenvolvimento de qualquer instituição, inclusive do setor de saúde. Porém vimos que, cada vez mais, as organizações cobram maior produtividade dos trabalhadores, sem oferecer condições favoráveis para que possam desenvolver suas funções sem prejuízos à saúde (AGUIAR et al, 2009).

5.5 Absenteísmo e presenteísmo

No que diz respeito ao absenteísmo por doença, 20% referiram faltas ou afastamento do trabalho nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista. Este resultado corrobora estudos realizados que mostram que o absenteísmo é uma ocorrência frequente entre os trabalhadores de enfermagem (SILVA e MARZIALE, 2000; REIS et al 2003; COSTA, VIEIRA e SENA,2009; MAGALHÃES et al, 2011).

Silva e Marziale (2000), através do estudo realizado em um hospital universitário, mostraram que 87% dos trabalhadores de enfermagem ausentaram-se do serviço no período de um ano, sendo que 75% tiveram suas faltas justificadas por motivos de doenças. Estes trabalhadores somaram 1.491 dias perdidos de trabalho no período estudado e, em relação aos acidentes de trabalho, foram 305 dias perdidos, totalizando 2,9% de ausências por acidentes.

No estudo de Reis et al (2003), também realizado em um hospital universitário, com 965 trabalhadores de enfermagem, o absenteísmo por doença teve uma frequência elevada, com 68,6% de afastamentos do trabalho no período de um ano. As causas mais frequentes do absenteísmo foram as doenças do

sistema osteomuscular e as doenças infecciosas e parasitárias, sendo a ocorrência maior entre os técnicos de enfermagem, nas mulheres e nos estatutários.

Costa, Vieira e Sena (2009) mostram que os principais motivos do afastamento do trabalho entre a equipe de enfermagem de um hospital universitário em Minas Gerais estavam relacionados com os problemas osteomusculares e as enfermidades do aparelho respiratório. Já o estudo realizado por Magalhães et al (2011) em um hospital universitário do Rio de Janeiro com trabalhadores de enfermagem constatou que as doenças do sistema osteomuscular e as psíquicas foram causas mais frequentes das licenças analisadas.

O absenteísmo ocasiona transtornos para a organização do trabalho e, conseqüentemente, para a assistência prestada e provoca uma sobrecarga de trabalho que leva ao adoecimento da equipe de enfermagem. O reconhecimento das circunstâncias que o envolvem é importante ferramenta para a avaliação da saúde do trabalhador e adoção de medidas preventivas em benefício da qualidade da assistência (UMANN et al , 2011). Além disso, o absenteísmo e o presenteísmo, apesar de serem termos que por definição se contrapõem, na realidade, podem fazer parte de um mesmo contexto, sendo, muitas vezes, eventos subsequentes (ARONSON, GUSTAFSSON e DALLNER, 2000; GOETZEL et al, 2004; JONHS, 2010).

Em relação ao presenteísmo, observou-se que 56,5% dos participantes afirmaram que estiveram presentes no trabalho, apesar de apresentarem algum sinal ou sintoma de adoecimento. Estes resultados mostraram frequência de presenteísmo mais elevada do que o estudo realizado na Suécia (ARONSON et al, 2000) que identificou elevados índices de presenteísmo entre os profissionais de enfermagem; nesse estudo, 44% dos trabalhadores envolvidos com o cuidado (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cuidadores de idosos, enfermeiros obstetras) apresentaram presenteísmo.

Os estudos internacionais que abordam o presenteísmo mostram que este fenômeno traz sérias conseqüências para a saúde dos trabalhadores com o agravamento dos problemas de saúde que poderiam ocasionar um futuro absenteísmo (HANDEN e ANDERSEN, 2008; BERGSTRÖM et al, 2009; JONHS, 2010; TALOYAN et al, 2012).

No presente estudo, os trabalhadores foram questionados sobre os motivos que os levavam a permanecer no trabalho apesar de não estarem bem de saúde. Os

principais motivos referidos foram: a sua ausência vai sobrecarregar os colegas (46,7%) e sua ausência vai comprometer a assistência (32,4%). Estes dados mostram que o que mais pesa na decisão dos trabalhadores em ir trabalhar doentes é o comprometimento com o paciente e a preocupação com a sobrecarga de serviço para os colegas de equipe.

Os resultados encontrados trazem importantes reflexões sobre o presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem, mostrando o avanço do conhecimento a cerca dos motivos que levam esses trabalhadores a permanecerem trabalhando quando doentes. Por mais que os trabalhadores de enfermagem se mostrem insatisfeitos com a profissão, desvalorizados pelos demais trabalhadores da saúde e desprestigiados socialmente, são capazes de evitar faltas no trabalho por serem comprometidos com os colegas de trabalho e com os pacientes.

O comprometimento com a assistência, associado ao presenteísmo, foi também identificado por Aronson, Gustafsson e Dallner (2000) num estudo realizado com trabalhadores na Suécia. Os profissionais envolvidos com o cuidado em seu cotidiano de trabalho ou em serviços sociais apresentam um risco significativamente maior de permanecer trabalhando mesmo doentes. O relacionamento com outras pessoas desempenha uma parte importante no resultado do trabalho destes profissionais (ARONSON, 2000). Flores-Sandi (2006) também descreve que o grau de compromisso dos profissionais que trabalham com enfermos os leva a evitar ausências do trabalho.

A preocupação em não sobrecarregar os colegas, que foi descrita pelos participantes, pode ser entendida pelo fato de as equipes de enfermagem serem compostas, na maioria das vezes, de um número de profissionais aquém do necessário. A inadequação dos recursos humanos e materiais gera sobrecarga física e psíquica, exigindo dos trabalhadores de enfermagem muito mais energia no desenvolvimento de suas atividades (BORGES e MORAIS, 2007; MAURO et al, 2010).

Os principais sinais e sintomas de adoecimento citados pelos presenteístas do HU, neste estudo, foram: gripe/resfriado (14,8%), cefaleia/enxaqueca (11,4%), dor MMII/MMSS e doenças osteomusculares (8,5%) e problemas de coluna/dor nas costas (7,5%). Os problemas que envolvem a saúde mental dos trabalhadores como a depressão e a ansiedade, não tiveram destaque, diferindo do que apontou Pilete (2005), que afirma que os principais fatores associados ao presenteísmo na

enfermagem são problemas relacionados com a saúde mental (principalmente a depressão e o estresse). Apesar de os problemas relacionados à saúde mental não terem tido associação com o presenteísmo no presente estudo, observou-se que 17,6% dos entrevistados referiram já terem tido depressão em algum momento de suas vidas. Estes dados mostram que esse problema também afeta os trabalhadores do HU.

O presenteísmo entre trabalhadores de saúde vai muito além de redução de produtividade, perpassa também pela segurança do paciente e pode ser até um problema de saúde pública, no caso das doenças infectocontagiosas (WIDERA et al, 2010). No presente estudo, por exemplo, os profissionais de enfermagem que permanecem trabalhando com gripe, resfriado, amigdalite podem representar um risco potencial de contaminação aos pacientes aos quais prestam assistência e que se encontram vulneráveis devido a sua condição de saúde. Da mesma forma, podem contaminar a própria equipe de trabalho, comprometendo não só o seu próprio desempenho, mas também dos demais trabalhadores, interferindo negativamente na saúde e no bem-estar dos mesmos.

Em relação à permanência no trabalho com alterações ostemusculares, especialmente as relacionadas à coluna vertebral, estas podem trazer consequências ainda mais sérias à saúde dos trabalhadores de enfermagem. O esforço físico, as posições inadequadas, o levantamento de peso, podem agravar os problemas já existentes, diminuindo progressivamente a capacidade física para o trabalho e fazendo com que os futuros afastamentos do trabalho sejam mais longos.

Outros estudos que investigaram o presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem também buscaram identificar os problemas de saúde mais freqüentes, sendo alguns dos resultados semelhantes aos do presente estudo. No estudo realizado com enfermeiros de três hospitais dos Estados Unidos, os principais problemas de saúde relacionados com o presenteísmo entre os participantes foram: dores de cabeça, dores nas costas, dores nas articulações, ansiedade, problemas estomacais, hipertensão e depressão (LETVAK e BUCK, 2008).

Letvak et al (2012) por meio da pesquisa realizada com enfermeiros hospitalares na Carolina do Norte, identificaram como principais problemas de saúde associados ao presenteísmo as dores musculoesqueléticas (71%) e a depressão (18%).

Outro dado que merece destaque no presente estudo é que 14% dos participantes referiram que foram trabalhar com mais de um sinal ou sintoma de adoecimento. Estes resultados mostram, mais uma vez, a fragilidade da saúde dos profissionais de enfermagem e vêm ao encontro dos obtidos por Elias e Navarro (2006) em um estudo realizado com profissionais de enfermagem no interior de Minas Gerais. Os resultados deste estudo mostram ser comum a ocorrência de problemas de saúde físicos e psíquicos entre estes trabalhadores decorrentes principalmente do estresse e do desgaste provocados pelas condições laborais com reflexos nas condições de vida.

Raffone e Hennington (2005) destacam que os trabalhadores de enfermagem constituem uma categoria profissional submetida a um processo de trabalho desgastante e sabidamente relacionado a uma maior ocorrência de agravos como, por exemplo, os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e acidentes. Ressaltam ainda que as condições e a organização do trabalho na enfermagem podem interferir na elevação da carga psíquica desses trabalhadores e em sua saúde mental.

De acordo com Grazziano e Bianchi (2010), no ambiente laboral, os estressores estão presentes continuamente e devido a sua relação com o trabalho, são denominados estressores ocupacionais. Estes estressores são capazes de gerar sentimentos de medo, tensão ou ameaça, que surgem durante o exercício das atividades profissionais que requerem respostas adaptativas por parte dos trabalhadores.

Neste sentido, Gil e Bonfim (2008) descrevem que o trabalho do enfermeiro, por sua própria natureza e características, revela-se especialmente suscetível ao estresse ocupacional. Este estresse está relacionado à responsabilidade com a vida humana, à proximidade com o sofrimento e à dedicação no desempenho de suas funções, o que aumenta a probabilidade de ocorrência de desgastes emocionais.

O desgaste emocional que a equipe de enfermagem enfrenta nas relações com o trabalho é muito significativo e o estresse ocupacional caracterizado como síndrome de burnout é muito presente, pois o ambiente a que estes profissionais estão expostos é altamente estressante (GIL e BONFIM, 2008).

Este termo (do inglês: burn=queimar, out=fora) designa algo, ou alguém que não possui mais energia, que chegou ao limite de suas forças, não funciona mais, queimou até o fim (GRAZZIANO E BIANCHI, 2010). Portanto, quando o estresse relacionado ao trabalho, ultrapassa os níveis e cronifica-se se dá o nome de burnout ou síndrome de burnout.

Estas questões podem interferir negativamente na saúde física e mental destes profissionais e diminuir a capacidade para o trabalho e o envelhecimento destes trabalhadores. Embora ainda não haja nenhum estudo realizado no HU que venha comprovar cientificamente as questões relacionadas ao adoecimento da equipe de enfermagem, na prática e nas observações empíricas, podemos perceber estas questões. Frequentemente encontramos trabalhadores com limitações físicas ou mentais para desenvolver suas atividades, sendo, muitas vezes, os problemas associados ao próprio trabalho. Aqueles funcionários que possuem um maior tempo na instituição são, na maioria, os que apresentam maior desgaste, principalmente psicológico, demonstrando apatia ou irritabilidade frente às situações que envolvem a assistência ou o relacionamento interpessoal.

Parte da ausência de associação do presenteísmo com problemas relacionados à saúde mental no presente estudo pode estar relacionada com o número de afastamentos por motivo de doença no período de realização das entrevistas, uma vez que 20 trabalhadores encontravam-se de licença médica. Embora não tenha sido investigado o diagnóstico que os levou a se afastarem do trabalho, pudemos perceber que estes afastamentos eram de longa duração, uma vez que éramos informados de que eles não retornariam em tempo hábil para participarem do estudo. E muitos deles, segundo as informações recebidas, eram funcionários que tinham, com frequência, suas licenças renovadas por não manterem por muito tempo as condições de saúde adequadas para o trabalho.

5.6 Médias do presenteísmo entre os trabalhadores

5.6.1 Média dos grupos dos sinais e sintomas/ doenças apresentadas pelos trabalhadores

Ao analisar o grupo de sinais e sintomas/doenças que mais afetaram o desempenho dos trabalhadores presenteístas, verificou-se que a cefaleia/enxaqueca, alergias, asma, rinite, colite, problemas intestinais e estomacais e os problemas de coluna/dor nas costas foram os que apresentaram médias mais baixas de presenteísmo. Estes resultados mostram que estes agravos de saúde são os que mais prejudicaram o desempenho dos trabalhadores.

O resultado encontrado corrobora resultados de estudos já realizados (SILVA e MARZIALE, 2002; MUROFUSE e MARZIALE, 2005; ELIAS e NAVARRO, 2006; MARTINEZ e FERREIRA, 2011; LETVAK, RUHM e GUPTA, 2012) que mostram estes comprometimentos de saúde acometendo um número significativo de trabalhadores de enfermagem, como descrito a seguir.

O estudo realizado com profissionais de enfermagem em um hospital universitário no interior de Minas Gerais por Elias e Navarro (2006) mostra que a maioria das participantes, apesar de, em um primeiro momento, negar a ocorrência de problemas de saúde, no decorrer das entrevistas, relatou, entre outros problemas, episódios de enxaquecas frequentes.

A pesquisa realizada na Divisão de Assistência à Saúde do Trabalhador (DAST) da Fundação Hospitalar Estadual de Minas Gerais (FHEMIG), em Belo Horizonte (MG), mostra o alto índice de doenças osteomusculares entre trabalhadores de enfermagem. Entre os 6.070 atendimentos realizados em 2002, 11,83% deles (718) apresentaram diagnósticos de problemas relacionados ao sistema osteomuscular, envolvendo diversas estruturas corporais como a coluna vertebral, membros superiores e inferiores (MUROFUSE e MARZIALE, 2005).

Silva e Marziale (2002), no estudo realizado com 199 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Paraná, identificaram que o maior número de atestados médicos apresentados pela população de estudo (16,6%) foi relativo ao sistema respiratório, como infecções das vias aéreas superiores, asma brônquica, orofaringite e pneumonia.

Estes estudos discutem que os problemas de saúde pelos quais os profissionais de enfermagem são acometidos estão, muitas vezes, relacionados com as próprias condições de trabalho desta categoria e aos riscos a que se encontram expostos. Destacam também que estes problemas trazem como consequência o número significativo de afastamentos destes trabalhadores de suas atividades laborais.

E, de acordo com Heloani e Lancman (2004), entender as organizações de trabalho e seus reflexos na saúde, no modo de adoecimento e na qualidade de vida dos trabalhadores é de fundamental importância para se compreender e intervir nas situações de trabalho que estejam gerando sofrimento e agravos à saúde.

Heloani e Lancman (2004) descrevem ainda que inúmeras pesquisas e intervenções têm sido realizadas com o objetivo de melhorar tanto as condições e organização do trabalho quanto a produtividade, mas é necessário avançar nos estudos que objetivem melhor compreender o conteúdo simbólico do trabalho, as relações subjetivas do trabalhador com a sua atividade, o desgaste e o sofrimento gerado pelo trabalho e seus efeitos sobre a saúde física e mental dos indivíduos. Para compreender as relações de trabalho, é necessário mais do que a simples observação, mas, sobretudo, é necessária uma escuta voltada a quem executa o trabalho, pois esta implica relações subjetivas menos evidentes que precisam ser desvendadas. Para compreender o trabalho em sua complexidade, é preciso entendê-lo e explicá-lo para além do que pode ser visível e mensurável.

Para Dejours (1992), o desgaste no trabalho não deveria ser reduzido apenas às pressões físicas, químicas, biológicas, psicossensoriais e cognitivas do ambiente de trabalho. É fundamental considerar a dimensão organizacional, centralizada na divisão de tarefas e nas relações de produção, contrapondo-se à concepção tradicional da ergonomia, baseada na análise das condições de trabalho. Segundo o autor, a dimensão organizacional diz respeito às relações de trabalho que incluem as relações com as chefias, com a supervisão, com os trabalhadores, que podem ser desagradáveis ou até mesmo insuportáveis.

Dessa forma, o trabalho tanto pode favorecer a saúde mental do trabalhador como também favorecer a instalação de distúrbios que resultam em manifestações psicossomáticas e de conduta, no que se refere à psicopatologia do trabalho e do próprio trabalhador (LIMA JUNIOR e ÉSTHER, 2001).

Quanto ao presenteísmo, investigações internacionais também identificaram os principais problemas de saúde associados a este evento entre trabalhadores de enfermagem. A pesquisa realizada com enfermeiros de um hospital público em Portugal mostra que 46,1% dos participantes tiveram dor lombar e 41,4% tiveram infecções respiratórias como condições físicas de saúde associadas ao presenteísmo (MARTINEZ e FERREIRA, 2011). Já no estudo realizado por Letvak, Ruhm e Gupta (2012) em hospitais da Carolina do Norte, a dor e a depressão foram significativamente associadas com o presenteísmo. A prevalência de dor musculoesquelética foi de 71% e a de depressão foi de 18% entre os entrevistados.

Quanto à associação desses sintomas com as duas dimensões e presenteísmo proposto pela escala SPS-6, ficou evidenciado, em nosso estudo, que a dimensão “Distração evitada” foi a que apresentou médias mais baixas de presenteísmo em todos os grupos de sinais e sintomas. Concluindo, os trabalhadores que permaneceram trabalhando com estes problemas de saúde tiveram a sua capacidade de concentração no processo do trabalho prejudicada, o que pode refletir de forma negativa no produto final do trabalho da enfermagem que é o cuidado humano. Esses aspectos serão discutidos mais adiante.

5.6.2 Média de presenteísmo e variáveis sociodemográficas entre os trabalhadores

Foi identificada, no presente estudo, a queda no desempenho no trabalho entre os profissionais mais jovens, mostrando que a idade foi associada ao presenteísmo.

Diferente dos nossos resultados, o estudo realizado com empresários na África do Sul, que utilizou o SPS-6 para mensurar o presenteísmo, evidenciou que as mulheres tiveram médias mais baixas de presenteísmo do que as apresentadas pelos homens. Semelhante aos nossos resultados, o mesmo estudo apontou que os trabalhadores com faixa etária entre 20 e 30 anos também foram os que apresentaram menores escores em relação às médias dos grupos de faixas etárias mais velhas (COOPMANS, 2007). Porém, no estudo realizado na África do Sul, não foram realizados os ajustes para as variáveis de confundimento, podendo aí ter um viés dos resultados relacionados ao gênero, sendo estes resultados influenciados

por outras variáveis. Em nosso estudo, a significância em relação ao gênero foi perdida após o ajuste por variáveis de confundimento.

Quanto às duas dimensões de presenteísmo analisadas, após os ajustes das médias, observou-se que a idade influenciou negativamente a dimensão “Distração evitada”. Os trabalhadores com até 40 anos de idade foram os que apresentaram médias mais baixas nessa dimensão.

Não foram encontrados estudos que discutam a relação entre comprometimento e assiduidade no trabalho com a idade dos trabalhadores. Porém, podemos inferir que os trabalhadores mais jovens têm maior ideologia e entusiasmo pela profissão escolhida quando comparados com trabalhadores com idade mais avançada. Os trabalhadores mais velhos, pelos desgastes sucessivos em seu cotidiano de trabalho e muitas vezes pelas frustrações vivenciadas com a profissão e chefias, tendem a faltar mais ao trabalho quando não se encontram em boas condições de saúde.

Não é raro observarmos em nossa realidade trabalhadores de enfermagem mais velhos e com um tempo maior de profissão desestimulados com seu trabalho, desiludidos com a enfermagem, insatisfeitos com seus superiores. Estes trabalhadores já não se mostram tão empenhados em se doarem para o trabalho como os mais jovens. As próprias condições de saúde vão se alterando com o passar dos anos, tornando os indivíduos menos resistentes fisicamente para permanecer trabalhando quando doentes.

Outro fato a ser considerado é que os mais jovens, por estarem iniciando no mercado de trabalho podem se sentir ameaçados de perder o emprego ou ter receio de sofrer alguma punição de sua chefia ou mudanças de cargo, turno ou setor de trabalho. Diante disso, sentem-se com uma obrigação maior de evitar as faltas.

Porém esta decisão não se mostra a mais certa, uma vez que, diante dos resultados encontrados no presente estudo, os mais jovens apresentaram maior queda de desempenho quando permanecem trabalhando doentes. Além disso, para estes trabalhadores, permanecer trabalhando com algum sinal ou sintoma de adoecimento representou médias mais baixas na dimensão distração evitada, como já descrito anteriormente. Esta dificuldade de concentração no processo de trabalho pode trazer sérias consequências para a assistência de enfermagem, culminando na iatrogenia do cuidado. A atividade cotidiana nos mostra que erros iatrogênicos não representam uma raridade; trata-se de uma situação presente e relativamente

frequente no processo de cuidar, e os erros cometidos envolvem o bem-estar, a integridade ou a vida de outra pessoa (CORTEZ et al, 2009).

5.6.3 Média de presenteísmo e variáveis ocupacionais entre os trabalhadores

Diversas variáveis ocupacionais selecionadas neste estudo tiveram associações significativas com níveis de presenteísmo. Os trabalhadores que possuem dois ou mais vínculos empregatícios foram os que apresentaram médias mais baixas, indicando redução de seu desempenho no trabalho. Neste sentido, Pafaro e De Martino (2004) destacam que a dupla jornada de trabalho pode interferir em alguns aspectos referentes à qualidade de vida do trabalhador.

Possuir mais de um vínculo empregatício, segundo Montanholi, Tavares e Oliveira, (2006) por si só, leva muitas vezes, à sobrecarga de trabalho, e a exigência em excesso é uma fonte de estresse que conduz à queda de rendimento no trabalho e à diminuição do autocuidado, o que pode gerar estresse crônico. Além disso, a multiplicidade de empregos, que reforça a ideia de subsistência, faz com que alguns trabalhadores infrinjam regras, como, por exemplo, a de horários de trabalho (VAGHETTI et al, 2009).

A multiplicidade de empregos na enfermagem tem sido bastante discutida por estudiosos da saúde do trabalhador, sendo justificada pela baixa remuneração dos profissionais e pelo desejo da ascensão social (PAFARO e DE MARTINO, 2004; FARIAS e ZEITOUNE, 2007; PINHO et al, 2007; MAURO et al, 2010). Porém, como descrito anteriormente, a adoção de vários vínculos empregatícios nesta categoria perpassa por uma questão cultural que merece maiores investigações para melhor compreensão.

Em relação à categoria profissional, os enfermeiros foram os que apresentaram médias mais baixas de presenteísmo, sendo aqueles que apresentaram queda de produtividade frente aos sinais e sintomas de adoecimento no trabalho. Esses trabalhadores assumem as atividades mais complexas e que envolvem maior risco para os pacientes, além de serem responsáveis pelas atividades desenvolvidas por toda a equipe de enfermagem (FERRAREZE, FERREIRA e CARVALHO, 2006).

Diversos estudos vêm discutindo a sobrecarga de trabalho do enfermeiro, o número reduzido destes profissionais nas instituições de saúde e a responsabilidade que lhes é atribuída frente à equipe de enfermagem, ao paciente e aos demais profissionais de saúde. (FERRAREZE, FERREIRA e CARVALHO, 2006; VEIGA, 2007; COSTA, VIEIRA e SENA, 2009).

Esta situação pode ser ainda mais preocupante quando somada aos prejuízos impostos pelo presenteísmo entre esta categoria. Os enfermeiros, que já se encontram sobrecarregados de atividades e responsabilidades, serão ainda mais penalizados mediante a queda de desempenho de seus colegas de trabalho. De acordo com Vasconcelos e Guimarães (2009) “quando a carga de trabalho é excessiva, pode aparecer a fadiga, que é a diminuição da capacidade física e mental do trabalhador após a realização de um trabalho durante um determinado período”.

Os trabalhadores que demonstraram o desejo de abandonar a enfermagem também foram os que tiveram escores mais baixos de presenteísmo de acordo com o SPS-6, sendo, portanto, os que apresentaram maior queda no desempenho quando permanecem trabalhando doentes ou com algum sinal ou sintoma de adoecimento. O esforço e o excesso de comprometimento, da mesma forma, apresentaram escores médios baixos de presenteísmo, indicando que os trabalhadores que referiram alto esforço e excesso de comprometimento no trabalho foram os que mais se encontram afetados pelo presenteísmo.

O presenteísmo, portanto, envolve uma complexa interação de fatores que vão além dos problemas de saúde dos trabalhadores. A decisão de permanecer trabalhando quando doente envolve questões individuais e institucionais muitas vezes difíceis de ser identificadas, separadas e mensuradas (HANSEN e ANDERSEN, 2008; BERGSTRÖM et al, 2009; JOHNS, 2010; MARTINEZ e FERREIRA, 2011).

As características do contexto de trabalho podem favorecer o presenteísmo. Os tipos de contrato, a estabilidade, o sistema de recompensas, a política institucional em relação ao absenteísmo podem fazer com que os trabalhadores decidam por trabalhar sem as condições físicas ou mentais adequadas para o desenvolvimento de suas atividades (JOHNS, 2010). Em algumas situações, as relações interpessoais no trabalho também podem interferir nesta decisão, como, por exemplo, a flexibilidade de trocas entre os membros da equipe, a valorização do

trabalho por parte das chefias, o sentimento de equipe e o comprometimento com os colegas de trabalho (JOHNS, 2010; MARTINEZ e FERREIRA, 2011).

A visão que o indivíduo tem de seu trabalho e de suas condições de saúde pode, da mesma forma, contribuir com o presenteísmo. Muitos trabalhadores pensam que sua ausência pode ser entendida como falta de responsabilidade ou comprometimento com a instituição, colegas e usuários (ELIAS e NAVARRO, 2006). Quando as responsabilidades e atribuições são difíceis de ser delegadas e o trabalho tende a ser acumulado em caso de faltas, o trabalhador tende a evitar a ausência.

Temos visto que as alterações no mundo do trabalho contemporâneo também reforçam a assiduidade ao trabalho. O aumento dos contratos temporários de trabalho, a instabilidade, a competitividade e o incentivo crescente à produtividade fazem com que os indivíduos evitem faltar ao trabalho quando estão doentes ((ARONSSON, GUSTAFSSON e DALLNER, 2000; FORES-SANDÍ, 2006).

Assim, o presenteísmo é um fenômeno multifatorial que envolve empregado e empregador e traz repercussões negativas para ambos, embora, na maioria das vezes, este resultado não seja devidamente diagnosticado. É importante também refletir que tanto as doenças quanto as condições de trabalho podem comprometer as pessoas e sua capacidade para o trabalho de forma diferenciada, sendo que um mesmo fator pode ou não reduzir a produtividade de um trabalhador.

Letvak e Buck (2008) realizaram um estudo nos Estados Unidos sobre as características individuais e do trabalho que influenciavam a produtividade e a intenção dos enfermeiros em permanecerem na enfermagem. Entre os fatores associados à queda de produtividade foram identificados o estresse no trabalho e a presença de problema de saúde. Os autores destacam ainda que a melhoria do ambiente de trabalho, a redução do estresse no trabalho e o fornecimento de recursos adequados para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade podem contribuir para a permanência destes trabalhadores na enfermagem.

Lima Junior e Ésther (2001) realizaram um estudo que teve como objetivo principal a identificação dos fatores que, na percepção dos trabalhadores de enfermagem do HU/UFJF, têm implicações nos sentimentos de prazer e desgaste no trabalho. O sentimento de impotência diante da inexistência de condições organizacionais para a prestação de um atendimento considerado ético e responsável ao paciente, as frustrações, o medo, cobranças e aborrecimentos foram

os fatores mais apontados pela equipe de enfermagem como impeditivos para o prazer no trabalho.

Neste estudo, ao se referirem às condições de trabalho, os entrevistados demonstraram que, sem escolha, são submetidos às relações, às condições e ambientes de trabalho geradores de insalubridade e penosos, que os colocam diante de riscos ocupacionais que favoreçam o aparecimento de doenças, sofrimento e acidentes. Estes trabalhadores identificaram a enfermagem como uma profissão repleta de contradições; um ofício relevante, porém ainda incapaz de gerar reconhecimento social; um fazer necessário, mas desvalorizado e fragmentado.

Desta forma, se faz necessário um maior investimento na valorização e reconhecimento do trabalho destes trabalhadores, pois a satisfação e a realização profissional poderão contribuir para a manutenção da qualidade de vida e saúde física e mental dos indivíduos. Faz-se necessário pensar em estratégias de motivação e humanização do trabalho de enfermagem, pois, segundo Collet e Rozendo (2003), não é possível esperarmos da equipe de saúde uma assistência humanizada aos usuários se as condições de trabalho são precárias, se há falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e pressões no interior do mundo do trabalho, deixando as pessoas nos seus limites físicos e psicológicos.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização visando atender às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores da saúde, baseando-se na integralidade da assistência (BRASIL, 2004). É imprescindível cuidar de quem cuida e a humanização não pode ser direcionada apenas para o cuidado prestado ao usuário, mas também deve envolver os profissionais que prestam este cuidado. Porém, de acordo com Amestoy, Schwartz e Thofhrn (2006), alguns profissionais de saúde ainda não compreendem, claramente, a humanização do processo de trabalho e sentem-se desvalorizados dentro do ambiente hospitalar.

A Norma Regulamentadora 32 (NR32) do Ministério do Trabalho e Emprego, por sua vez, regulamenta a segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, publicada em anexo I da Portaria 485 de novembro de 2005 e revisada em novembro de 2008 por meio da Portaria 939. “Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de

promoção e assistência à saúde em geral. A NR32 define serviços de saúde como qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população e de todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade. Considera três agentes de risco: biológico, químico e radiação ionizante, estabelecendo uma série de medidas de segurança e controle para cada um deles.

Alem de trazer as determinações sobre os riscos, esta NR normatiza as questões relacionadas aos resíduos dos serviços de saúde, às condições de conforto durante as refeições, ao serviço de limpeza, às lavanderias, às máquinas e equipamentos utilizados e, nas disposições finais, traz alguns itens relacionados aos riscos ergonômicos (RIBEIRO, 2008).

No entanto, apesar de a NR32 ter por objetivos a promoção e assistência à saúde dos trabalhadores de saúde, estas ações se relacionam apenas à saúde física, sem ter nenhuma proposta voltada à saúde mental desses profissionais.

Em relação às dimensões do presenteísmo, foi possível perceber que os trabalhadores do turno diurno, os que tinham dois ou mais empregos, os que se mostraram insatisfeitos com a profissão, os que relataram alto esforço e excesso de comprometimento com o trabalho tiveram escores médios mais baixos na dimensão “Concentração mantida”. Estes trabalhadores tiveram, portanto, sua capacidade de concentração para o trabalho diminuída frente ao presenteísmo.

Se a demanda de trabalho da enfermagem é maior no turno diurno, a capacidade de concentração diminuída pode interferir negativamente na assistência e ser responsável pelo aumento de erros como mostra o estudo realizado com enfermeiras na Carolina do Norte (LETVAK, RUHM e GUPTA, 2012). Os resultados desse estudo mostram que o presenteísmo entre os participantes foi significativamente associado ao maior número de quedas de pacientes e a um número maior de erros de medicação.

Da mesma forma, esta situação compromete a saúde física e mental de toda a equipe que compartilha o trabalho com colegas que se veem com limitações que os impedem de desempenhar suas atribuições adequadamente. O presenteísmo então pode acarretar, além de maiores custos para a instituição, consequências desastrosas para os usuários e para a saúde dos trabalhadores, tornando-se um círculo vicioso, em queo comprometimento da saúde dos trabalhadores gera outros

agravos ao próprio trabalhador e aos demais componentes da equipe de trabalho e usuários (BERGSTRÖM, 2009; JOHNS, 2010).

5.6.4 Média de presenteísmo e hábitos de vida e saúde entre os trabalhadores

Médias mais baixas de presenteísmo foram encontradas entre os trabalhadores que se referiram com estado de saúde regular/ruim e, entre os absenteístas, evidenciam que o presenteísmo está associado ao estado de saúde dos trabalhadores. Estes resultados corroboram com diversos autores que afirmam que as condições de saúde do trabalhador representam um dos principais responsáveis pelo presenteísmo e que o mesmo pode contribuir para um futuro absenteísmo (PILETTE, 2005; BERGSTRÖM et al, 2009; LETVAK e RUHM, 2010).

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Martinez e Ferreira (2011) realizado com enfermeiros em um hospital público português. Neste estudo, a condição de saúde autorreferida também esteve associada ao presenteísmo, sendo que, da mesma forma, os participantes que referiram condições de saúde regular ou ruim foram os que apresentaram baixos escores médios de presenteísmo.

Embora, na análise global da escala SPS-6, as variáveis tabagismo e IMC não tenham apresentado associação significativa com o presenteísmo, ao analisar as duas dimensões propostas, observou-se que os ex-fumantes e os obesos ou com sobrepeso tiveram escores médios mais baixos na dimensão “Concentração mantida”.

Os dados obtidos no presente estudo mostram que a qualidade de saúde dos trabalhadores está relacionada com a sua capacidade de desempenhar satisfatoriamente suas atribuições, influenciando na sua produtividade e na sua qualidade de vida trabalho.

Letvak e Ruhm (2010) afirmam que a capacidade de qualquer pessoa para o trabalho é fortemente influenciada pela sua saúde. A saúde do trabalhador pode afetar diretamente sua produtividade, especialmente quando o trabalho tem alto nível de exigência física como acontece com os trabalhadores de enfermagem.

Ao abordarem a saúde dos trabalhadores da saúde, Pinho et al (2007) fazem importantes considerações quando descrevem que o trabalho em saúde tem uma peculiaridade, que é a integração entre os aspectos intelectual e manual, uma vez

que os profissionais que detêm a direcionalidade técnica também executam as tarefas manuais.

Quando se referem à enfermagem, as autoras destacam que sua finalidade ou produto é o cuidado e que a objetivação do saber do cuidado de enfermagem é o resultado de um processo coletivo, em que os profissionais utilizam um corpo de conhecimentos exteriorizados em técnicas que possibilitem a intervenção no processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades. Os trabalhadores de enfermagem, na prática do cuidado, estão expostos a riscos relacionados às atividades assistenciais diretas e indiretas.

Sarquis et al (2004) afirmam que, ao fazer uma análise sobre a saúde do trabalhador no contexto da enfermagem, através dos tempos, é possível verificar que estes trabalhadores estão expostos a várias cargas que comprometem a saúde. Como consequência, temos índices elevados de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho e a partir dessa percepção, faz-se necessário entender melhor essa problemática e se apoiar na legislação trabalhista, ressaltando as questões da saúde do profissional de enfermagem.

Fica então evidenciada a necessidade de estimular os trabalhadores de enfermagem a adotarem hábitos de vida saudáveis que possam melhorar a qualidade de vida e saúde. Isso, na realidade não tem sido considerado conforme mostram os resultados do estudo de Elias e Navarro (2006), que avalia a relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida de mulheres profissionais de enfermagem. As participantes desse estudo relataram ser descuidadas com sua própria saúde, apesar de saberem que o que deveriam fazer para ter uma saúde melhor e o trabalho lhes oferece poucas oportunidades de realização pessoal. O lazer e o trabalho para elas eram vividos como atividades opostas.

E, de acordo com Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), apesar de o exercício da enfermagem requerer boas condições de saúde física e mental, os enfermeiros raramente recebem a proteção social adequada para o seu desempenho. Apesar de exercerem atividades estressantes, muitas vezes em locais inadequados, não recebem a atenção e a proteção necessárias para evitar os acidentes e as doenças decorrentes do trabalho.

Faz-se necessário também que os próprios trabalhadores de enfermagem sejam participativos nesse processo, reunindo forças na busca de melhores condições de vida e de trabalho. Igualmente, esses profissionais precisam valorizar

e investir em qualidade de vida, incorporando em seu cotidiano atividades físicas regulares, alimentação saudável, horas de sono e lazer.

No presente estudo, ao analisar as duas dimensões de presenteísmo propostas pelo SPS-6, ficou evidenciado que a maioria das variáveis apresentou médias mais baixas na dimensão concentração mantida. Estes dados reforçam a ideia de que o presenteísmo interfere negativamente na capacidade do trabalhador se concentrar no trabalho na presença de sinais e sintomas de adoecimento.

Em contrapartida, a dimensão trabalho finalizado apresentou médias mais altas, mostrando que, apesar dos problemas de saúde, os trabalhadores presenteístas conseguiram terminar o trabalho que lhes era destinado. Estes resultados trazem importantes reflexões sobre o presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem pesquisados. Apesar de conseguirem realizar todas as atividades, esse trabalho foi comprometido no que se refere à concentração e a dispersão da atenção durante a execução de mesmo. Podemos então concluir que o presenteísmo, neste contexto, interfere muito mais na qualidade do que na quantidade do trabalho.

É importante pensar que a qualidade do trabalho de enfermagem prejudicada pode interferir diretamente na assistência prestada aos usuários. Trabalhadores de enfermagem que, sob o efeito de agravos de saúde que não são capazes de evitar a distração durante a execução de suas atividades, podem colocar em risco a integridade dos pacientes e até mesmo representarem um risco à vida dos mesmos (FLORES-SANDI, 2006).

Outra questão que merece atenção é o fato de que situações como está podem prejudicar ainda mais a saúde mental destes trabalhadores que sofrem os efeitos e as pressões psicológicas do erro cometido, além das desastrosas consequências profissionais e sociais.

Por outro lado, o fato de os trabalhadores conseguirem (mesmo que não da forma ideal) concluir o seu trabalho ao término de sua jornada possa dificultar a visibilidade e o reconhecimento do presenteísmo por parte dos gestores hospitalares. Neste caso, é preciso a conscientização e a sensibilização dos mesmos para o problema, de modo que eles possam compreender que a quantidade não representa a produtividade desejada do trabalho da enfermagem. São necessárias mudanças de paradigmas em relação à questão da presença/ausência do trabalhador em seu local de trabalho para que se possa

garantir um cuidado de qualidade, livre de riscos para aqueles que são assistidos, bem como para os que prestam a assistência.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve boa aceitação por parte dos profissionais de enfermagem do HU, com um alto percentual de representatividade da população (86,50%). Os mesmos demonstraram interesse pela temática na participação e, principalmente, pelos resultados da pesquisa.

As dificuldades encontradas para a concretização das entrevistas se relacionaram com a sobrecarga de atividades dos trabalhadores, que, muitas vezes, não dispunham de tempo livre, demandando um tempo maior de espera e diversos retornos das entrevistadoras. Muitas das vezes, mesmo com agendamento prévio, devido a alguma intercorrência relacionada com a assistência, a entrevista não podia ser realizada.

O turno noturno foi o que apresentou maior dificuldade para a realização das entrevistas devido ao menor número de funcionários neste horário. Muitas vezes, as entrevistas tinham que ser realizadas em horários mais avançados devido às atividades assistenciais nas quais a equipe estava envolvida.

O instrumento utilizado foi de fácil entendimento, não apresentando problemas no preenchimento e a estratégia de aplicação por entrevista favoreceu o esclarecimento de dúvidas. A conferência diária dos questionários possibilitou a correção de erros e inconsistências, garantindo menor perda de informações.

O presente estudo possibilitou conhecer o perfil sociodemográfico e a frequência do presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem do HU-UFJF; a partir dos resultados obtidos, acredita-se que os objetivos propostos foram alcançados, sendo as considerações e recomendações a seguir apresentadas.

Quanto à tradução e adaptação do SPS-6, constatou-se que o SPS-6 apresentou boas propriedades psicométricas, sendo indicada sua aplicação em futuros estudos de mensuração e investigação do presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem e populações com características semelhantes.

No que tange ao perfil da população estudada, os trabalhadores de enfermagem do HU-UFJF eram, na maioria, do sexo feminino, adultos jovens, com escolaridade acima do ensino médio, casados, sem filhos menores de 6 anos, com

renda familiar per capita acima de dois salários mínimos, não tabagistas, sedentários. Houve o predomínio de técnicos de enfermagem, servidores públicos, com mais de dez anos de trabalho na enfermagem e lotados no turno diurno, com apenas um vínculo empregatício. Referiram-se com bom ou muito bom estado de saúde, apesar de relatarem ter ou já ter tido em algum momento da vida diversos agravos de saúde agudos ou crônicos como as alergias, enxaqueca, problemas vasculares, doenças osteomusculares e hipertensão arterial. Quase metade dos participantes fazia um alto consumo de álcool. A maioria possuía plano de assistência privado à saúde, o que poderia favorecer a prevenção de agravos e a manutenção da saúde.

Ao se pensar na saúde dos trabalhadores de uma profissão predominantemente feminina como a enfermagem, faz-se necessário pensar também em todas as especificidades que envolvem as trabalhadoras brasileiras. Como já descrito anteriormente, estas mulheres são, em sua maioria, sobrecarregadas pelas tarefas domésticas e responsabilidades com a família e educação dos filhos. Muitas delas, atualmente, ainda são responsáveis pelo sustento da casa e necessitam, por questões de sobrevivência, manter seus empregos, reduzindo seu tempo de lazer, descanso e negligenciando o cuidado com sua saúde.

A jornada de trabalho das mulheres raramente termina quando elas deixam seus empregos. A questão de gênero dentro da enfermagem exerce importante influência no processo de trabalho e na saúde desta categoria profissional e precisa ser levada em consideração quando se analisa o processo saúde/doença dos trabalhadores de enfermagem. O estresse, a ansiedade e a sobrecarga física e mental a que estas trabalhadoras se veem constantemente expostas podem ser responsáveis pela má qualidade de saúde, culminando no presenteísmo e no absenteísmo no trabalho.

Quanto ao presenteísmo, ficou evidente o alto percentual de presenteístas entre a população estudada (56,5%) nos 30 dias que antecederam a entrevista, o que vem ao encontro dos estudos internacionais sobre a temática. Por ter tido por cenário de estudo uma instituição pública, onde os funcionários têm a estabilidade no emprego garantida, poderia se pensar, num primeiro momento, que o presenteísmo entre estes trabalhadores não fosse tão evidente. Porém os resultados

contrapõem algumas conjecturas relacionadas a essa questão. A decisão desses trabalhadores de permanecer trabalhando, mesmo sem as condições ideais de saúde que garantam seu desempenho ideal, perpassa por outros motivos que não o receio de perder o emprego, sofrer sanções de suas chefias ou ter prejuízos financeiros.

Os principais motivos relacionados com a decisão de ir trabalhar, mesmo com algum sinal ou sintoma de adoecimento descrito pelos trabalhadores foram: a sua ausência sobrecarrega os colegas e compromete a assistência prestada. Estes resultados mostram o grau de comprometimento e envolvimento que estes profissionais têm com o paciente e a preocupação de não ser realizado o cuidado necessário para o bem-estar do enfermo. Além disso, estes trabalhadores, cientes da carência de recursos humanos dentro da equipe de enfermagem, evitam faltar ao trabalho, com o intuito de não sobrecarregar ainda mais seus colegas. Vale ressaltar que estas ações, muitas vezes, não são reconhecidas e muito menos valorizadas pelas chefias e pelos gestores e precisam ser investigadas e melhor compreendidas.

Estes resultados mostram que o presenteísmo entre os participantes deste estudo envolveu questões relacionadas a decisões pessoais pautadas em valores e atitudes de solidariedade, compromisso ético e sentimentos de abnegação. Estes sentimentos podem ter também como princípio as representações que os próprios trabalhadores têm da profissão, que, historicamente, é vinculada ao espírito caritativo e de doação, levando esses indivíduos a priorizarem o cuidado e a atenção ao outro em detrimento de seu próprio cuidado.

Os principais sinais ou sintomas de adoecimento associados ao presenteísmo foram gripe/resfriado/amigdalite/faringite; cefaleias/enxaquecas; dor em MMII/MMSS, problemas osteomusculares e problemas de coluna/dor nas costas. E os problemas de saúde que mais afetaram o desempenho dos trabalhadores, apresentando médias mais baixas de presenteísmo, foram cefaleia/enxaqueca; alergias, asma, rinite; problemas intestinais e estomacais e problemas de coluna.

Cabe aqui a reflexão de que estes agravos de saúde representam, de fato, limitações para o trabalho tanto físico quanto mental pelos próprios sintomas apresentados. E, quando se pensa na responsabilidade que envolve as atividades da enfermagem, torna-se ainda mais preocupante ter um percentual tão elevado de

presenteístas entre estes profissionais. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem se veem, em seu cotidiano de trabalho, envolvidos com atividades que exigem força e esforço físico, mobilidade e flexibilidade, além de atenção, concentração e rapidez de raciocínio. Conseqüentemente, uma equipe constituída de trabalhadores com limitações de desempenho associadas a agravos de saúde agudos ou crônicos trará prejuízos para os usuários, o agravamento dos problemas de saúde desses indivíduos e o aparecimento de “novos doentes”.

Por outro lado, permanecer trabalhando portando alguma doença infectocontagiosa pode representar um problema de saúde pública, pois o trabalhador pode ser um potente transmissor e disseminador da doença para os demais trabalhadores. Em relação à enfermagem, este problema se torna ainda mais grave, uma vez que as relações de trabalho não se limitam às pessoas saudáveis. Ao ter uma interação próxima e constante com pessoas enfermas, que estão com o sistema imunológico comprometido, podem favorecer a instalação de novas infecções, proporcionando o agravamento do estado de saúde desses pacientes.

Outro fato que deve ser considerado são as próprias condições de trabalho a que estes profissionais são submetidos, principalmente em instituições hospitalares. Como já visto, o próprio ambiente de trabalho, muitas vezes, é o grande responsável pelo adoecimento dos trabalhadores ou o agravamento de problemas preexistentes. A ergonomia, os espaços físicos deficientes, a escassez de recursos humanos e materiais podem favorecer o aparecimento de doenças. Por outro lado, a exposição química pode ocasionar problemas alérgicos e a exposição ao sofrimento, a dor e a morte podem estar associadas a alterações mentais e psicológicas que estes profissionais tão frequentemente apresentam ao longo de sua vida laboral.

Neste sentido, não podemos nos esquecer das questões subjetivas que permeiam o mundo do trabalho da enfermagem que geram sofrimento, como por exemplo, as relações conflituosas e as relações de poder que se estabelecem entre as demais profissões da saúde, e muitas vezes, entre a própria enfermagem.

Percebeu-se que a população de estudo não tinha hábitos tão saudáveis de vida, como, por exemplo, o sedentarismo e o alto consumo de álcool. Estes são reconhecidamente fatores de risco à saúde que poderiam ser modificados,

principalmente por serem estes profissionais, em sua maioria, pessoas jovens (com idade até 40 anos), que com a adoção de hábitos mais saudáveis, podem melhorar sua qualidade de vida e até mesmo conquistar a longevidade com saúde.

A conscientização da necessidade de mudanças de hábitos e o estímulo à prática de atividades físicas regulares e à adoção de uma alimentação balanceada podem ser feitos através da instalação de projetos e programas multiprofissionais realizados na própria instituição e com o acompanhamento e avaliações periódicas. Estas medidas poderiam contribuir para a melhor qualidade de vida e saúde dos trabalhadores por meio de mudanças gradativas em seu estilo de vida.

Entre as variáveis sociodemográficas analisadas neste estudo, a que esteve associada ao presenteísmo foi a idade. Estes resultados estão em concordância com outros estudos realizados em países como a Suécia e África do Sul. Se a maioria dos trabalhadores do HU é constituída por trabalhadores em idade produtiva e são eles que foram os mais afetados pelo presenteísmo, podemos concluir que este evento é realmente de grande magnitude na população estudada, que merece atenção e requer novas investigações científicas que possam contribuir para a resolução do problema. Assim, os escores médios mais baixos de presenteísmo encontrados entre trabalhadores com idade até 40 anos trazem importantes reflexões sobre o processo de trabalho da enfermagem e as consequências negativas do presenteísmo para a organização de trabalho, para a saúde da equipe e para a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Em relação às variáveis ocupacionais, identificou-se associação entre o número de empregos, a categoria profissional, o desejo em abandonar a enfermagem, o esforço e o excesso de comprometimento. Os trabalhadores que tinham dois ou mais empregos, os que desejavam abandonar a enfermagem, os que relataram alto esforço e excesso de comprometimento foram os que apresentaram frequências mais elevadas de presenteísmo. Estes resultados mostram que as variáveis ocupacionais foram as que mais tiveram associação com o presenteísmo, evidenciando que as condições de trabalho da enfermagem interferem negativamente na saúde e estão relacionadas com a queda da produtividade e do desempenho destes trabalhadores.

Aqueles que possuem dois ou mais empregos foram os que apresentaram médias mais baixas de presenteísmo, apresentando queda de desempenho quando acometidos de algum sinal ou sintoma de adoecimento. Estes resultados trazem à tona, mais uma vez, a questão da multiplicidade de empregos tão presente na enfermagem. Esta situação compromete a qualidade da assistência prestada e a saúde dos trabalhadores que têm grande parte de seu tempo envolvido com o trabalho e um tempo reduzido para realizar as atividades sociais, familiares e de lazer.

Os enfermeiros, pela responsabilidade que lhes é conferida, especialmente nas instituições hospitalares, podem se sentir mais propensos a evitar as faltas no trabalho. Além de serem responsáveis pela equipe de enfermagem e pela assistência prestada aos pacientes, muitas vezes exercem atividades administrativas que demandam maior esforço e tempo. Vivenciam, muitas vezes, situações conflitantes nas relações de trabalho com a própria equipe e com os demais profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho. Há atribuições que, devido a sua complexidade, não podem ser delegadas a outros profissionais e as eventuais faltas representam um acúmulo de serviço em seu retorno ou a sobrecarga para outro enfermeiro que, igualmente, já possui tantas atividades.

As questões subjetivas como o desejo de abandonar a enfermagem, o esforço e o excesso de comprometimento que também estiveram associados ao presenteísmo reforçam a necessidade da valorização desses profissionais e da motivação para o trabalho para que os mesmos possam se sentir mais realizados profissionalmente e assim desempenharem com mais satisfação suas atividades laborais.

Em relação aos hábitos de vida e saúde, os trabalhadores que se referiram com estado de saúde regular e ruim foram os que mais apresentaram o presenteísmo. Estes resultados mostram, mais uma vez, que a baixa qualidade e saúde dos trabalhadores está associada à queda de produtividade no trabalho e que hábitos de vida saudáveis podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde e, conseqüentemente para o desempenho do trabalhador.

Sobre o absenteísmo por doença, foi identificada importante associação com o presenteísmo, sendo que aqueles que relataram ausência do trabalho por motivo

de doença nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista foram os que tiveram médias mais baixas de presenteísmo. Quanto às dimensões de presenteísmo analisadas, o absenteísmo interferiu negativamente nas duas dimensões: trabalho finalizado e concentração mantida. Estes dados mostram que os dois eventos se relacionam intimamente, sendo difícil a desvinculação dos mesmos quando se analisam as condições e saúde e produtividade dos trabalhadores.

Os baixos escores de presenteísmo evidenciados no SPS-6 entre os trabalhadores que referem estado de saúde regular/ruim reforçam a associação entre presenteísmo e condição de saúde e evidenciam a necessidade de investigações e investimentos na melhoria das condições de trabalho e de saúde desta categoria profissional. Os trabalhadores que possuem um estado de saúde deficiente apresentam com mais frequência sinais e sintomas de adoecimento que os forcem, muitas vezes, a trabalhar apesar da presença dos mesmos, a fim de evitar um número de faltas significativas que poderia comprometer sua imagem diante das chefias e colegas. No caso de trabalhadores contratados, estas faltas poderiam representar também o risco de perder o emprego, de ser advertidos ou penalizados financeiramente.

Os dados obtidos no estudo revelam aspectos importantes da saúde dos trabalhadores de enfermagem, das variáveis ocupacionais e do absenteísmo doença e a relação com o presenteísmo. Ficou assim evidenciado que a saúde dos trabalhadores e as condições de trabalho nas quais os mesmos desenvolvem suas atividades laborais estão associadas ao presenteísmo e ao absenteísmo, interferindo no processo de trabalho da enfermagem.

Estes resultados evidenciam a necessidade de se investir na saúde desses profissionais e na melhoria das condições de trabalho às quais estes trabalhadores se veem expostos. Assim podemos garantir uma assistência de qualidade e permitir que esses trabalhadores exerçam suas atividades laborais com segurança. Estes investimentos perpassam por uma política de valorização do trabalho de enfermagem através da criação de serviços que atuem efetivamente na prevenção de doenças, na manutenção da saúde física e mental e na reabilitação dos trabalhadores.

As instituições de saúde, especialmente as hospitalares, precisam elaborar e efetivar propostas e programas de atendimento psicossociais que possam dar a

seus funcionários o suporte adequado para que os mesmos possam enfrentar da melhor forma as pressões emocionais com que lidam em seu cotidiano de trabalho. Exames de saúde periódicos e acompanhamento médico regular também devem ser realizados, com o objetivo de prevenir doenças e tratar precocemente os possíveis problemas já instalados. Da mesma forma, é preciso investir na ergonomia de mobiliários, na estrutura física e na qualidade dos materiais e equipamentos utilizados na prestação do cuidado com vistas a minimizar os agravos à saúde física da equipe de enfermagem.

É certo que aqueles que se encontram saudáveis tanto física quanto mentalmente são capazes de sentir maior prazer no trabalho e se relacionar melhor com os colegas. Vale lembrar que o produto final do trabalho da enfermagem é o cuidado prestado ao enfermo, à família e à comunidade, sendo que ele determina a produtividade desses profissionais. Sendo assim, todos os esforços devem ser somados para se obter um resultado positivo.

Diante do diagnóstico feito nessa tese, pretendem-se programar e implementar, juntamente com a equipe de Saúde do Trabalhador do HU-UFJF, ações efetivas que busquem a melhoria da qualidade de saúde dos trabalhadores de enfermagem dessa instituição.

Os resultados do presente estudo serão apresentados aos gestores e aos trabalhadores de enfermagem através de palestras e oficinas de trabalho, conforme compromisso assumido da pesquisadora com a instituição e trabalhadores de enfermagem na ocasião da realização da pesquisa. Por meio da divulgação destes resultados, será solicitada a participação de cada segmento (administradores, gerentes e equipe de enfermagem) em futuros empreendimentos relacionados aos problemas diagnosticados. Soluções e investimentos poderão ser sugeridos pelos próprios trabalhadores, em ordem de prioridade.

Com a realização dos exames periódicos de saúde e a identificação de situações de riscos para a saúde física e/ou mental no trabalho, será possível fazer um trabalho preventivo, minimizando assim o custo e as consequências negativas relacionadas ao presenteísmo e ao absenteísmo entre os profissionais de enfermagem. Da mesma forma, pretende-se buscar estratégias de recuperação e readaptação dos trabalhadores que se encontram com algum tipo de limitação física e/ou mental para o trabalho. Assim será possível mostrar aos gestores a importância dessas ações para a produtividade do trabalhador, para a qualidade do

serviço prestado aos usuários de saúde, bem como obter o importante apoio e parceria dos mesmos no investimento na saúde e na satisfação dos trabalhadores.

É importante destacar que estas propostas não devem ser limitadas apenas para o local da presente pesquisa, mas sim reproduzidas nas demais instituições hospitalares de nosso país, que vivenciam semelhante realidade.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para a reflexão dos profissionais de enfermagem, gestores e chefias das instituições hospitalares e despertar o interesse em novas investigações científicas sobre a temática.

Por ser o presenteísmo um tema novo, ainda pouco explorado e estudado na enfermagem, faz-se necessários novos estudos que venham contribuir para a compreensão do fenômeno e na busca de estratégias que minimizem seu efeito negativo na saúde do trabalhador.

Recomenda-se que as investigações sobre o presenteísmo tenham continuidade e que sua associação com outras variáveis possam ser analisadas, sendo estes estudos estendidos para outras instituições hospitalares do município, inclusive aos hospitais privados.

No que tange às limitações do estudo, por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer uma relação temporal entre os eventos. A composição da amostra não permite estender os achados para a população geral, uma vez que foi uma amostra específica de trabalhadores, limitada a um único hospital. As informações autorreferidas podem, muitas vezes, não corresponder à realidade.

O produto da tese

Esta tese traz como produto:

- A atualização do conhecimento científico na área da saúde do trabalhador de enfermagem, através da elaboração de um artigo científico sobre a produção científica do presenteísmo na enfermagem

- A tradução e validação de um instrumento de mensuração do presenteísmo, o *Stanford Presenteism Scale - 6* (SPS-6) para o português brasileiro que permitirá a avaliação desse evento em profissionais de enfermagem de outras instituições de saúde como também de outros grupos de trabalhadores brasileiros.

- A elaboração de artigo científico que descreve o processo de tradução e validação do SPS -6 para o português brasileiro.

- O conhecimento do perfil sociodemográfico dos trabalhadores de enfermagem do HU-UFJF, o que possibilitará a implantação de programas institucionais voltados para melhoria da qualidade de vida, saúde e trabalho dessa categoria profissional.

- O diagnóstico do presenteísmo na enfermagem do HU-UFJF, o que, da mesma forma, permitirá a busca de estratégias que minimizem este evento entre a população estudada. O conhecimento dos principais motivos do presenteísmo pode contribuir para entender questões importantes, muitas vezes ocultas, despercebidas e desvalorizadas pelos superiores. Da mesma forma, conhecer quais os sinais e sintomas de adoecimento mais presentes entre os trabalhadores presenteístas e quais as doenças que mais afetam o seu desempenho se faz importante para se tentar minimizar esses fatores.

- O estudo apontou para a necessidade de estratégias voltadas não somente a ações preventivas e curativas com vistas a restituir o bem-estar físico e psicológico aos trabalhadores, mas, sobretudo para a necessidade de atuação no ambiente de trabalho.

Ter identificado que o presenteísmo afetou de forma significativa a capacidade de concentração desses trabalhadores é também de suma importância para que se possa agir de forma efetiva no controle desse fenômeno. Estes resultados, ao serem apresentados aos gestores do HU, serão destacados, uma vez que o presenteísmo interfere não só na quantidade, mas também na qualidade do serviço. E, no que diz respeito à enfermagem, a capacidade de concentração é essencial para que o trabalho seja realizado sem oferecer riscos para aqueles que estão sob seus cuidados e para a manutenção da saúde mental dos trabalhadores.

A tese a ser defendida neste estudo de que o presenteísmo é um fenômeno de grande magnitude na realidade do trabalho de enfermagem, interferindo negativamente no processo de trabalho e na saúde dos trabalhadores, foi confirmada. O presenteísmo teve um alto percentual entre a equipe de enfermagem do HU-UFJF (56,5%), prejudicando o desempenho dos trabalhadores e refletindo de forma negativa na saúde dos mesmos. O presenteísmo entre os trabalhadores pesquisados teve uma influência negativa maior na qualidade do trabalho, o que pode repercutir diretamente no produto final do trabalho da enfermagem e na mensuração de sua produtividade: o cuidado humano.

REFERÊNCIAS

____ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem – Disponível em <www.abennacional.org.br> Acesso em 25 set. 2009.

____ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem – Disponível em <www.abennacional.org.br> Acesso em 07/10/2012.

____ABEn RJ - Associação Brasileira de Enfermagem seção RJ. **Cartilha do trabalhador de enfermagem – saúde, segurança e boas condições de trabalho.** Rio de Janeiro, 44p. 2006.

ABREU, V.S. Absenteísmo e presenteísmo. 2008. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/absenteismo_e_presenteismo_nas_organizações/25026/> Acesso em: 10 mai. 2009.

ABREU, R.M.D.; SIMÕES A.L.A. Ausência por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino. **Cienc Cuid Saúde.** v.8, n.4, p.637-644, out/dez., 2009.

AGUIARNETO, Z.. Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M.C.S. (org). **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores.** São Paulo: Martinari, 2008. 152p.

ALVES, M.; GODOY, S.C.B.; SANTANA, D.M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v.59, n.2, p.195-200. Mar./abr., 2006.

AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M.B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.19,n.4, p.444-449, 2006.

ANDRADE, V. ; PADILHA, K.G.; KIMURA, M. Seguimento dos enfermeiros egressos dos cursos de especialização em enfermagem em cuidados intensivos. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v.6, n.3, p.23-31, julho,1998.

ARAÚJO, T.M. **Trabalho e distúrbios em mulheres trabalhadoras de enfermagem.** 1999. 210f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 1999.

ARONSON, G.; GUSTAFSSON, K. Sickness Presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. **Journal of Occupational & Environmental Medicine**, v.47, n.9, p.959-66, September, 2005.

ARONSON, G.; GUSTAFSSON K., DALLNER, M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. **J Epidemiol Community Health.**; v. 54, n. 7, p. 502-9. Jul, 2000.

ASSUNÇÃO, A.A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.1005-18, 2003.

AZAMBUJA, E.P.; FERNANDES, G.F.M.; KERBER, N.P.C.; SILVEIRA, R.S.; SILVA, A.L.; GONÇALVES, L.H.T.; CARTANA, M.H.F. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.1, p.71-9, jan./mar., 2007.

BARBOZA, J.I.R.A.; MORAES, E.L.; PEREIRA, E.A.; REIMÃO, R.N.A.A. Avaliação do padrão de sono dos profissionais de enfermagem dos plantões noturnos em unidade de terapia intensiva. **Einsten**, São Paulo (SP), v.6, n.3, p.296-301, 2008.

BECKER, S.G.; OLIVEIRA, M.L.C. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem em centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo (SP), v.16, n.1, p. jan-fev, 2008

BERGSTRÖM, G; BODIN, L; HAGBERG, J; ARONSSON, G; JOSEPHSON, M. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. **J Occup Environ Med**. V.51, n.6, p.629-38, Jun, 2009

_____; BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – disponível em <<http://decs.bvs.br>> Acesso em: 10 mai. 2009.

BÖCKERMAN, P; LAUKKANEN, E. Presenteeism in Finland: determinants by gender and the sector of economy. **Ege Akademik Bakis/ Ege Academic Review**, V.9, n. 3, p. 1007-1016, 2009.

BORGES, L.O.; ARGOLO, J.C.T. Adaptação e validação de uma escala de bem estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. **Avaliação Psicológica**, v.1, p.259-268, 2002.

BORGES, R.R.; MORAIS, S.B.O.B. Perfil dos afastamentos entre profissionais de enfermagem – o caso Maternidade Climério de Oliveira. **1º Encontro Nordeste de Higiene Ocupacional**, Salvador, junho, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, Brasília: 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma regulamentadora 17. Ergonomia. MTS, SIT: 1990.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma regulamentadora 32. Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde: 2005 Disponível em: <www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras> Acesso em: 15 jan. 2011.

_____. Assembléia Nacional Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil**; Brasília: 1988.

_____. Leis, etc. Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055-60.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão e gerenciamento – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**. 1ªed., Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas de Promoção da Saúde**. Brasília: 2002.

_____. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: 2004. Disponível em <<http://portalsaude.gov.br>> Acesso em: 15jan. 2011.

BURTON, W.N.; CONTI, D. J.; CHEN, C.Y.; SCHULTZ, A. B.; EDINGTON, D.W. The role of health risk factors and disease on worker productivity. **J Occup Environ Med**. 41, p.863-877, 1999.

CAMPOS, E.C.; JULIANI, C.M.C.M.; PALHARES, V.C. O absenteísmo da equipe de enfermagem em unidade de pronto socorro de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.11, n.2, p.295-302, 2009.

CANFIELD, G. W.; SOASH, D. G. Presenteeism - A constructive view. **Personnel Journal**, 34, p.94–97, 1955.

CARVALHO, L.S.F.; MATOS R.C.S.; SOUZA, N.V.D.O.; FERREIRA, R.E.D.S. Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**, Jan/Mar; v.9, n.1, p.60-66, 2010.

CASTANHA, A.R.; ARAÚJO, L.F. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. **Psico-UFS**, v.11, n.1, p.85-94, jan/jun, 2006.

COOPMANS, J.W.M. **Stress related causes of presenteeism amongst South African managers**. 2007. 79p. Dissertação. University of Pretoria, Pretoria, 2007.

CHOR, D.; WERNECK, G.L.; FAERSTEIN, E.; ALVES M.G.M.; ROTENBERG L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v.24, n.1, p.219-224, 2008.

COLLET, N.; ROZENDO, C.A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.56, n.2, p.189-192, mar-abr, 2003.

CORREA, C.F.; DONATO, M. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva – a percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.194-204, jun 2007.

CORTEZ, E.A.; MARÇAL, C.; CARDOSO, F.; SILVA, I.C.M.; GRANJEIRO, R.; CARMO, T.G. Iatrogenia no cuidado de enfermagem: implicações éticas e legais.

Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental On line, n.1, v.1, p.74-84, mai/ago, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br>> Acesso em: 09 out. 2012.

COSTA, F.M.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.1, p.38-44, jan.-fev. 2009.

COSTA, F.T.; FELLI, V.E.A. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13 n.4 Jul/ago. 2005

COSTA, C.C.C; BEZERRA FILHO, J.G.; MACHADO, M.M.T.; MACHADO, M.F.A.S.; JORGE, A.C.; FURTADO, A.A.A.; LIMA, I.M.S. Curso técnico de enfermagem do PROFAE – Ceará: a voz dos supervisores. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis (SC), v.17, n.4, p.705-713, oct/dec, 2008.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEMEROUTI, E.; LE BLANC, P. M.; BAKKER, A.B.; SCHAUFELI, W.B.; HOX,J. Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. **Career Development International**,v.14, n.1, p.50-68, 2009.

DRATCU, M. **Por que não me disseram isso antes?!** Você é o resultado de uma vida produtiva. São Paulo: Saraiva, 2007. 192p.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde, e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho de profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino- Am. Enf.**, Ribeirão Preto (SP), v.14, n.4, p.517-25, jul./ago. 2006.

ENDICOTT J.; NEE J. Endicott Work Productivity Scale (EWPS): a new measure to assess treatment effects. **Psychopharmacolgy Bulletin**, n.33, v.1, p13-16, 1997.

FARIA, A.C.; BARBOZA, D.B.; DOMINGOS, N.A.M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arq Cienc Saúde**, São José do Rio Preto (SP), v.12, n.1, p. 14-20, jan-mar,2005.

FARIAS, S.N.P.; ZEITOUNE,R.C.G. A interferência da globalização na qualidade de vida no trabalho: a percepção dos trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.378-85, dez. 2004.

FARIAS, S.N.P.; ZEITOUNE,R.C.G. Qualidade de vida no trabalho de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.487-93, set. 2007.

FERRAREZE, M.V.G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A.M.P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. **Acta Paulista Enf.**, São Paulo (SP), v.19, n.3, p.310-315, 2006.

FERRAZ, A.S.M.; MACHADO, A.C.N. Atividade física e doenças crônico-degenerativas. **Revista Diversa**, Paraíba (PI) Ano 1, n.1, p. 25-35, jan/jun, 2008.

FERREIRA, A.I.; MARTINEZ, L.F.; SOUZA, L.M.; CUNHA, J.V. Tradução e validação para a língua portuguesa das escalas de presenteísmo WLQ-8 e SPS-6. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre (RS), v.9, n.2, p. 253-266, ago, 2010.

FERREIRA, R.C.; GRIEP, R. H.; FONSECA, M. J. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo (SP), v.46, n.2, p. 259-268, abr,2012.

FISCHER, F.M.; BELLUSCI, S.M. ; TEIXEIRA, L.R., BORGES, F.N.S., FERREIRA, R.M.; GONCALVES, M.B.L.; MARTINS, S.E.; CHRISTOFFOLETE, M.A. Unveiling factors that contribute to functional aging among health care shiftworkers in Sao Paulo, Brazil. **Exp Aging Res** n.28, p.73-86 ,2002.

FISCHER, F.M.; BORGES, N.S.; ROTENBERG, L.; LATORRE, MRDO.; SOARES,N.S.; SANTA ROSA, P.L.F.; NAGAI, R.; LANDSBERGIS, P. A (in) capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Rev Brás Med. Trab.** Belo Horizonte, v 3, n.2, p.97-103, ago-dez. 2005.

FLORES-SANDI, G. "Presentismo": Potencialidad em accidentes de salud. **Acta Med Costarric.** , Costa Rica 48(1), p.30-34, mar. 2006.

FOSTER, S. Stanford researchers form workplace 'presenteeism' scale. **Stanford Report**, Stanford University, Jan, 2002.

FREITAS, G.F.; OGUISSO, T. Perfil dos profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo (SP), v.20, n.4, p.489-494, oct-dez. 2007.

GEHRING JUNIOR, G.; CORRÊA FILHO, H.R.; NETTO, J.D.V.; FERREIRA, N.A.; VIEIRA, S.V.R. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo,v.10, n.3, p.401-9, setembro 2007.

GIL, S.C.; BONFIM, N.R. Estresse ocupacional nos profissionais de enfermagem: causas e consequências físicas e psíquicas. **Psicologia – Rede Psi**, 2008. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/portal>> Acesso em 08/10/2012.

GIOMO, D.B.; FREITAS, F.C.T.; ALVES, L.M.; ROBAZZI, M.L.C.C. Acidentes de Trabalho, riscos Ocupacionais e Absenteísmo entre Trabalhadores de Enfermagem Hospitalar. **Rev Enferm. UFRJ**, Rio de Janeiro (RJ), v.17, n.1, p.24-9, jan./mar., 2009.

GOETZEL, R.Z., LONG,S.R., HAWKINS, K., WANG, S., LYNCH, W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. **JOEM**, v.46, n.4, p.398-412, April, 2004.

GOLDBERG, D. **The detection of psychiatric illness by questionnaire**. London: Oxford University Press. 1972.

GÖTTEMS, L.B.D.; ALVES,E.D.; SENA,R.R. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto (SP), v.15, n.5, p. 1033- 1040, Set/out, 2007.

GRAZZIANO, E.S.; FERRAZ BIANCHI, E.R. Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. **Enfermeria Global Rev Eletr Semest Enferm**, n.18, p.1-20, febrero, 2010. Disponível em: <<http://www.um.es/eglobal>>Acesso em: 09/10/2012.

GUEDES, L.V.; VICENTE,L.C.C.; PAULA, C.M.; OLIVEIRA,E.A.; BARCELOS,W.C.O. Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um hospital universitário de Belo Horizonte.**Rev. Bras. de Fonaudiol.**, São Paulo (SP), v.14,n.3, p.372-80, 2009.

GUIDO, L.A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 199p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

HANSEN, C. D.; ANDERSEN, J. H. Going ill to work – what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? **Social Science & Medicine**, 67, p.956-964, 2008.

HAIR, J.F., ANDERSON, R.E., TATHAM, R.L., BLACK,W.C. **Análise multivariada de dados**. 5ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2005.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**. São Paulo (SP), v.14, n.3, p. 77-86, set/dez, 2004.

HEMP, P. Presenteeism: at work- but out of it. **Harvard Business Review**, v.82, p.49-58, 2004.

HERDMAN, M., FOX-RUSHBY, BADIA, X. A modelo f equivalence in the cultural adaptation of HRQol instruments: the universalist approach. **Qual Life Res.**; v.7, p.323-35, 1998.

JARDIM,R., BARRETO, S.M., ASSUNÇÃO, A.A. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. **Cad Saúde Pública** (RJ), v.23, n.10, p.2439-2461, out, 2007.

JOHNS, G. Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. **Jornal of Organizational Behavior**, v.31, p.519-542, 2010.

JORGE, A.L. Motivos que levam os trabalhadores de enfermagem ao absenteísmo. **Acta Paulista Enf.**, São Paulo (SP), v.8, n.1, p.39-46, jan/abril, 1995.

KESSLER, R.C.; BARBER, C.; BECK, A.; BERGLUND, P.; CLEARY, P.D.; MCKENAS, D.; PRONK, N.; SIMON, G.; SAQNQ, P. USTUN, T.B.; WANQ, P. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). **J. Occup. Environ Med.**, v.45, n.2, p.156-174, Feb,2003.

KOOPMAN, C; PELLETIER, K. R.; MURRAY, J. F.; SHARDA, C.E.; BERGER, M.L.; MARC; TURPIN, R. S.; HACKLEMAN, P; GIBSON, P.; HOLMES, D. M.; BENDEL, T. Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. **J Occup Environ Med.** V.44, n.1, p.14-20, January, 2002.

KUMAR R.N.; HASS S.L.; LI, J.Z.; NICKENS, D.J.; DAENZER C.L.; WATHEN, L.K. Validation of the Health-Related Productivity Questionnaire Diary (HRPQ-D) on a sample of patients with infectious mononucleosis: results from a phase 1 multicenter clinical trial. **J Occup Environ Med.** 45, p. 899-907, 2003.

LACAZ, F.A.C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre a relação trabalho-saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v.23, n.4, p.757-766, abr, 2007.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* v.33, p. 159-74, 1977.

LARANJEIRA, C.A. O contexto organizacional e a experiência de stress: uma perspectiva integrativa. **Revista de Saúde Pública**, v.11, n.1, p.123-133, 2009.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasil: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LAUS, A.M.; ANSELM, M.L. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.4, p. 681-9, dezembro 2008.

LAUS, A.M.; ANSELM, M.L. Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP) v.12, n.4, p. 643-9, julho-agosto, 2004.

LERNER D.; AMICK B.C.; ROGERS W.H.; MALSPEIS S.; BUNGAY K.; CYNN D. The work limitations questionnaire. **Medical Care.** n.39, v.1, p.72-85, Jan, 2001.

LERNER, D.J.; AMICK, BCIII, MALSPEIS, S.; ROGERS, W.H.I.; GOMES, D.R.; SALEM, D.N. The Angina-Related Limitations at work Questionnaire. **Qual Life Res.** v.7, p.23-32, 1998.

LETVAK, S.; BUCK, R. Factors Influencing Work Productivity and Intent to Stay in Nursing. **Nursing Economics**, v.26, n.3, p.159-165, may-june, 2008.

LETVAK, S.; RHUM, C.J. The impact of worker health on long term care: implications for nursing managers. **Geriatric Nursing**, v.31, n.3, p.165-69, may-june, 2010.

LEVIN-EPSTEIN, J. Presenteeism and paid sick days. **CLASP -Centre for Law and Social Policy**. Feb, 2005.

LIMA JUNIOR, J.H.V.; ÉSTHER, A.B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **RAE: Revista de Administração de Empresas**, São Paulo (SP), v.41, n.3, p.20-30, jul/set, 2001.

LIPTON, R.B.; STEWART, W.F. Migraine Disability Test: disponível em: <<http://www.shs.berkeley.edu/home/healthtopics/pdf/assessment.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2012.

LOPES, G.T.; SPÍNDOLA, T.; MARTINS, E.R.C. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais: estudos preliminares. **Rev Enferm. da UFRJ**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.8-9, maio 1996.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagú**, Campinas, v.8, n.24, p.105-125, 2005.

MAGALHÃES, N.A.C.; FARIAS, S.N.P.; MAURO, M.Y.C.; DONATO, M.D.; DOMINGOS, A.A.M. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev Enferm da UFRJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.224-230, 2011.

MAGNAGO, T.S.B.S. **Aspectos psicossociais e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem**. 2008. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MARTINEZ, L. F. A esperança é a última a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. **Comportamento Organizacional e Gestão**, v. 13, n.1, p.37-54. 2007, Lisboa.

MARTINEZ, L. F.; FERREIRA, A.I. Sick at work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital. **Stress Health**. 2011.

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

MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. O trabalho de Enfermagem e a Ergonomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p.124-27, 2000.

MARZIALE, M.H.P. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3 [Editorial] maio, 2001.

MATOS, A.A.; DEUSDEDIT JUNIOR, M. A incorporação do gênero no estudo da síndrome de Burnout. *Unimontes Científica*, Montes Claros, v.10, n.1/2, jan/dez, p. 25-33, 2008.

MATTOS, A.D.; SANTOS, J.F.S.; CARDOSO, P.R.; ANTONOA, T. Atividade da sociedade tecnológica. **Revista Digital**, Buenos Aires, año 10, n. 94, marzo, 2006. Disponível em: <<http://www.efdesportes.com>> Acesso em: 13 out. 2012.

MATTKE, S.; BALAKRISHNAN, A.; BERGAMO, G.; NEWBERRY, S. J. A review of methods to measure health-related productivity loss. **The American Journal of Managed Care**, v.13, n.4, p.211-217, 2007.

MAURO, M.Y.C.; PAZ, A.F.; MAURO, C.C.C.; PINHEIRO, M.A.S.; SILVA, V.G. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.244- 252, abr-jun, 2010.

MAYNARDES, D.C.P.; SARQUIS, L.M.M.; KIRCHHOF, A.L.C. Trabalho noturno e morbidades de trabalhadores de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba (PR), v.14, n.4, p. 703-708, 2009.

MCHORNEY CA, WARE JE, RACZEK AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (Sf-36) .2. Psychometric and Clinical-Tests of Validity in Measuring Physical and Mental-Health Constructs. **Medical Care**, n.31, v.3, p.247-263, Mar 1993.

MCHUTCHISON, J.G.; WARE J.E.; BAYLISS M.S.; STEPHEN P.; ALBRECHT J.K.; CORT S.; YANG I.; NEARY M.P. The effects of interferon alpha-2b in combination with ribavirin on health related quality of life and work productivity. **Journal of Hepatology**. v.34, n.1, p.140-147, Jan 2001.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.25, n.5, p.34-9, 1991.

MIDDAUGH,D.J. Presenteeism: Sick and tired at work. **Dermatology Nursing**. v.19, n.2, p.172-185. April, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, suppl.2, 1997.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES,D.M.S.; OLIVEIRA,G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Bras de Enferm**, Brasília, v.59, n.5, p.661-665, set-out, 2006.

MORAES, M.V.G.; **Enfermagem do trabalho: programas, procedimentos e técnicas**. 3.ed rev. São Paulo: látria, 2008. 190p.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem.**Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 13, n. 2, p.255-261, mar-abr, 2005.

MUROFUSE, N.T.; MARZIALE, M.H.P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 13, n. 3, p.364-373, maio-junho, 2005.

NORMAN, G.R., STREINER, D.L. **Biostatistics: the bare essentials**. 2nd Ed. London: B. C. Decker; 2000.

OLIVEIRA, N.A.; THOFERN, M.B.; CECAGNO, D.; SIQUEIRA, H.C.H.; PORTO, A.R. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis (SC), v.18,n.4, p.697-704, Out- Dez, 2009.

OSTERHAUS, J.T.; GUTTERMAN, D.L. PLACHETKA, J.R. Healthcare resource and lost labour costs of migraine headache in the US. **Pharmacoeconomics**, v.2, n.1, p.67-76, Jul, 1992.

PAFARO, R.C.; DE MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo (SP), v.38, n.2, p.152-60, 2004.

PASQUALI, L.; GOLVEIA, V.V.; ANDRIOLA, W.B.; MIRANDA, F.J.; RAMOS, A.L.M. Questionário de saúde geral de Goldeberg (QSG): adaptação brasileira. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília (DF) n.10, p.421-437, 1994.

PILETTTE, P.C. Presenteeism in nursing: a clear and present danger to productivity. **J Nurs Adm.**, v. 35, n.6, p. 300-3, Jun, 2005.

PINHO, D.L.M.; RODRIGUES, C.M.; GOMES, G.P. Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 60, n.3, p. 291-94, maio-jun, 2007.

RAFFONE, A.M.; HENNINGTON, E.A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, São Paulo (SP), v.39, n.4, p.669-676, 2005.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo (SP), v. 41, n.4, p.665-73, 2007.

REILLY M.C.; TANNER A.; MELTZER E.O. Work, classroom and activity impairment instruments - Validation studies in allergic rhinitis. **Clinical Drug Investigation**. v.1, .5, p.278-288, May, 1996.

REILLY M.C.; ZBROZEK A.; DUKES E.M. The Validity and Reproducibility of a Work Productivity and Activity Impairment Instrument. **Pharmacoeconomics**. v. 4, n.5, p.353-365, Nov, 1993.

REIS, R.J.; LA ROCCA, P.F.; SILVEIRA, A. M.; BONILLA, I.M.L.; GUINÉ, A.N.; MARTIN, M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p.616-23, outubro, 2003.

RIBEIRO, M.C.S. (org). **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari, 2008. 152p.

RODRÍGUEZ, L.N.G. **Características Del ausentismo laboral Del personal de enfermería em El Hospital Regional Dr Rafael Estévez, Distrito de Aguadulce**. 2003(Tese Mestria) - Universidad de Panamá – Facultad de Medicina – Centro Regional de Coclé, 2003.

ROJAS, R. Enfoque Del presentismo em Empresas de Salud. **Ciência & Trabajo**. Ano 9, número 24, p. 64-8 abril/junio, 2007.

ROTENBERG, L.; PORTELA, L.F.; MARCONDES, W.B.; MORENO, C.; NASCIMENTO, C.P. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v.17, n.3, p.639-49, mai-jun, 2001.

ROYEN,L.; ESSI-KBOT, M.L.; KOOPMASCHAP, M.A. BONSEL,G.; RUTTE, F.H. Labor and health status in economic evaluation of health care: the Health and Labor Questionnaire. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. n.12, p.405-415, 1996.

ROWLAND, D., ARKKELIN, D., CRISLER, L. **Computer-based data analysis: using SPSSx in the social and Behavioral Sciences**. Chicago: Nelson-Hall; 1991.
SANCHES, W.D.; TUMELERO, S. Incidência de sobrepeso e obesidade hereditária. **Revista Digital**, Buenos Aires n.105, ano 11, febrero, 2007. Disponível em <<http://www.fdeportes.com/>>Acesso em: 25 jan. 2012.

SARQUIS, L.M.M; FELLI, V.E.A. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.36, n.3, p.222-30, setembro, 2002.

SARQUIS, L.M.M.; CRUZ, E.B.S.; HAUSMANN, M.; FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e os avanços da legislação trabalhista. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v.9, n.1, p.15-24, janeiro 2004.

SCHIMIDT, D.R.C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p.54-60, janeiro-fevereiro, 2006.

SHIKIAR, R.; HALPERN M.T.; RENTZ, A.M.; KHAN Z.M. Development of the Health and Work Questionnaire (HWQ): an instrument for assessing workplace productivity I relation to worker health. **Work**, v.22, n.3, p. 219-229, 2004.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort / low reward conditions.**J Occup. Health Psychol**, v.1,n1, p.27-41, 1996.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.5, p.44-51, outubro, 2000.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. O adoecimento da equipe de enfermagem e o absenteísmo doença. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá (PA), v.1, n.1, p.133-136, sem, 2002

SILVA, R.S.; SILVA,I; SILVA, R.A.; SOUZA, L.; TOMASI, E.Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.115-120, 2010.

SMITH, D. J. Absenteeism and presenteeism in industry. **Archives of Environmental Health**, 21, p.670–677, 1970.

SOUZA, N.V.D.O.; SANTOS, D.M.; ANUNCIAÇÃO, C.T.; THIENGO, P.C.S. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Rev Enferm UERJ** (RJ), v.17, n.3, p.356-61, jul/set, 2009.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E.R.C. O estresse e a enfermagem – percepção dos auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.212-9, junho, 2007.

STEWART, W, F.; RICCI, J. A.; CHEE, E.; MORGANSTEIN, D.; LIPTON, R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. **Advance PCS Center for Work and Health, Hunt Valley, Md, USA.**

STOLZ, R. L. Reducing turnover through incentive programs. **Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly**, 34, p.79,1993.

TALOYAN, M.; ARONSON, G; LEINWEBER, C.; HANSON, L.; ALEXANDERSON, K. Sickness presenteeism predicts suboptimal self-rated health and absence: A Nationally representative study of the Swedish working population. **PLOS ONE**, v.7, n.9, p.1-8, september, 2012.

TRICHES, R.M.; GIUGLIAN, E.R.J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimento de nutrição em escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo (SP), v.39, n.4, p. 541- 547, ago, 2005.

TURPIN, R. S.; OZMINKOWSKI, R. J.; SHARDA, C. E.; COLLINS, J. J.; BERGER, M. L.; BILLOTTI, G. M., BAASE, C. M.; OLSO, M. J.; NICHOLSON, S. Reliability and validity of the Stanford Presenteeism Scale. **J Occup Environ Med**, n. 46, p. 1123–1133, 2004.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; LEAL,K.P.; FREITAS,E.O. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. **Cienc Cuid Saúde**, v.10, n.1, p.184-190, Jan/mar, 2011.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; GRAZZIANO, E.S. Presenteísmo entre enfermeiros hospitalares. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v.20, n.1, p.159-166, jan-fev, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Bibliotecas e Informação. **Manual para elaboração e normalização de Dissertações Teses**. Org. Elaine Baptista de Matos Paula et al. 3 ed. rev., atual.e ampl. Rio de Janeiro: SiBI, 2011. 102p.

VAGHETTI, H.H.; PADILHA, M.I.; SILVA, R.C.; SIMÕES, J.M.T.A. Trabalho como subsistência nos hospitais públicos brasileiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.6, p.906-911, nov-dez, 2009.

VALLE, J.M.N.; EUCLYDES, M.P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista APS- UFJF**, Juiz de Fora (MG), v.10, n.1, p. 56-65, jan/jun, 2007.

VASCONCELOS, E.F.; GUIMARÃES, L.A.M. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. **Psicólogo Informação**, n.13, p.11-36, jan-dez, 2009.

VEIGA, R.V. **Condições de trabalho, fatores de risco e problemas de saúde percebidos pelo trabalhador de enfermagem hospitalar**. 2007. Tese (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

WIDERA, E.; CHANG, A.; CHEN, E.L.: Presenteeism: a public health hazard. **J Gen Intern Med**, n.25, v.11, p.1244-1247, Jun, 2010.

WHITEHOUSE, D. Workplace presenteeism: How behavioral professionals can make a difference. **Behavioral Healthcare Tomorrow**, n.14, v. 1, p. 32-35, Feb, 2005.

YAMASHITA, M.; ARAKIDA, M. Reability and validity of the japanese version of the Stanford Presenteeism Scale in female employees at 2 japonese enterprises. **J Occup Environ Med**, 50, p. 66–69, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA - Questionário

Questionário-----
 Data da entrevista----/----/-----
 Entrevistador----- Digitador-----

VAMOS INICIAR COM ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO PROFISSIONAL

A1 -Há quanto tempo você trabalha na Enfermagem?

_____anos. Há menos de um ano.

A2 -Em quantos locais você trabalha na área da Enfermagem?

Um Dois Três ou mais

Por favor, responda às questões abaixo de acordo com o(s) local(ais) em que v. trabalha.

A3 -Sobre o Vínculo empregatício 1 (considerando esta instituição)

Seu vínculo é	<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Funcionário público	<input type="checkbox"/> Cooperativado	<input type="checkbox"/> Outro
Seu horário é	<input type="checkbox"/> Diarista	<input type="checkbox"/> Plantões noturnos/12h	<input type="checkbox"/> Plantões diurnos/12h	<input type="checkbox"/> plantões diurnos e noturnos <input type="checkbox"/> Outro
A função que consta no seu contracheque ou carteira de trabalho é	<input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> professor <input type="checkbox"/> técnico ou tecnólogo de nível superior	<input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> outra		

A4 -Sobre o Vínculo empregatício 2

É uma	<input type="checkbox"/> Instituição pública	<input type="checkbox"/> Empresa privada	<input type="checkbox"/> Outra	_____
É um(a)	<input type="checkbox"/> Hospital/Clínica de Saúde	<input type="checkbox"/> Posto de Saúde/Centro de Saúde/PSF	<input type="checkbox"/> Instituição de Ensino	<input type="checkbox"/> Planejamento e gestão <input type="checkbox"/> Outro tipo
Seu vínculo é	<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Funcionário público	<input type="checkbox"/> Terceirizado	<input type="checkbox"/> Outro
Seu horário é	<input type="checkbox"/> Diarista	<input type="checkbox"/> Plantões noturnos/12 h	<input type="checkbox"/> Plantões diurnos/12h	<input type="checkbox"/> plantões diurnos e noturnos <input type="checkbox"/> Outro
A função que consta no seu contracheque ou carteira de trabalho é	<input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> professor <input type="checkbox"/> técnico ou tecnólogo de nível superior	<input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> outra		

A5 -Sobre o Vínculo empregatício 3

É uma	<input type="checkbox"/> Instituição pública	<input type="checkbox"/> Empresa privada	<input type="checkbox"/> Outra	_____
É um(a)	<input type="checkbox"/> Hospital/Clínica de Saúde	<input type="checkbox"/> Posto de Saúde/Centro de Saúde/PSF	<input type="checkbox"/> Instituição de Ensino	<input type="checkbox"/> Planejamento e gestão <input type="checkbox"/> Outro tipo

Seu vínculo é	<input type="checkbox"/> 1 CLT	<input type="checkbox"/> 2 Funcionário público	<input type="checkbox"/> 3 Terceirizado	<input type="checkbox"/> 4 Outro _____
Seu horário é	<input type="checkbox"/> 1 Diarista	<input type="checkbox"/> 2 Plantões noturnos/12 h	<input type="checkbox"/> 3 Plantões diurnos/12 h	<input type="checkbox"/> 4 plantões diurnos e noturnos <input type="checkbox"/> 5 Outro _____

A função que consta no seu contracheque ou carteira de trabalho é	<input type="checkbox"/> 1 enfermeiro	<input type="checkbox"/> 4 Técnico de enfermagem
	<input type="checkbox"/> 2 professor	<input type="checkbox"/> 6 Auxiliar de enfermagem
	<input type="checkbox"/> 3 técnico ou tecnólogo de nível superior	<input type="checkbox"/> 5 outra _____

A6- Atualmente, você trabalha regularmente em plantões noturnos na assistência de enfermagem em algum local? Considere regularmente pelo menos 1 vez por semana ou 4 vezes por mês)

- 1 Sim 2 Não. Vá para pergunta A11

A7- Há quantotempovocê trabalha a noiteem enfermagem?

- ____ anos. 0 Há menos de um ano.

A8 -Qual o principal motivo que o(a) faz trabalhar à noite?

- 1 imposição do serviço
 2 para conciliar com outro emprego ou com o estudo
 3 para conciliar com o cuidado da casa ou dos filhos
 4 porque gosta
 5 para aumentar os rendimentos
 6 outro. Qual? _____
 7 não sabe / não lembra

A9 -Atualmente, podendo escolher entre permanecer no horário noturno ou trocar para outro horário existente no seu local de trabalho, o que você decidiria?

- 1 não sairia 2 ficaria em dúvida 3 sairia em Algum momento 4 sairia imediatamente 5 indiferente

A10 – Quando você trabalha à noite é permitido descansar ou dormir?

- 1 Sim. Por quanto tempo? por ____h ____ minutos(hospital 1) e ____h ____ minutos (hospital 2)
 2 Não – Passe para a pergunta 10 c

A10a-Existe um local adequado para dormir no plantão noturno (silencioso e com uma cama individual)?

- 1 Sim. 2 Não

A10b– Em relação a este seu horário para dormir ou descansar durante o plantão, você diria que na maior parte das vezes

- 1 somente descansa (não consegue dormir)
 2 dorme por cerca de ____h ____ minutos
 3 não dorme, nem descansa

A10c– Você costuma dormir após o plantão noturno?

- 1 Não. 2 Sim. Por quanto tempo? Por ____h ____ minutos

A10d – Após o plantão noturno, quantas horas você necessita de sono para se sentir descansado? ____h

SE VOCÊ NÃO TRABALHA À NOITE EM NENHUM LOCAL

A11 -Você já trabalhou à noite antes?

<input type="checkbox"/> Sim, regularmente, pelo menos 1 vez por semana
<input type="checkbox"/> Sim, ocasionalmente ou raramente
<input type="checkbox"/> Não – PULE PARA A PERGUNTA A12

A11A — Por quanto tempo você trabalhou à noite antes?

___ ANOS. MENOS DE UM ANO.

A11b-Qual a principal razão da sua saída do trabalho noturno?

- Problema de saúde. Qual? _____
- Problema relacionado ao sono, cansaço ou desgaste
- Dificuldade para conciliar com outro emprego ou com estudo
- Dificuldade para conciliar com a vida familiar
- Necessidade do serviço
- Outra. Qual? _____

A12 – Considere o seu trabalho na Enfermagem nesta instituição e, por favor, assinale para cada afirmativa até que ponto você *concorda* ou *discorda* das situações abaixo.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Constantemente, você se sente pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho	1()	2()	3()	4()
Freqüentemente você é interrompido e incomodado no trabalho	1()	2()	3()	4()
Nos últimos anos, seu trabalho passou a exigir cada vez mais de você.	1()	2()	3()	4()
Você tem o respeito que merece do seu chefe ou supervisor	1()	2()	3()	4()
Você vê poucas possibilidades de ser promovido no futuro	1()	2()	3()	4()
No trabalho, você passou ou ainda pode passar por mudanças não desejadas	1()	2()	3()	4()
Tem pouca estabilidade no emprego.	1()	2()	3()	4()
No trabalho, levando em conta todo o seu esforço e conquistas, você recebe o respeito e o reconhecimento que merece	1()	2()	3()	4()
As expectativas de promoção no trabalho estão de acordo com seu esforço e conquistas	1()	2()	3()	4()
No trabalho, levando em conta todo o seu esforço e conquistas, seu salário/renda é adequado	1()	2()	3()	4()
No trabalho, você se sente facilmente sufocado pela pressão do tempo	1()	2()	3()	4()
Assim que acorda pela manhã, já começa a pensar nos problemas do trabalho	1()	2()	3()	4()
Quando chega em casa, você consegue relaxar e “se desligar” facilmente do seu trabalho	1()	2()	3()	4()
As pessoas íntimas dizem que você se sacrifica muito por causa do seu trabalho	1()	2()	3()	4()
O trabalho não te deixa; ele ainda está na sua cabeça quando vai dormir	1()	2()	3()	4()
Não consegue dormir direito se você adiar alguma	1()	2()	3()	4()

tarifa de trabalho que você deveria ter feito hoje.				
No trabalho, tem sempre o material necessário para o desenvolvimento de suas atividades	1()	2()	3()	4()
O material disponível para o trabalho é de boa qualidade	1()	2()	3()	4()
Seu setor de trabalho é espaçoso e confortável	1()	2()	3()	4()
O número de funcionários que compartilham seu turno favorece o trabalho	1()	2()	3()	4()
No trabalho, tem um bom relacionamento com seus colegas.	1()	2()	3()	4()

A13 – Durante os últimos 12 meses, com que frequência você pensou em abandonar a enfermagem?

- nenhuma vez
 algumas vezes durante o ano
 algumas vezes por mês
 algumas vezes por semana
 todos os dias

A14 – O quanto você está satisfeito com seu trabalho na Enfermagem?

- muito satisfeito
 satisfeito
 nem satisfeito nem insatisfeito
 insatisfeito
 muito insatisfeito

A15 – Indique qual o setor que trabalha nesta instituição: _____

Por favor, gostaríamos que você respondesse algumas perguntas sobre sua saúde

B1 -De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como você considera o seu estado de saúde?

- 1[] Muito bom 2[] Bom 3[] Regular 4[] Ruim 5[] Muito ruim

B2 -Você possui plano privado para assistência à saúde (plano de saúde)?

- 1[] não 2[] sim.

B3 -Alguma vez um médico lhe informou que você teve ou tem alguma das seguintes doenças?

Alergia 1[] não 2[] sim.	Hipertensão arterial 1[] não 2[] sim.
Depressão 1[] não 2[] sim.	Úlcera gástrica ou duodenal 1[] não 2[] sim.
Varizes 1[] não 2[] sim.	Gastrite 1[] não 2[] sim.
DORT (Doença Osteomuscular) ou LER (lesão por esforço repetitivo, tendinite, sinovite) 1[] não 2[] sim.	Artrite reumatóide, reumatismo, artrose ou outro problema nas articulações? 1[] não 2[] sim.
Asma (bronquite asmática) 1[] não 2[] sim.	Doença renal 1[] não 2[] sim.
Trombose ou embolia? 1[] não 2[] sim.	Enxaqueca 1[] não 2[] sim.
Infarto do miocárdio, angina ou outras doenças do coração 1[] não 2[] sim.	Diabetes 1[] não 2[] sim.
Outra condição/problema de saúde não listada anteriormente? 1[] não 2[] sim. Qual?	

- 2[] uma vez por mês ou menos
 3[] 2 a 4 vezes por mês
 4[] 2 a 3 vezes por semana
 5[] mais de 4 vezes por semana

B13a –Em geral, quantas doses de bebida alcoólica você ingere nos dias em que costuma beber

- 1[] 1 dose 2[] 2 a 4 doses 3[] 5 a 7 doses 4[] 8 a 10 doses 5[] mais de 10 doses

Atenção: uma dose de bebida alcoólica corresponde por exemplo, a 1 lata ou meia garrafa grande de cerveja, ou a 1 chope, ou 1 copo de vinho, ou 1 dose de uísque ou cachaça ou outros destilados, ou 1 copo de caipirinha

Para terminar, vamos perguntar alguns dados pessoais.

C1 -Qual a sua idade? ____ anos

C2 - sexo

- 1[] masculino 2[] feminino

C3 -Qual seu grau de instrução? (considere aquele para o qual você já possui diploma ou certificado de conclusão)

- 1[] Fundamental completo 4[] Pós-graduação(especialização, residência)
 2[] Ensino médio completo 5[] Mestrado
 3[] Universitário completo 6[] Doutorado

C4 -Em sua casa trabalha alguma empregada doméstica mensalista?

- 1[] não 2[] sim

C5 -Você atualmente está casado(a) ou vive com alguém?

- 1[] Sim, está formalmente casado/a 3[] Não, mas já foi casado/a ou viveu com alguém
 2[] Sim, vive em união 4[] Nunca foi casado/a ou viveu com alguém

C6 -Atualmente, você tem filhos menores de 6 anos morando com você?

- 1[] não 2[] sim

C7 – No MÊS PASSADO, qual foi aproximadamente sua renda familiar LÍQUIDA, isto é, a soma de rendimentos, já com descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1[] Menos de 930 reais
 2[] Entre 930 e 1859 reais
 3[] Entre 1860 e 2789 reais
 4[] Entre 2790 e 3719 reais
 5[] Entre 3720 e 4649 reais
 6[] Entre 4650 e 5579 reais
 7[] Entre 5580 e 6509 reais
 8[] Entre 6510 e 7439 reais
 9[] 7440 reais ou mais
 10[] não sei/não quero responder

C8 -Quantas pessoas (adultos e crianças), INCLUINDO O(A) SR(A), dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia, mas NÃO INCLUA empregados domésticos para os quais o(a) Sr(a) paga salário.

|__|__| pessoas 0[] não sei/não quero responder

C9 -Além de você, alguém mais mora em sua casa? Inclua cônjuge/companheiro(a), filhos(as) e enteados, pais, irmãos(ãs), cunhado(a), sogro(a), outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa.

₁ não

₂ sim Se sim, quantas pessoas moram em sua casa? |__|__| pessoas

Muito obrigada por sua colaboração. Fique a vontade se quiser fazer algum comentário.

APÊNDICE B – TRADUÇÃO DE ESCALA SOBRE PRESENTEÍSMO (STANFORD PRESENTEEISM SCALE)

Sua contribuição

Você foi convidado a participar do processo de tradução de uma escala (conjunto de perguntas e opções de resposta) a respeito de Mensuração do presenteísmo (Stanford Presenteeism Scale). Essa escala foi elaborada em outro idioma e, pela primeira vez, será produzida versão oficial em português.

A escala será utilizada na tese de doutorado:

A escala de medida de presenteísmo, que você nos ajudará a traduzir para o português, será incluída em minha tese de doutorado em enfermagem.

Minha tese de doutorado tem como objeto de estudo o presenteísmo no contexto de trabalho de enfermagem hospitalar, tendo como participantes 309 trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) de um hospital público universitário, com o objetivo analisar a associação entre o presenteísmo e os fatores ocupacionais e as condições de saúde dos trabalhadores de enfermagem.

O questionário será aplicado em forma de entrevista por entrevistadores treinados pela pesquisadora, as perguntas devem ser claras, diretas e fazer uso de linguagem coloquial. Além disso, é importante que o trabalho de tradução seja realizado de acordo com o NÍVEL DE ESCOLARIDADE da população-alvo: devem ser considerados todos os níveis de escolaridade. Não se preocupe com a viabilidade de nossa tarefa de tradução! Como você verá adiante, o grau de compreensão das perguntas será avaliado em várias etapas de pré-teste e no estudo piloto, antes da realização do estudo propriamente dito. As perguntas poderão sofrer novas modificações de acordo com o resultado dessas etapas.

O Presenteísmo:

O presenteísmo refere-se à “presença física do indivíduo no trabalho; porém com má performance e baixa produtividade”. É um conceito subestimado, pouco diagnosticado, porém muito presente nas organizações, afetando-as negativamente, representando um desafio para os que atuam na área de gestão de recursos humanos. Uma das principais causas do presenteísmo é a má qualidade da saúde do indivíduo. Frente a algum problema de saúde, ele comparece ao trabalho, sem tratamento adequado e com dificuldade de manter um bom desempenho. Porém, o presenteísmo não está relacionado apenas à saúde, mas também ao engajamento, que expressa o grau de satisfação e motivação com o trabalho.

Etapas do processo de tradução/retrotradução (*forward/backtranslation*)

1. Tradução da escala de mensuração do presenteísmo, seus cabeçalhos e suas respectivas opções de resposta, por três tradutores, cuja língua nativa é o português.
2. Atribuição de nota (entre 0 e 10) à dificuldade encontrada para tradução de cada um dos itens e opções de resposta.
3. Obtenção da 1ª versão de consenso da escala através da comparação entre as três traduções, em reunião entre coordenadores e tradutores.
4. Retrotradução (*backtranslation*) realizada por um tradutor, cuja língua nativa é o inglês, que não teve acesso à versão original da escala, em inglês, e registro de comentários a respeito dos problemas encontrados na retrotradução.
5. Comparação entre as versões originais, em inglês, da escala, com aquela elaborada após o processo de retrotradução, por um painel de especialistas.
6. Realização de pré-testes e estudo piloto das versões, aprovadas em português, da escala em população com características semelhantes àsquelas da população-alvo.
7. Avaliação preliminar da qualidade das escalas.

TRADUÇÃO DE ESCALA PRESENTEÍSMO

Destinado aos tradutores

Nosso objetivo em todo esse processo é conseguir inserir no questionário a melhor versão possível, para o português, da escala de medida de presenteísmo (Stanford Presenteeism Scale).

A primeira etapa consiste na tradução (*forward translation*) do cabeçalho e das perguntas que constituem a escala e suas respectivas opções de resposta, que corresponde aos três primeiros itens do processo completo.

Antes da descrição das tarefas propriamente ditas, gostaríamos de fornecer algumas orientações que deverão nortear o processo de tradução (*forward translation*):

Na tradução de cada pergunta ou opção de resposta, seu significado deve permanecer o mesmo do idioma original. Portanto, no processo de tradução, o aspecto a ser enfatizado é o de **RETER A ESSÊNCIA DO QUE ESTÁ SENDO PERGUNTADO AO INVÉS DE OBTER UMA TRADUÇÃO LITERAL DOS TERMOS.**

De acordo com o exposto no item anterior, sugerimos que o tradutor **IMAGINE QUE A PERGUNTA A SER TRADUZIDA SERÁ RESPONDIDA POR UM GRUPO DE PESSOAS EM INGLÊS E TAMBÉM EM PORTUGUÊS.** Assim, quais seriam os melhores termos e a melhor ordem das palavras, em português, para que a mesma resposta fosse obtida nos dois idiomas?

Para garantirmos a lisura do processo, é **FUNDAMENTAL QUE OS TRADUTORES TRABALHEM DE FORMA “CEGA” EM RELAÇÃO AOS DEMAIS, ISTO É, NÃO SE COMUNIQUEM ACERCA DA TAREFA, SOB NENHUMA CONDIÇÃO, DE MODO A QUE NÃO HAJA NENHUM TIPO DE INFLUÊNCIA DE UM PARA O OUTRO.** É como se, em muito menor escala, estivéssemos perguntando a todos os potenciais tradutores quais seriam as melhores opções de tradução, para que possamos compará-las ao final. Nessa fase a variabilidade é um dado importante a ser considerado. O consenso será obtido posteriormente, com a presença dos coordenadores do processo.

Então, ao realizar a tradução:

- Dê **PREFERÊNCIA A TERMOS COLOQUIAIS**, ao invés de termos técnicos. Tenha cuidado com a grafia e com a ordem das palavras, que podem mudar o significado da pergunta. Lembre-se que estaremos trabalhando com uma população de grau de instrução heterogêneo.
- Se, ao traduzir uma determinada pergunta ou opção de resposta, mais de uma possibilidade de tradução lhe ocorrer, por favor, escolha aquela que, de acordo com seu julgamento, capture o significado do termo em inglês, da forma mais fiel.
- Dê preferência a um termo que **SIGNIFIQUE** o mesmo que o termo em inglês ao invés de uma tradução literal. Entendemos que um termo é conceitualmente equivalente quando obtemos, na tradução, o mesmo significado (conteúdo emocional) que na versão original.
- Procure traduzir as perguntas de forma a propiciar a mesma resposta em cada um dos idiomas (inglês e português).

Tendo em mente essas orientações, as etapas da 1ª tradução (*forward translation*) são:

Etapas do processo de tradução/retrotradução (*forward/backtranslation*)

8. Tradução da escala e opções de resposta, por três tradutores, cuja língua nativa é o português. O texto traduzido deve ser digitado na linha abaixo do texto a ser traduzido.
9. Quantificar a dificuldade encontrada para tradução de cada uma das perguntas e opções de resposta, através da atribuição de notas, que podem variar entre 0 (nenhuma dificuldade) e 10 (extremamente difícil) (vide formulário no documento 3).
10. Registrar, por escrito, as dificuldades que você encontrou para realizar seu trabalho, além de atribuir-lhes a nota. Você poderá registrar também outros comentários que achar pertinentes. Embora tenhamos o costume de achar que “vamos nos lembrar de dizer”, é importante registrar as idéias enquanto você estiver realizando a tradução. Esses registros podem facilitar o processo de aperfeiçoamento da tradução.

Em caso de **dúvida**, você poderá recorrer a:

Heloisa Campos Paschoalin

e-mail: helopas@bol.com.br

telefones: 8842-1639/3212-22

APÊNDICE C - VERSÕES ORIGINAL E ADAPTADA DO STANFORD PRESENTEEISM SCALE

Versão original*	Versão adaptada
<p>Directions: Please describe your work experiences in the past month. These experiences may be affected by many environmental as well as personal factors, and may change from time to time. For each of the following statements, please check one of the following responses to show your agreement or disagreement with this statement in describing your work experiences in the past month. Please use the following scale:</p> <p>... I strongly disagree with the statement ... I somewhat disagree with the statement ...I am uncertain about my agreement with the statement ...I somewhat agree with the statement ...I strongly agree with the statement</p>	<p>Por favor, descreva suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências podem ter sido influenciadas por diversos fatores pessoais e do ambiente e alteradas ao longo do tempo. Para afirmativa abaixo, escolha apenas uma única resposta que melhor retrata seu grau de concordância ou discordância considerando suas experiências de trabalho nos últimos 30 dias.</p> <p>Por favor, utilize a seguinte escala para suas respostas:</p> <p>... Eu discordo totalmente. ... Eu discordo parcialmente. ... Não concordo nem discordo. ... Eu concordo parcialmente. ... Eu concordo totalmente.</p>
<p>1 - Because of my (health problem),* the stresses of my job were much harder to handle.</p>	<p>1- Devido ao meu (problema de saúde),* foi muito mais difícil lidar com o estresse no meu trabalho.</p>
<p>2- Despite having my (health, problem)*, I was able to finish hard tasks in my work.</p>	<p>2- Apesar do meu (problema de saúde),* consegui terminar tarefas difíceis no meu trabalho.</p>
<p>3- My (health problem)* distracted me from taking pleasure in my work.</p>	<p>3- Devido ao meu (problema de saúde),* não pude ter prazer no trabalho.</p>
<p>4- I felt hopeless about finishing certain work tasks, due to my (health problem).*</p>	<p>4 - Eu me senti sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido ao meu (problema de saúde).*</p>
<p>5- At work, I was able to focus on achieving my goals despite my (health problem).*</p>	<p>5- No trabalho consegui me concentrar nas minhas metas apesar do meu (problema de saúde).*</p>
<p>6- Despite having my (health problem),* I felt energetic enough to complete all My work.</p>	<p>6- Apesar do meu (problema de saúde),* tive energia para terminar todo o meu trabalho.</p>
<p>* Note the words 'back pain', 'stomach problem', or other similar descriptors can be substituted for the words problem, in any of these itens.</p>	<p>*Nota: as expressões "dor nas costas", "problema de estômago" e outros termos semelhantes podem ser substituídos pela palavra problema de saúde em qualquer um desses itens.</p>

The Stanford presenteeism Scale (SPS-6); Version in jointly owned by Merck & Co. Inc. and Stanford University of Medicine.

APÊNDICE D – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA PESQUISA

ENFERMEIROS - TÉCNICOS - AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Chegou sua vez de falar!



**Participem da pesquisa sobre a
saúde e as condições de trabalho
da equipe de enfermagem.**



SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE!

APÊNDICE E – TERMO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

Pesquisador Responsável: Heloisa Campos Paschoalin

Endereço: Faculdade de Enfermagem- R. José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário. Bairro São Pedro..

CEP: 36036 900 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-3821

E-mail: helopas@bol.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem”. Neste estudo pretendemos analisar a associação entre fatores ocupacionais, as condições de saúde e o presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário em Juiz de Fora- MG; identificar a prevalência de presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem; descrever a associação entre o presenteísmo e as condições de saúde da equipe de enfermagem; analisar fatores ocupacionais associados ao presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem.

O motivo que nos leva a estudar este tema se justifica pela necessidade constante de aprofundar e atualizar conhecimentos na área da saúde dos trabalhadores de enfermagem na busca da melhoria das condições de trabalho e saúde desta categoria.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: será aplicado um questionário em forma de entrevista, durante seu turno de trabalho, em horário previamente agendado, de acordo com sua disponibilidade. As perguntas serão feitas por um entrevistador treinado, capacitado para desenvolver este trabalho. Não haverá nenhum risco de qualquer natureza relacionado à sua participação e caso se sinta constrangido com alguma pergunta terá o direito de se recusar a respondê-la, sem que isto que traga qualquer prejuízo. Os benefícios relacionados com a sua participação são: o conhecimento das condições de trabalho da instituição e a influência destas condições na saúde dos trabalhadores de enfermagem e a possibilidade de medidas que visem a melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida destes profissionais. Todo material ficará arquivado por um período de cinco anos pelo pesquisador responsável e todas as informações obtidas só serão divulgadas para fins científicos.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2012.

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

*Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o
CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF
Hospital universitário Unidade Santa Catarina
Prédio da Administração Sala 27
CEP 36036-110
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br*

APÊNDICE F - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO A DIREÇÃO DO HU/UFJF PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Prezado Prof. Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo - diretor do Hospital universitário da UFJF

Pretendemos desenvolver uma pesquisa intitulada “**Presente no trabalho mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem**”, que tem como objetivos: Analisar o presenteísmo e fatores associados entre trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário em Juiz de Fora-MG; identificar a prevalência de presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem; descrever a associação entre o presenteísmo e as condições de saúde da equipe de enfermagem; analisar fatores ocupacionais associados ao presenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem. A pesquisa terá duração de dois anos (período de coleta de dados, análise, discussão e apresentação na forma de tese). A pesquisa que tem como objetivos.

Acreditamos que o presente estudo é relevante para a instituição, uma vez que através dos resultados encontrados, poderemos somar esforços para a melhoria da qualidade de saúde dos trabalhadores de enfermagem desta instituição e conseqüentemente a melhoria da assistência prestada aos usuários de saúde.

Portanto, vimos pedir a autorização para a realização da pesquisa neste cenário, bem como para a identificação da instituição no estudo.

Ressaltamos que o estudo atenderá todos os preceitos éticos, estando em concordância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas com seres humanos (Brasil, 1996), e será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF para que se obtenha sua aprovação antes do início da coleta de dados.

Certa de poder contar com seu apoio, desde já agradeço.

Heloisa Campos Paschoalin

Autorizo a realização da Pesquisa no HU-UFJF e a identificação da Instituição no estudo.

Prof. Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2010.

ANEXOS

ANEXO 1- STANFORD PRESENTEEISM SCALE (SPS-6)

Directions: Please describe your work experiences **in the past month**. These experiences may be affected by many environmental as well as personal factors, and may change from time to time. For each of the following statements, please check one of the following responses to show your agreement or disagreement with this statement in describing your work experiences **in the past month**.

Please use the following scale:

- ... I strongly disagree with the statement
- ... I somewhat disagree with the statement
- ... I am uncertain about my agreement with the statement
- ... I somewhat agree with the statement
- ... I strongly agree with the statement

Strongly	somewhat	uncertain	somewhat disagree	strongly disagree	agree	agree
			()	()	()	()
1- Because of my (health problem),* the stresses of my job were much harder to handle.						
			()	()	()	()
2- Despite having my (health, problem)*, I was able to finish hard tasks in my work.						
			()	()	()	()
3- My (health problem)* distracted me from taking pleasure in my work.						
			()	()	()	()
4- I felt hopeless about finishing certain work tasks, due to my (health problem).*						
			()	()	()	()
5- At work, I was able to focus on achieving my goals despite my (health problem).*						
			()	()	()	()
6- Despite having my (health problem),* I felt energetic enough to complete all My work.						

* Note the words 'back pain', 'stomach problem', or other similar descriptors can be substituted for the words problem, in any of these items.

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HU/UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
RUA CATULO BREVIGLIEI S/Nº - B. SANTA CATARINA
36036-110- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 058/2011

Protocolo CEP-UFJF: 025-420-2011 FR: 404404 CAAE: 0010.0.420.000-11

Projeto de Pesquisa: Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem

Versão do Protocolo e Data: 21/02/2011

Grupo: III

Pesquisador Responsável: Heloísa Campos Paschoalin

Pesquisadores Participantes: Rosane Harter Griep; Márcia tereza Luz Lisboa

TCLE: 21/02/2011

Instituição: Hospital Universitário da Universidade federal de Juiz de Fora

Sumário/comentários do protocolo:

- **Justificativa:** Analisar a associação entre fatores ocupacionais, as condições de saúde e o presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário em Juiz de Fora – MG.
- **Objetivo:** O presente estudo tem como objeto os fatores associados ao presenteísmo entre a equipe de enfermagem em um hospital público universitário.
- **Metodologia:** Adequada
- **Revisão e referências:** Adequada
- **Características da população a estudar:** Enfermeiros que trabalham no HU.
- **Orçamento:** Os pesquisadores se responsabilizaram pelos gastos.
- **Cronograma:** Adequado
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:** O TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão dos participantes do estudo, com descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e forma de contato com o pesquisador e demais membros da equipe.
- **Pesquisador:** apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/CAS da UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 28 de Fevereiro de 2011.

Prof.ª Dra. Angela Maria Goll

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

HUAS da UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2011
ASS: _____