

Roberta Carolina Ferreira^I

Rosane Härter Griep^{II}

Maria de Jesus Mendes da
Fonseca^{III}

Lúcia Rotenberg^{II}

Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem

A multifactorial approach to sickness absenteeism among nursing staff

RESUMO

OBJETIVO: Analisar fatores associados ao absenteísmo por doença autorreferido em trabalhadores de enfermagem.

MÉTODOS: Estudo transversal com 1.509 trabalhadores de três hospitais públicos no município do Rio de Janeiro, RJ, em 2006. O absenteísmo foi classificado em três níveis: nenhum dia, poucos dias (um a nove dias) e muitos dias (≥ 10 dias), a partir da resposta a uma pergunta do questionário de avaliação do índice de capacidade para o trabalho. As análises de regressão logística levaram em conta um modelo conceitual com base em determinantes distais (condições socioeconômicas), de níveis intermediários I (características ocupacionais) e II (características do estilo de vida), e proximais (doenças e condições de saúde).

RESULTADOS: As frequências de absenteísmo por doença foram de 20,3% e 16,6% para poucos e muitos dias, respectivamente. Aqueles que referiram mais de um emprego, doenças osteomusculares e avaliaram sua saúde como ruim ou regular apresentaram chances mais elevadas de absenteísmo. Comparados aos enfermeiros, os auxiliares tiveram menor chance de referir poucos dias e os técnicos, maiores chances de apresentar muitos dias de ausência. Chances mais elevadas de referir muitos dias de ausência foram observadas entre os servidores públicos em relação aos contratados (OR = 3,12; IC95% 1,86;5,22) e entre os casados (OR = 1,73; IC95% 1,14;2,63) e separados, divorciados e viúvos (OR = 2,06; IC95% 1,27;3,35), comparados aos solteiros.

CONCLUSÕES: Diferentes variáveis foram associadas às duas modalidades de absenteísmo, o que sugere sua determinação múltipla e complexa, relacionada a fatores de diversos níveis que não podem ser explicados apenas por problemas de saúde.

DESCRITORES: Absenteísmo. Equipe de Enfermagem. Doenças Profissionais. Condições de Trabalho. Fatores Socioeconômicos. Estudos Transversais.

^I Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Roberta Carolina Ferreira
R. Mirataia, 350
Bloco 2 Apto 402 – Pechincha
22770-190 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: rocarolf@yahoo.com.br

Recebido: 24/3/2011
Aprovado: 25/9/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze factors associated with self-reported sickness absenteeism among nursing workers.

METHODS: Cross-sectional study with 1,509 workers from three public hospitals in the city of Rio de Janeiro (Southeastern Brazil) in 2006. Absenteeism was classified in three levels: no day, a few days (1-9 days) and many days (≥ 10 days), based on the answer to a question of the work ability index questionnaire. The logistic regression analysis considered a conceptual model based on distal (socioeconomic status), intermediate I (occupational characteristics), intermediate II (lifestyle characteristics), and proximal (diseases and health conditions) determinants.

RESULTS: The frequencies of sickness absenteeism were 20.3% and 16.6% for a few days and many days, respectively. Those who reported more than one job, musculoskeletal diseases and rated their health as poor or regular had higher odds of absenteeism. Compared to nurses, nursing assistants were less likely to mention a few days, and technicians were more likely to have many days of absence. Higher odds of mentioning many days of absence were observed among public servants, compared to contract workers (OR = 3.12; 95%CI 1.86;5.22), and among married (OR = 1.73; 95%CI 1.14;2.63) and separated, divorced and widowed individuals (OR = 2.06, 95%CI 1.27;3.35), compared to singles.

CONCLUSIONS: Different variables were associated with the two forms of absenteeism, which suggests its multiple and complex determination related to factors from different levels that cannot be exclusively explained by health problems.

DESCRIPTORS: Absenteeism. Nursing, Team. Occupational Diseases. Working Conditions. Socioeconomic Factors. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O absenteeísmo por doença reflete o estado de saúde dos trabalhadores, tem impactos econômicos importantes e gera custos elevados às empresas e à seguridade social.^{7,10} Além de aspectos relacionados diretamente à saúde, diversos fatores determinam ausências ao trabalho, como a cultura organizacional, a ausência de estratégias de valorização do trabalhador, *burnout* e estresse, o ambiente psicossocial desfavorável, a insatisfação com o trabalho, a condição socioeconômica dos trabalhadores, a ausência de controle sobre trabalho e o baixo apoio social no trabalho.^{3,5,7,11}

O absenteeísmo é um fenômeno complexo cujos preditores variam com a frequência – relacionada às tarefas do trabalhador, aos aspectos de liderança e de turno de trabalho, à organização da empresa e à ausência de medidas de controle das faltas – e duração dos períodos de ausências^{1,11,18,24} (influenciada pela idade, condições de trabalho, benefícios e acesso ao atendimento médico).¹ Poucos dias de ausência estão associados principalmente à cultura organizacional, que permite faltas, ou à (in)satisfação dos trabalhadores

com seu trabalho,¹¹ i.e., relacionada mais à estrutura e ao processo laboral do que aos problemas de saúde. O absenteeísmo de longa duração é considerado reflexo das condições de saúde e de problemas familiares.¹ Os afastamentos por doença poderiam ser mais bem explicados pela influência de mecanismos complexos de inter-relação entre fatores do indivíduo e do ambiente físico e social.¹³

No contexto hospitalar, a enfermagem representa a maior força de trabalho; a ausência desses trabalhadores afeta a organização do serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os presentes e compromete a qualidade da assistência prestada ao paciente.^{3,15} A maioria dos estudos nacionais sobre o absenteeísmo em profissionais de enfermagem descreve a frequência e as principais doenças envolvidas, sem considerar a complexidade de fatores que envolvem as faltas ao trabalho.^{15,21}

O presente artigo teve como objetivo analisar fatores associados ao absenteeísmo por doença autorreferido entre trabalhadores de enfermagem.

MÉTODOS

Estudo seccional com 1.509 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de três hospitais públicos (um hospital geral de grande porte, um de pesquisa, ensino e assistência às doenças infecciosas, e um centro de referência para a saúde materno-infantil) do Rio de Janeiro, RJ, de junho de 2005 a fevereiro de 2006. De 1.687 participantes elegíveis, 89,4% aderiram ao estudo. As perdas referiram-se a recusas e licenças médicas.

Entrevistadores treinados aplicaram questionário multidimensional com base em três etapas de pré-testes (n = 50) para melhorar a clareza dos itens. O estudo piloto (n = 110) e o estudo teste-reteste (n = 80) foram realizados em instituição pública federal semelhante às do estudo principal.

O absenteísmo por doença foi mensurado pela pergunta: “Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exames durante os últimos 12 meses?”. A pergunta faz parte do instrumento “Índice de Capacidade para Trabalho” (ICT)²³ validado para o português,¹⁶ com confiabilidade substancial para o presente estudo (kappa ponderado = 0,61; IC95% 0,32;0,84). Essa variável foi classificada em três categorias de ausências no trabalho: “nenhum dia” (categoria de referência), “poucos dias” (≤ 9 dias) e “muitos dias” (≥ 10 dias).

Incluíram-se as seguintes variáveis: (i) sociodemográficas: idade (contínua), sexo, situação conjugal, escolaridade, filhos menores de 18 anos, raça/cor autorreferida e renda *per capita*, segundo o valor do salário mínimo (R\$ 350,00) à época (< 1 salário, 1 \leq 2 salários, 2 \leq 3 salários, > 3 salários), (ii) ocupacionais: categoria profissional (enfermeiros, técnicos e auxiliares), vínculo empregatício (servidores/contratados), número de horas de trabalho doméstico (contínua), trabalho noturno (nunca trabalharam à noite, ex-noturnos e noturnos atuais), número de empregos na enfermagem, (iii) comportamentos relacionados à saúde e estilo de vida: tabagismo, prática de atividade física (variável categórica número médio de horas de atividade física), índice de massa corporal (IMC), obtido pelo peso e altura autorreferidos (baixo/normal < 25; sobrepeso: 25 a 29 e obeso: ≥ 30) e padrão de consumo de bebidas alcoólicas (baixo: até 20 g de álcool/dia; médio: de 20 a 40 g/dia; e alto > 40 g/dia) e (iv) doenças e sintomas: doenças osteomusculares (número de doenças autodiagnosticadas da listagem de doenças do questionário de avaliação do ICT),²³ situação de saúde e hipertensão autorreferidas. Distúrbios psíquicos menores (DPM) foram classificados segundo versão brasileira do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20)¹⁴ (respostas afirmativas a sete ou mais perguntas foram consideradas como positivas). A insônia, considerada importante preditor do adoecimento,¹⁹ foi mensurada por escala de três

itens (i: teve dificuldade de pegar no sono, ii: acordou durante o sono e teve dificuldade para dormir de novo e iii: acordou antes da hora desejada e não conseguiu adormecer de novo) e confirmada a partir de respostas afirmativas a qualquer dos itens.

As análises basearam-se em modelo hierárquico, que descreve as relações entre as variáveis na determinação do desfecho. As variáveis independentes foram hierarquizadas em quatro níveis de determinação: 1) distal (Fatores sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, filhos < 18 anos, renda *per capita* e raça/cor autorreferida); 2) intermediário I (Fatores ocupacionais: categoria profissional, vínculo empregatício, número de empregos, trabalho noturno e horas dedicadas ao trabalho doméstico); 3) intermediário II (Comportamentos relacionados à saúde: tabagismo, IMC categórico, atividade física semanal e consumo de bebida alcoólica); e 4) proximal (Condições/Hábitos de saúde: doenças osteomusculares, hipertensão arterial, situação de saúde autorreferida, distúrbio psíquico menor e insônia).

As variáveis sociodemográficas (nível distal) foram incluídas no modelo e as ocupacionais (nível intermediário I) e de comportamentos relacionados à saúde (nível intermediário II), ajustadas para o confundimento. O mesmo processo foi aplicado às variáveis ligadas à saúde e hábitos de vida (nível proximal). A agregação de níveis das variáveis foi feita considerando aspectos conceituais (epidemiológicos e clínicos).

Análise de regressão logística bivariada foi realizada entre as variáveis independentes de cada nível de determinação e o absenteísmo por doença. Foram apresentados os *odds ratio* (OR) ajustados e seus respectivos intervalos de 95% de confiança no modelo múltiplo. Definiu-se como categoria de referência aquela com menor risco esperado para o absenteísmo-doença.

Abordagem hierarquizada de entrada das variáveis foi adotada para ajuste dos OR, conforme os quatro níveis de determinação definidos previamente pelo modelo teórico, utilizando-se o método “enter”. As variáveis que apresentaram significância estatística com $p \leq 0,20$ nas análises bivariadas foram previamente selecionadas para a análise de regressão logística múltipla.

Variáveis do nível distal foram incluídas em modelo de regressão para serem ajustadas entre si; as que apresentaram $p \leq 0,05$ foram mantidas no modelo, mesmo que perdessem a significância estatística com a inclusão das variáveis dos outros níveis. Essa mesma estratégia foi mantida com a introdução das variáveis dos níveis intermediário I e II e do nível proximal, ajustadas entre si e pelas variáveis dos níveis distal e intermediário I e II.

As análises estatísticas foram realizadas com o pacote estatístico SPSS (versão 18).

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética dos Hospitais e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Processo nº 10.228/2004), por envolver parte do financiamento de instituição estrangeira.

RESULTADOS

As prevalências de absenteísmo por doença nos últimos 12 meses foram de 20,3% e 16,6% considerando poucos e muitos dias de ausência, respectivamente.

Faltar poucos dias ao trabalho esteve associado ao sexo (maior entre as mulheres), à idade mais jovem e à escolaridade (menor entre os de nível médio). Sexo feminino, idade, situação conjugal (maior entre os casados e entre os separados e divorciados, comparados aos solteiros) e raça/cor autorreferida (maior entre os que se declararam negros) associaram-se a muitos dias de absenteísmo (Tabela 1).

Poucos dias de ausência associou-se à categoria profissional (menor entre os auxiliares de enfermagem) e

ao número de empregos na enfermagem (maior entre os com mais de um emprego). Categoria profissional (maior entre os técnicos de enfermagem), tipo de vínculo (maior entre os servidores públicos) e número de empregos na enfermagem (maior entre os que têm mais de um emprego) apresentaram associação com muitos dias de ausência. Prática de atividade física (uma a três horas por semana) esteve associada a poucos dias de absenteísmo; o IMC (obeso) associou-se a muitos dias de ausência. O tipo de vínculo esteve fortemente associado a muitos dias de ausência e a chance de faltar ao trabalho quase três vezes mais elevada entre os servidores públicos (Tabela 2).

Doenças osteomusculares, autopercepção da saúde e distúrbios psíquicos menores apresentaram significância estatística com poucos dias de ausência. Todas as variáveis do nível proximal apresentaram significância estatística com muitos dias de ausência (Tabela 3). Houve forte associação de doenças osteomusculares e situação de saúde autorreferida com o absenteísmo.

Tabela 1. Frequência e *odds ratio* de fatores de risco distais (não ajustados) para absenteísmo por doença entre trabalhadores de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

Variável	Absentéismo por doença ^a									
	≤ 9 dias					≥ 10 dias				
	n	%	OR bruto	IC95%	p	n	%	OR bruto	IC95%	p
Sexo										
Masculino	33	18,8	1			22	13,3	1		
Feminino	273	25,7	1,5	1,00;2,24	0,049	225	22,5	1,85	1,15;2,97	0,011
Idade	-	-	0,98	0,97;0,99	<0,001	-	-	1,03	1,02;0,04	<0,001
Nível escolaridade										
Superior	193	27,1	1			132	20,3	1		
Médio	99	22,4	0,52	0,29;0,95		88	20,4	1,01	0,74;1,36	
Fundamental	14	16,3	0,77	0,59;1,02	0,035	26	26,5	1,42	0,87;2,30	0,354
Situação conjugal										
Solteiros	108	23	1			57	13,6	1		
Casados	134	25	1,11	0,83;1,49		122	23,3	1,92	1,36;2,71	
Separados e viúvos	63	27,3	1,25	0,87;1,80	0,46	67	28,5	2,52	1,69;3,76	<0,001
Filhos < 18 anos										
Não	163	23,8	1			123	19	1		
Sim	143	26,1	1,13	0,87;1,47	0,346	122	23,1	1,28	0,97;1,70	0,085
Renda <i>per capita</i>										
> 3 salários	107	27,1	1			74	20,4	1		
2 ≤ 3 salários	64	25	0,68	0,44;1,05		54	22	1,07	0,69;1,65	
1 ≤ 2 salários	96	24	0,85	0,62;1,17		74	19,6	0,95	0,66;1,36	
< 1 salário	36	20,2	0,9	0,63;1,28	0,357	39	21,5	1,09	0,74;1,63	0,505
Cor/raça autorreferida										
Branca	127	26,5	1			78	18,1	1		
Mestiça	121	24,6	0,9	0,68;1,21		97	20,7	1,18	0,85;1,65	
Negra	57	21,8	0,77	0,54;1,10	0,365	71	25,7	1,57	1,09;2,26	0,051

^a Categoria de referência: Nenhum dia

Tabela 2. Frequência e *odds ratio* de fatores de risco intermediários I e II para absenteísmo por doença entre trabalhadores de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

Variável	Absenteísmo por doença ^a									
	≤ 9 dias					≥ 10 dias				
	n	%	OR bruto	IC95%	p	n	%	OR bruto	IC95%	p
Intermediário I										
Profissão										
Enfermeiros	101	28,2	1			56	17,9	1		
Técnicos	79	33,2	1,26	0,89;1,80		62	28,1	1,79	1,18;2,70	
Auxiliares	126	19,6	0,62	0,46;0,84	<0,001	129	20	1,14	1,14;1,62	0,012
Tipo de vínculo										
Contrato	179	26	1			73	12,5	1		
Servidor	126	23,1	0,85	0,66;1,11	0,24	174	29,3	2,89	2,14;3,92	<0,001
Nº de empregos										
1	167	21,6	1			144	19,2	1		
2 ou mais	139	29,9	1,55	1,19;2,01	<0,001	103	24	1,33	1,00;1,77	0,05
Trabalho noturno										
Nunca noturno	10	18,2	1			10	18,2	1		
Ex-noturno	62	26,4	1,61	0,77;3,39		72	29,4	1,87	0,89;3,92	
Noturno atual	234	24,7	1,47	0,73;2,97	0,45	165	18,8	1,04	1,04;2,10	0,01
Nº horas trabalho doméstico	-	-	1	0,99;1,01	0,903	-	-	1,02	1,01-1,02	<0,001
Intermediário II										
Tabagismo										
Nunca fumou	224	25,7	1			161	19,9	1		
Ex-fumante	39	20,3	0,74	0,50;1,08		48	23,9	1,26	0,88;1,83	
Fumante atual	42	24,4	0,94	0,64;1,37	0,299	38	22,6	1,18	0,79;1,76	0,39
Índice de Massa Corporal										
Baixo/normal	175	25,8	1			109	17,8	1		
Sobrepeso	79	22,3	0,82	0,61;1,12		81	22,7	1,36	0,98;1,87	
Obesos	46	26,7	1,05	0,72;1,54	0,384	50	28,4	1,83	1,24;2,70	0,006
Atividade física										
4 ou mais h/sem	24	17,1	1			24	17,1	1		
1 a 3 h/sem	57	23,3	1,73	1,09;2,75		51	21,3	1,32	0,82;2,12	
Não pratica	225	26,3	1,46	0,86;2,49	0,057	172	21,5	1,31	0,77;2,24	0,503
Consumo de álcool										
Baixo	190	23,8	1			162	21,1	1		
Médio	73	24,8	1,05	0,77;1,44		60	21,4	1,02	0,73;1,42	
Alto	43	29,1	1,31	0,88;1,93	0,402	25	19,2	0,89	0,89;1,43	0,876

^a Categoria de referência: Nenhum dia

Os sujeitos que referiram mais de duas doenças osteomusculares apresentaram chances quase cinco vezes mais elevadas comparados aos que referiram nenhuma doença. Entre os que referiram autopercepção da saúde regular/ruim as chances foram 3,41 vezes mais elevadas, quando comparados aos que referiram boa/muito boa condição de saúde (Tabela 3).

Idade, categoria profissional, número de empregos, doenças osteomusculares e situação de saúde

autorreferida apresentaram significância para poucos e para muitos dias de ausência no modelo hierarquizado. No modelo final, idade apresentou associação limítrofe nos dois níveis de absenteísmo. Identificaram-se menores chances de poucas ausências entre os auxiliares de enfermagem e maiores chances de muitas ausências entre os técnicos. Maiores chances de poucas e muitas ausências foram identificadas entre aqueles que referiam dois ou mais empregos na enfermagem. Entre aqueles que referiram mais de duas doenças

osteomusculares, as chances de referir poucos dias de ausência foram cerca de duas vezes mais elevadas e de referir muitos dias de ausência foram cerca de três vezes mais elevadas. Além disso, as chances foram 94% mais elevadas (OR = 1,94; IC95% 1,28;2,95) para os que referiram “de uma a duas” doenças osteomusculares, e também maiores entre os que referiram percepção da saúde “regular/ruim”.

Tipo de vínculo, distúrbios psíquicos menores e situação conjugal permaneceram associados exclusivamente a muitos dias de ausência. Chances mais elevadas foram identificadas entre os separados, divorciados e viúvos (OR = 2,06), seguidos dos casados (OR = 1,73). Observaram-se chances três vezes (OR = 3,12) mais elevadas entre os servidores públicos. Houve associação limítrofe no modelo final com os classificados com distúrbios psíquicos menores (Tabelas 4 e 5).

DISCUSSÃO

Variáveis de diferentes níveis de predição estiveram associadas às duas modalidades de absentéismo, mostrando a complexidade da determinação desse evento entre os trabalhadores de enfermagem. A ausência por doença se insere em um contexto de aspectos diferentes e superpostos que incluem a saúde, o ambiente de trabalho, características individuais e aspectos socioeconômicos. Chances mais elevadas de

poucos e muitos dias de ausência foram observadas entre aqueles que referiram mais de um emprego, doenças osteomusculares e situação de saúde autorreferida ruim/regular. Comparados aos enfermeiros, os auxiliares tiveram menores chances de poucos dias de absentéismo e os técnicos tiveram maiores chances de muitos dias de ausência. A idade, embora limítrofe, associou-se negativamente com poucos dias de ausência; os servidores públicos, os casados e separados, divorciados e viúvos apresentaram chances elevadas de muitos dias de ausência.

Estudos mostram relação positiva entre a faixa etária e o número de ausências no trabalho,^{12,20,21,24} explicada pelos autores como uma variável relacionada aos maiores riscos de doenças crônicas e, portanto, maior possibilidade de faltas. A situação conjugal é fator de grande influência nos níveis de absentéismo, principalmente quando o trabalhador possui filhos e maiores responsabilidades domésticas.²⁰ No presente estudo, o número de horas dedicadas ao trabalho doméstico não manteve significância estatística no modelo múltiplo após ajuste pelas variáveis sociodemográficas, que incluiu a situação conjugal. Sugere-se que estudos futuros aprofundem a avaliação da influência da sobrecarga de trabalho doméstico na investigação de fatores associados ao absentéismo e o adoecimento de profissionais, principalmente naqueles em que predomina o sexo feminino, como na enfermagem.

Tabela 3. Frequência e *odds ratio* de fatores de risco proximais (condições de saúde) para absentéismo por doença entre trabalhadores de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

Variável	Absentéismo por doença ^a									
	≤ 9 dias					≥ 10 dias				
	n	%	OR bruto	IC95%	p	n	%	OR bruto	IC95%	p
Doenças osteomusculares										
Nenhuma	101	19,3	1			50	10,6	1		
1 e 2	92	22,8	1,24	0,90;1,70		84	21,3	2,28	1,56;3,33	
Mais de 2	113	36,1	2,36	1,72;3,24	<0,001	113	36,1	4,77	3,28;6,92	<0,001
Hipertensão arterial										
Não	233	24,3	1			154	17,5	1		
Sim	73	26,2	1,11	0,81;1,50	0,519	93	31,1	2,13	1,58;2,88	<0,001
SSAR										
Boa/Muito boa	233	22,3	1			162	16,7	1		
Regular/Ruim	70	36,3	1,98	1,43;2,74	<0,001	84	40,6	3,41	2,47;4,72	<0,001
DPM										
Não	190	21,6	1			140	16,9	1		
Sim	116	32,2	1,72	1,31;2,27	<0,001	107	30,5	2,16	1,61;2,89	<0,001
Queixa de insônia										
Não	62	23,3	1			44	17,7	1		
Sim	42	34,7	1,27	0,95;1,70	0,105	24	23,3	1,59	1,17;2,16	0,003

SSAR: situação de saúde autorreferida; DPM: distúrbio psíquico menor

^a Categoria de referência: Nenhum dia

Tabela 4. Análise de regressão logística dos fatores associados aos poucos dias de absenteísmo (≤ 9 dias) entre trabalhadores de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

Variável	Absenteísmo ≤ 9 dias ^a				
	OR _{bruta} (IC95%)	Nível Distal OR _{aj} (IC95%)	Nível Intermediário I OR _{aj} (IC95%)	Nível Intermediário II OR _{aj} (IC95%)	Nível Proximal OR _{aj} (IC95%)
Sexo					
Masculino	1	1	1	1	1
Feminino	1,50(1;2,24)	1,62(1,07;2,47)	1,73(1,13;2,65)	1,64(1,07;2,53)	1,42(0,91;2,21)
Idade	0,98(0,97;0,99)	0,98(0,97;0,99)	0,99(0,97;1,00)	0,99(0,98;1,00)	0,98(0,97;1,00)
Categoria					
Enfermeiro	1		1	1	1
Técnico	1,26(0,89;1,80)		1,33(0,92;1,91)	1,32(0,92;1,90)	1,38(0,95;2,00)
Auxiliar	0,62(0,46;0,84)		0,73(0,53;1,00)	0,72(0,52;0,99)	0,71(0,52;0,98)
Nº de empregos					
Um	1		1	1	1
Dois ou mais	1,55(1,19;2,01)		1,53(1,17;2,01)	1,51(1,15;1,99)	1,49(1,13;1,97)
Atividade física					
4 ou + h/ sem.	1			1	1
1 a 3 h/ sem.	1,73(1,09;2,75)			1,51(0,94;2,44)	1,49(0,92;1,42)
Não pratica	1,46(0,86;2,49)			1,43(0,83;2,43)	1,51(0,87;2,62)
Doenças osteomusculares					
Nenhuma	1				1
Uma e duas	1,24(0,90;1,70)				1,13(0,81;1,58)
Mais de duas	2,36(1,72;3,24)				2,13(1,50;3,01)
SSAR					
Boa/Muito boa	1				1
Regular/ruim	1,98(1,43;2,74)				1,72(1,19;2,50)
DPM					
Não	1				1,06(0,77;1,47)
Sim	1,72(1,31;2,27)				

SSAR: situação de saúde autorreferida; DPM: distúrbio psíquico menor

^a Categoria de referência: Nenhum dia

As maiores chances de muitos dias de ausência entre os técnicos de enfermagem comparados aos enfermeiros assemelham-se aos resultados de outros estudos²¹ que atribuem esses achados ao número reduzido de enfermeiros, o que poderia determinar obrigação maior de permanência no trabalho. Além disso, enfermeiros tendem a assumir papéis de liderança na equipe, que exigem maior assiduidade, além de apresentarem menor risco de contaminação e de doenças por assumirem tarefas mais administrativas no contexto hospitalar.

A associação direta entre número de empregos e ambas as modalidades de absenteísmo pode ser explicada pelas consequências da elevada demanda de trabalho, como o desgaste físico e psíquico, a ansiedade, o estresse e a tensão pelas atividades de complexidades variadas realizadas em hospitais e o aumento da insatisfação do trabalhador que atua em duas ou mais jornadas de trabalho.¹⁵

Mesmo ajustado por variáveis de diferentes níveis, o tipo de vínculo constituiu uma das variáveis mais fortemente associadas aos muitos dias de ausência, com chances quase três vezes mais elevadas entre os servidores públicos quando comparados aos contratados. Esses achados confirmam os de outros estudos^{12,20,21} e são explicados pela maior segurança na manutenção do emprego, acoplada à maior facilidade ou direito de obter licenças médicas a cada ano, maior insatisfação com o trabalho e menor pressão competitiva.²⁰ Autores discutem que condições de trabalho adversas também contribuem para as ausências, principalmente quando há interação com salários inadequados e percepção de desvalorização do trabalhador no ambiente de trabalho.² Entretanto, deve-se considerar o possível viés de sobrevivência, uma vez que os contratados têm maior probabilidade de serem demitidos após longas ausências. O tempo de atividade na função do contrato, possivelmente uma variável de nível intermediário na

Tabela 5. Análise de regressão logística dos fatores associados ao absenteísmo longo entre trabalhadores de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

Variável	Absentéismo longo ^a				
	OR _{bruta} (IC95%)	Nível Distal OR _{aj} (IC95%)	Nível Intermediário I OR _{aj} (IC95%)	Nível Intermediário II OR _{aj} (IC95%)	Nível Proximal OR _{aj} (IC95%)
Sexo					
Masculino	1	1	1	1	1
Feminino	1,85(1,15;2,97)	1,91(1,15;3,15)	2,10(1,24;3,56)	2,10(1,24;3,56)	1,48(0,86;2,56)
Idade	1,03(1,02;1,04)	1,02(1,01;1,03)	0,98(0,96;1,01)	0,98(0,96;1,00)	0,98(0,96;1,01)
Situação conjugal					
Solteiros	1	1	1	1	1
Casados	1,92(1,36;2,71)	1,68(1,16;2,44)	1,56(1,06;2,32)	1,53(1,03;2,27)	1,73(1,14;2,63)
Separados, divorciados e viúvos	2,52(1,69;3,76)	1,99(1,28;3,11)	1,93(1,22;3,05)	1,91(1,21;3,02)	2,06(1,27;3,35)
Categoria					
Enfermeiro	1		1	1	1
Técnico	1,79(1,18;2,70)		2,13(1,36;3,34)	2,09(1,33;3,28)	2,15(1,34;3,45)
Auxiliar	1,14(0,80;1,62)		1,09(0,74;1,59)	1,05(0,71;1,54)	1,00(0,67;1,49)
Tipo de vínculo					
Contratado	1		1	1	1
Servidor	2,89(2,14;3,92)		3,95(2,42;6,45)	4,00(2,45;6,53)	3,12(1,86;5,22)
Nº de empregos					
Um	1		1	1	1
Dois ou mais	1,33(1,00;1,77)		1,69(1,23;2,33)	1,67(1,21;2,30)	1,64(1,16;2,30)
HTD	1,02(1,01;1,02)		1,00(0,99;1,02)	1,01(0,99;1,01)	1,00(0,99;1,01)
Índice de Massa Corporal					
Baixo/Normal	1			1	1
Sobrepeso	1,36(0,98;1,87)			1,11(0,78;1,58)	1,04(0,72;1,49)
Obeso	1,83(1,24;2,70)			1,53(1,00;2,35)	1,07(0,67;1,72)
Doenças osteomusculares					
Nenhuma	1				1
Uma e duas	2,28(1,56;3,33)				1,94(1,28;2,95)
Mais de duas	4,77(3,28;6,92)				3,14(2,04;4,83)
Hipertensão arterial					
Não	1				1
Sim	2,13(1,58;2,88)				1,19(0,81;1,75)
SSAR					
Boa/Muito boa	1				1
Regular/Ruim	3,41(2,47;4,72)				2,34(1,57;3,48)
DPM					
Não	1				1
Sim	2,16(1,61;2,89)				1,44(1,00;2,07)

HTD: horas dedicadas ao trabalho doméstico; SSAR: situação de saúde autorreferida; DPM: distúrbio psíquico menor

^a Categoria de referência: Nenhum dia

hierarquia, pode exercer influência nesse processo. Essa variável não foi incluída no questionário multidimensional, o que impossibilitou a análise de sua influência no desfecho avaliado. Esses aspectos merecem estudos mais aprofundados para esclarecer os fatores envolvidos no absenteísmo entre os servidores públicos.

Como esperado, preditores proximais apresentaram forte associação com o absenteísmo em relação a poucos e muitos dias de falta ao trabalho. As doenças osteomusculares e os distúrbios psíquicos menores foram as razões mais frequentes para os afastamentos do trabalho em servidores públicos suecos,⁹ também

relevante entre profissionais da enfermagem no Brasil.¹⁵ As atividades das equipes de enfermagem em hospitais provocam demasiado desgaste físico com consequentes queixas osteomusculares. O transporte e a movimentação de pacientes e equipamentos e a longa permanência em pé durante a assistência, associados à má postura corporal e inadequação do espaço físico e mobiliário são apontados como fatores de risco ergonômico responsáveis por danos à saúde, com aumento das taxas de absenteísmo.¹⁷ Nossos resultados concordam com estudo prospectivo com profissionais da saúde do Reino Unido, em que distúrbios psíquicos menores mostraram-se fortes preditores do absenteísmo, particularmente em relação a muitos dias de falta.⁸ Essa relação pode ser atribuída à ligação do sofrimento psíquico com a noção de adoecimento, o que daria legitimidade para a ausência do trabalho. A associação entre distúrbios psíquicos e o absenteísmo foi observada em estudos com trabalhadores universitários⁶ e motoristas e cobreadores brasileiros.²²

A identificação de chances mais elevadas de poucos e muitos dias de ausência entre indivíduos com a situação de saúde autorreferida regular/ruim confirma resultados de outros estudos.^{7,10} Embora essa variável não substitua o exame médico, seu uso pode contribuir para a primeira análise dos trabalhadores quanto a sua saúde e afastamento do trabalho.

O delineamento seccional do estudo não permite estabelecer relações causais entre as associações observadas.

Além disso, o inquérito abrangeu trabalhadores no ambiente do trabalho e, portanto, relativamente saudáveis, o que pode levar à subestimativa das associações identificadas. O absenteísmo por doença foi obtido por informação autorreferida, portanto, sujeito ao viés de memória ou de informação, que implicaria superestimação ou subestimação da informação. No entanto, a forte correlação entre dados autorreferidos de absenteísmo por doença e medidas baseadas em registros fazem desta uma medida considerada válida para a obtenção de dados sobre o tema.^{4,25} A maior vantagem dessa forma de obtenção dos dados refere-se à captura de poucos dias de ausência, que constitui a maioria das faltas ao trabalho, que não é notificada para a Seguridade Social. A não mensuração da duração de cada episódio de falta por doença impede análise mais aprofundada do absenteísmo no contexto desses trabalhadores, como propõem alguns autores.^{1,11,18,24}

Apesar dessas limitações, os resultados reafirmam a multifatorialidade e a complexidade do absenteísmo por doença em hospitais públicos. Trata-se de fenômeno a ser analisado sob a perspectiva do processo de trabalho, da cultura organizacional e de aspectos diretamente relacionados à saúde de trabalhadores de enfermagem. A abordagem multifatorial do absenteísmo e de sua redução em hospitais é essencial para reduzir gastos econômicos, aumentar a satisfação com o trabalho e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Allebeck P, Mastekaasa A. Risk factors for sick leave: general studies. *Scand J Public Health*. 2004;32(63 Suppl):49-108. DOI:10.1080/14034950410021853
2. Böckerman P, Ilmakunnas P. Do job disamenities raise wages or ruin job satisfaction? *Int J Manpower*. 2006;27(3):290-302. DOI:10.1108/01437720610672185
3. Davey MM, Cummings G, Newburn-Cook CV, Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2009;17(3):312-30. DOI:10.1111/j.1365-2834.2008.00958.x
4. Ferrie JE, Kivimäki M, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. *Occup Environ Med*. 2005;62(2):74-9. DOI:10.1136/oem.2004.013896
5. Griep RH, Rotenberg L, Chor D, Toivanen S, Landisbergis P. Beyond simple approaches to studying the association between work characteristics and absenteeism: combining DCS and ERI models. *Work Stress*. 2010;24(2):179-95. DOI:10.1080/02678373.2010.493083
6. Guimarães LAM, Martins DA, Grubits S, Caetano D. Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do Estado de São Paulo. *Rev Bras Saude Ocup*. 2006;31(113):7-18.
7. Hanebuth D, Meinel M, Fisher JEF. Health-related quality of life, psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue- and white-collar employees: a comparison of potential predictors. *J Occup Environ Med*. 2006;48(1):28-37.
8. Hardy GE, Woods D, Wall TD. The impact of psychological distress on absence from work. *J Appl Psychol*. 2003;88(2):306-14. DOI:10.1037/0021-9010.88.2.306
9. Heijbel B, Josephson M, Jensen I, Vingard E. Employer, insurance, and health system response to long-term sick leave in the public sector: policy implications. *J Occup Rehabil*. 2005;15(2):167-76. DOI:10.1007/s10926-005-1216-x
10. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2003;327(7411):364-8. DOI:10.1136/bmj.327.7411.364
11. Kristensen TR, Jensen SM, Kreiner S, Mikkelsen S. Socioeconomic status and duration and pattern of sickness absence: a 1-year follow-up study of 2331 hospital employees. *BMC Public Health*. 2010;10:643. DOI:10.1186/1471-2458-10-643
12. Lim A, Chongsuvivatwong V, Geater A, Chayaphum N, Thammasuwam U. Influence of work type on sickness absence among personnel in a teaching hospital. *J Occup Health*. 2002;44(4):254-63.
13. Lund T, Labriola ML. Sickness absence in Denmark: research, results, and reflections. *Scand J Work Environ Health Suppl*. 2009;(7):5-14.
14. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6. DOI:10.1192/bjp.148.1.23
15. Martinato MCNB, Severo DF, Marchand EAA, Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Gaucha Enferm (Online)*. 2010;31(1):160-6. DOI:10.1590/S1983-14472010000100022
16. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):525-32. DOI:10.1590/S0034-89102009005000017
17. Marziale MHP, Robazzi MLCC. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(6):124-7. DOI:10.1590/S0104-1169200000600018
18. Niedhammer I, Chastang JF, David S, Kelleher C. The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey. *Soc Sci Med*. 2008;67(11):1870-81. DOI:10.1016/j.socscimed.2008.09.007
19. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med*. 2010;11(10):1010-8. DOI:10.1016/j.sleep.2010.02.018
20. Primo GMG, Pinheiro TMM, Sakurai E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(2 Supl 2):S47-58.
21. Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Lopez Bonilla IM, Navarro i Giné A, Martín M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2003 37(5):616-23. DOI:10.1590/S0034-89102003000500011
22. Souza MFM, Silva GR. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 1998;32(1):50-8. DOI:10.1590/S0034-89101998000100007
23. Tuomi K, Ilmarinen J, Klockars M, Nygård CH, Seitsamo J, Huuhtanen P. Finnish research project on aging workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ Health*. 1997;23(Suppl 1):7-11.
24. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. The role of extended weekends in sickness absenteeism. *Occup Environ Med*. 2001;58(12):818-22. DOI:10.1136/oem.58.12.818
25. Voss M, Floderus B, Diderichsen F. Physical, psychosocial, and organizational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post. *Occup Environ Med*. 2007;58(3):178-84. DOI:10.1136/oem.58.3.178