**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ANDRESSA FERNANDA SILVA

**Transtornos mentais comuns, absenteísmo e presenteísmo
na equipe multiprofissional em uma Unidade de Terapia
Intensiva Adulto**

**RIBEIRÃO PRETO
2017**

ANDRESSA FERNANDA SILVA

Transtornos mentais comuns, absenteísmo e presenteísmo na
equipe multiprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva
Adulto

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria Lucia do Carmo Cruz
Robazzi

RIBEIRÃO PRETO
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Andressa Fernanda

Transtornos mentais comuns, absenteísmo e presenteísmo na equipe multiprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Ribeirão Preto, 2017.
144p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

1. Saúde do trabalhador. 2. Presenteísmo. 3. Absenteísmo. 4. Saúde Mental. 5. Pessoal de Saúde.

SILVA, Andressa Fernanda

Transtornos mentais comuns, absenteísmo e presenteísmo na equipe multiprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais José e Francisca, pelo amor, carinho e inúmeros sacrifícios e por sempre acreditarem em mim. Ao meu sobrinho Mateus José, por ter trazido tanto amor à minha vida. Vocês foram, são e sempre serão minha grande motivação!

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a **Deus**, por sua infinita bondade, misericórdia e proteção. Por nunca ter me abandonando. E por ter me dado forças para chegar até aqui. Vamos sempre ser assim um pelo outro. Agradeço minha sempre fiel, amiga, conselheira Santa Rita de Cássia e Nossa Senhora pela conquista dessa graça.*

*A minha mãe **Francisca**, por ser meu maior exemplo de vida, por todo carinho, paciência, amor e principalmente pelo apoio. Sempre se sacrificou para me ajudar a realizar meus sonhos. Mesmo com todas as dificuldades me ensinou a acreditar na vida, a lutar até o limite por nossos sonhos. Pelos sorrisos, pelo colo reconfortante diante do desespero e por todos os abraços. Nada disso seria possível sem você.*

*A meu pai **José**, meu amigo, o primeiro a acreditar nos meus sonhos. Não mediu esforços para me ajudar. Deus me presenteou com você, para que eu nunca me esquecesse que Ele jamais me abandona e que na minha fraqueza sou forte e, principalmente, a nunca me esquecer do amor, a força motriz de toda transformação.*

*A minha irmã **Bianca**, uma leoa cumprindo o papel de irmã mais velha, me defendendo sempre. Por ter me dado a minha maior alegria que senti nesta vida até hoje, o nosso **Mateus José**. Saiba que daria a vida por vocês.*

*Agradeço a minha orientadora **Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi**, por ter aceitado me orientar neste estudo. Pelos ensinamentos, pela convivência, atenção e, principalmente, pelo carinho e doçura que sempre me tratou. Obrigada por sempre me estimular, fazendo-me acreditar que sou capaz de realizar tudo aquilo que almejo. Deus, como sempre me surpreende e dessa vez foi me apresentando a senhora, como um lindo presente.*

*A minha primeira e inesquecível orientadora **Cristiane Silveira**, que se tornou uma amiga, conselheira e um dos meus pilares profissionais. Sou extremamente grata por tudo que fez em minha vida. Não seria quem sou hoje, se não fosse aquele dia que você chegou de mansinho na minha carteira e convidou-me para ser sua aluna de Iniciação Científica.*

*Agradeço a **Rita de Cássia M. B. Dalri**, pelas orientações, confissões e principalmente pela confiança e carinho. Foi fundamental para que eu chegasse até aqui.*

*Aos meus tios **Celso** e **Pedro**, sempre dispostos a me ajudar no que fosse preciso, obrigada pelas mãos amigas em todos os momentos da minha vida. Ao meu tio **Paulo Afonso** (in memoriam).*

*Aos **meus amigos** que prefiro não citar os nomes, por medo de ser injusta. Todos vocês foram essenciais nesta conquista, o mundo seria tão sem graça sem vocês. Obrigada por se fazerem sempre presente nos meus dias, mesmo com a distância.*

*A **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** da Universidade de São Paulo e ao hospital onde foi realizado este estudo e seus colaboradores.*

*A **fé em Deus** tem que ser inabalável!*

“Porque aos seus anjos Ele mandou que te guardem em todos os teus caminhos.”

(Salmos 90. 11)

RESUMO

SILVA, A. **Transtornos mentais comuns, absenteísmo e presenteísmo na equipe multiprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto**. 2017. 144p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Este estudo abordou a questão do trabalho e do adoecimento em trabalhadores que atuam na área de saúde, notadamente hospitalar. O objetivo foi relacionar as características sociodemográficas, laborais e de saúde dos membros da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva, com a presença de Transtornos Mentais Comuns e a ocorrência de absenteísmo e presenteísmo. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 54868316700005393). Trata-se de pesquisa epidemiológica, correlacional, analítica, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvida com 54 trabalhadores da equipe multiprofissional de saúde de uma UTI Adulto de um hospital universitário público do interior do Estado de São Paulo. Foram utilizados os instrumentos: *Stanford Presenteeism Scale* SPS-6 para investigação do presenteísmo; *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para a mensuração do nível de suspeição de Transtornos Mentais Comuns e questionário para caracterização dos dados sociodemográficos, laborais e de alterações de saúde dos participantes. As informações sobre o absenteísmo foram obtidas nos bancos de dados do setor de Recursos Humanos da instituição. Os dados foram coletados em 2016. Entre os trabalhadores estudados houve predomínio de mulheres (75,9%), com média de idade de 39,8 anos e em união estável (56%). Em relação às variáveis ocupacionais, 66,7% eram contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho; o maior número de participantes era da enfermagem (66,7%) e a maior parte (31,6%) atua no hospital de 6 a 10 anos. No que diz respeito à ocorrência de sintomatologia dos Transtornos Mentais Comuns, entre as mulheres foram encontrados os valores médios de 4,37 e entre os homens 3,85. A alteração de saúde mais comum foi a cefaleia (63,0%). A avaliação do presenteísmo mostrou que 48,7% apresentaram comprometimento no trabalho e 31,8% tiveram a realização e finalização das tarefas alteradas por este fenômeno. Quanto ao absenteísmo, em relação a meta pactuada de 8,50% ao mês, durante todos os meses os valores foram excedentes. Os resultados mais preocupantes referem-se ao presenteísmo e ao absenteísmo, fenômenos que podem ser resultantes de adoecimentos entre os trabalhadores. Diante deste cenário identifica-se que a saúde destes trabalhadores requer atenção, visto que muitos podem estar comparecendo a seus postos de trabalho mesmo doentes, o que pode levá-los a um maior comprometimento físico e mental.

Descritores: Saúde do Trabalhador. Presenteísmo. Absenteísmo . Saúde Mental Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

SILVA, A. F. **Common Mental Disorders, absenteeism and Presenteeism members of the multidisciplinary in of intensive care units** 2017.144p. Dissertation (MSc)- Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

This study approached the issue of work and illness in health personnel, which works with healthcare highlights in the hospital. The study's goal has been to relate in socio-demographic characteristics, working conditions and also health members of the multidisciplinary team were working at Adult intensive care units (ICU), with the presence of Common Mental Disorders and the occurrence the in Absenteeism and Presenteeism. The research was approved by the Research Ethics Committee (CAAE 54868316700005393). It is a epidemiological research, correlational, analytical, cross with quantitative approach. Developed with 54 workers of the multidisciplinary healthcare team a adult ICU carried out in a university hospital public of the interior of São Paulo State. Which used the following the instruments for data collection: *Stanford Presenteeism Scale* SPS-6 for research in the Presenteeism *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) for the measurement of the level of suspicion of Mental Disorders and a instruments was a semi-structured form aiming to know the reality socio-demographic characteristics, working conditions and also health of those subjects. Information begin Absenteeism data was collected for 12 months were obtained in the databases of the Department of Human Resources of the institution. The data collection in year 2016. Among the study's participants, it was observed a female predominance with (75,9%) and an average age of 39,8 years old and steady union (56,0%). Regarding working conditions 66,7% were hired by the Consolidation of Labor Laws; the most reported labor class were the in nurse and most party 31,6 were working at hospital in 6 the in 10 years. With respect to, likelihood of Common Mental Disorders between women average 4,37 and among men was 3,85. The most reported change in the state health was headache (63,0%). Concerning in the Presenteeism 48,7% presented compromised at work and 31,8 % had completion of assigned. In relation to Absenteeism it was observed every months superior tares in the 8,50% as well as. The more important Results was in relation to Absenteeism and Presenteeism phenomena that may result from sicken workers. In face of has been proven that workers health need attention, as well as may be to appearing their working place illness. Witch can do them to major physical and mental impairment.

Descriptors: Occupational Health. Presenteeism. Absenteeism. Mental Health. Health Personnel

RESUMEN

SILVA, A. F. **Transtornos mentales comunes, absentismo y presentismo em el equipo multiprofesional de salud de una Unidad de Terapia Intensiva.**144f. Dissertação (Maestría) – Escola de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2017.

Este estudio abordó la cuestión del trabajo y deterioro de la salud (enfermedad) en trabajadores que trabajan en el campo de la salud, especialmente en el área hospitalaria. El objetivo fue relacionar las características sociodemográficas, laborales y de salud de los miembros del equipo multiprofesional de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), con la presencia de Trastornos Mentales Comunes y la ocurrencia de absentismo y presentismo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética em Investigación (CAAE 54868316700005393). Se trata de una investigación epidemiológica, correlacional, analítica, transversal, con un abordaje cuantitativo, desarrollada con 54 trabajadores del equipo multiprofesional de salud de una UTI Adulto de un hospital universitario público del interior del Estado de São Paulo. Se utilizaron los instrumentos: Stanford Presenteeism Scale SPS-6 para la investigación del presentismo; Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para medir el nivel de sospecha de trastornos mentales y cuestionario para caracterizar los datos sociodemográficos, laborales y de alteraciones de salud de los participantes. La información sobre el absentismo de doce meses se obtuvo en los bancos de datos del sector de Recursos Humanos de la institución. Los datos fueron colectados en 2016. Entre los trabajadores estudiados hubo predominio de mujeres (75,9%), con una media de edad de 39,8 años y en unión estable (56%). En cuanto a las variables ocupacionales, el 66,7% eran contratados por la Consolidación de las Leyes del Trabajo; el mayor número de participantes era de la enfermería (66,7%) y la mayor parte (31,6%) actúa en el hospital de 6 a 10 años. En lo que se refiere a la probabilidad de los trastornos mentales comunes, entre las mujeres se encontraron los valores medios de 4,37 y entre los hombres 3,85. La alteración de la salud más común fuera cefalea (63,0%). La evaluación de presentismo mostró que el 48,7% presentó un compromiso en el trabajo y el 31,8% tuvo la realización y finalización de las tareas alteradas por este fenómeno. En cuanto al absentismo, en relación a la meta pactada del 8,50% al mes, durante todos los meses los valores fueron excedentes. Los resultados más preocupantes hacen referencia al presentismo y al absentismo, fenómenos que pueden ser consecuencia del deterioro de la salud enfermedades entre los trabajadores. Frente a este escenario se demuestra que la salud de estos trabajadores requiere atención, ya que muchos pueden estar compareciendo a sus puestos de trabajo incluso enfermos, lo que puede llevar a un mayor compromiso físico y mental.

Descriptores: Salud Laboral. Presentismo. Absentismo. Salud Mental. Personal de Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Questões que compõem a Dimensão 1 (Trabalho Finalizado) da <i>Stanford Presenteeism Scale</i> SPS-6.....	36
Quadro 2	Questões que compõem a Dimensão 2 (Concentração Mantida) da <i>Stanford Presenteeism Scale</i> SPS-6.....	37
Quadro 3	Valor com os pontos de acordo com os itens que compõem a <i>Stanford Presenteeism Scale</i> SPS-6.....	37
Quadro 4	Interpretação do escore total da <i>Stanford Presenteeism Scale</i> SPS-6 utilizada para avaliação do presenteísmo.....	48
Quadro 5	Fluxograma realizado para seleção da amostra do estudo entre os trabalhadores da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto. 2016	53
Quadro 6	Taxas de absenteísmo encontradas entre os trabalhadores da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto. 2016	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das características sociodemográficas dos trabalhadores da UTI Adulto. 2016.....	54
Tabela 2	Distribuição dos trabalhadores na UTI Adulto, características ocupacionais. 2016.....	55
Tabela 3	Distribuição dos trabalhadores da UTI Adulto, segundo as características de saúde e alterações de saúde. 2016.....	58
Tabela 4	Frequência Absoluta do Fator 1 - diminuição da energia em mulheres, segundo o <i>Self-Reporting Questionnaire SRQ-20</i> entre os trabalhadores femininos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto 2016	60
Tabela 5	Frequência Absoluta Fator 2 sintomáticos em mulheres, segundo o <i>Self- Reporting Questionnaire SRQ-20</i> entre trabalhadores da UTI Adulto.2016.....	60
Tabela 6	Frequência Absoluta Fator 3 humor depressivo em mulheres, segundo o <i>Self- Reporting Questionnaire SRQ-20</i> entre trabalhadores da UTI Adulto.2016.....	61
Tabela 7	Frequência Absoluta Fator 4 pensamentos depressivos em mulheres, segundo o <i>Self- Reporting Questionnaire SRQ-20</i> entre trabalhadores da UTI Adulto.2016.....	61
Tabela 8	Frequência Absoluta Fator 5 outros sintomas em mulheres, segundo o <i>Self- Reporting Questionnaire SRQ-20</i> entre trabalhadores da UTI Adulto.2016.....	62
Tabela 9	Frequência Absoluta Fator 1 diminuição da energia em homens, segundo o <i>Self- Reporting Questionnaire SRQ-20</i> entre trabalhadores da UTI Adulto. 2016.....	62
Tabela 10	Frequência Absoluta Fator 2 sintomáticos em homens, segundo o <i>Self- Reporting Questionnaire SRQ-20</i> entre trabalhadores da UTI Adulto.2016.....	63
Tabela 11	Frequência Absoluta Fator 3 humor depressivo em homens, segundo o <i>Self- Reporting Questionnaire SRQ-20</i> entre os trabalhadores da UTI Adulto.2016.....	63
Tabela 12	Frequência Absoluta Fator 4 pensamentos depressivos em, homens, segundo o <i>Self- Reporting Questionnaire SRQ-20</i>	

	entre os trabalhadores da UTI Adulto.2016.....	64
Tabela 13	Frequência Absoluta Fator 5 outros sintomas em homens, segundo o <i>Self- Reporting Questionnaire SRQ-20</i> entre os trabalhadores da UTI Adulto.2016.....	64
Tabela 14	Apresentação da proposta para análise do Presenteísmo Dimensão 1. 2016.....	67
Tabela 15	Apresentação da proposta para análise do Presenteísmo Dimensão 2. 2016.....	68
Tabela 16	Distribuição dos valores obtidos segundo entre escore total do presenteísmo e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores da equipe multiprofissional atuantes na UTI Adulto.2016.....	69
Tabela 17	Distribuição dos valores obtidos segundo entre escore da Dimensão 1 (Trabalho Finalizado) do presenteísmo e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores da equipe multiprofissional atuantes na UTI Adulto.2016.....	72
Tabela 18	Distribuição dos valores obtidos segundo entre escore da Dimensão 2 (Concentração Mantida) do presenteísmo e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores da equipe multiprofissional.2016.....	75

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AT	Acidentes de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 10ª edição
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DP	Desvio Padrão
DSM- IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition</i>
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
FA	Frequência Absoluta
FR	Frequência Relativa
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
OMS	Organização Mundial da Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SRQ-20	<i>Self- Reporting Questionnaire</i>
SPS-6	<i>Stanford Presenteeism Scale</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	15
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo Geral.....	21
2.2	Objetivos Específicos.....	21
3.	MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.....	22
3.1	Saúde.....	23
3.2	Saúde Ocupacional/Saúde do trabalhador.....	23
3.3	Trabalho.....	26
3.4	O trabalho hospitalar da equipe multiprofissional da UTI.....	27
3.5	Os riscos ocupacionais no ambiente hospitalar.....	30
3.6	O absenteísmo.....	32
3.7	O presenteísmo.....	34
3.8	Transtornos Mentais Comuns.....	37
4.	MATERIAL E MÉTODOS.....	43
4.1	Tipo de estudo.....	44
4.2	Local de realização.....	44
4.3	Participantes do estudo.....	45
4.4	Procedimentos para a coleta de dados.....	46
4.5	Análise estatística dos dados.....	48
4.6	Aspectos Éticos da pesquisa.....	51
5.	RESULTADOS.....	52
5.1	Características sociodemográficas.....	53
5.1.1	Características Ocupacionais.....	54
5.1.2	Alterações de saúde dos trabalhadores.....	57
5.1.3	Uso de medicações e suplementos pelos trabalhadores.....	59
5.2	Transtornos Mentais Comuns.....	59
5.3	Absenteísmo.....	65
5.4	Presenteísmo.....	66
5.41	Relação entre as características sociodemográficas e laborais com os TMC, absenteísmo e presenteísmo.....	69
6.	DISCUSSÃO.....	78
7.	CONCLUSÃO.....	105
	REFERENCIAS.....	108
	APENDICES.....	136
	ANEXOS.....	141

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As atividades trabalhistas consomem um grande quantitativo de horas na vida de um indivíduo. O trabalho viabiliza a ocorrência das relações de valorização e desvalorização social, podendo ser visto como o centro das relações sociais (SOUZA; REIS, 2013).

A população adulta passa a maior parte de seu tempo em seus postos de trabalho, o que acaba resultando em uma maior interação dessas pessoas com os colegas do que com seus familiares. Entretanto, grandes fontes de estresse e de ação sobre a saúde mental são originadas dentro do contexto laboral (MOEN et al., 2015).

Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou o Plano de Ação Global de Saúde dos Trabalhadores, como uma estratégia de desenvolvimento e solidificação das políticas, com o intuito de conseguir um padrão básico de proteção à saúde do trabalhador em todos os postos de trabalho no mundo (BEKELE et al., 2015).

O trabalho é uma atividade inerente à vida humana; sua realização associa-se às experiências objetivas e subjetivas do trabalhador. Danos à saúde de quem trabalha acontecem por razões multicausais, sendo importante considerar os fatores patogênicos que resultam por sua causa; a tentativa de compreender a complexidade entre trabalho e adoecimento surge como uma estratégia para amenizar tais danos (MACHADO et al., 2014). Caso seja encarado como prática insatisfatória, contrária a livre atividade, pode ser desencadeante de desequilíbrio psíquico, tensão e desprazer. Com isso pode ocorrer fadiga, astenia e sofrimento ao trabalhador (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Entre os diversos tipos de trabalhadores estão os dos serviços de saúde, que são os que executam suas atividades laborais em setores relacionados ao atendimento à saúde; são legalmente reconhecidos no Brasil quanto ao seu exercício profissional desde 1932, pelo Decreto 20.931 (BRASIL, 1932).

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) explícita que esses trabalhadores são aqueles profissionais que apresentam notórios conhecimentos e experiências sobre saúde. Sua atuação requer ampla competência (BRASIL, 2002).

Acredita-se que tanto as características laborais dessas pessoas, como a sua exposição ao excesso de carga de trabalho e às longas jornadas laborais, possivelmente, podem resultar em alterações de saúde, acidentes de trabalho, absenteísmo e presenteísmo.

Durante os anos de graduação em Enfermagem e vivenciando o trabalho realizado nos hospitais tornou-se visível que os cenários laborais destas instituições podem ser desencadeantes de alterações físicas e psicológicas em seus trabalhadores, necessitando de medidas de vigilância à saúde dos que ali atuam profissionalmente.

Acresce-se que nos serviços hospitalares, existem vários setores, cada qual com suas características e peculiaridades. Entre esses, um dos que mais chamou a atenção dessa pesquisadora foi o da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com sua dinâmica própria e processo de trabalho complexo. Informalmente durante as atividades de estágios realizadas neste local presenciei situações que exigiam rapidez e destreza nos atendimentos, momentos de ansiedade com a morte de pacientes, choros, desentendimentos e reclamações entre os membros da equipe, verbalizações de mal-estar e dores no corpo, entre outros.

A UTI necessita que seus trabalhadores apresentem elevado grau de especialização, resistência física e treinamentos para a maior confiança e segurança, com a atuação que realizam (PROENÇA; AGNOLO, 2011).

Trabalhadores das UTI vivenciam em suas práticas profissionais um ambiente complexo em suas relações humanas e de trabalho, seja pela demanda de cuidados exigidos por seus pacientes ou pelos conflitos comportamentais, como má comunicação entre a equipe ou abuso verbal por parte de superiores. Estas questões podem ser associadas ao estresse no trabalho, insatisfação profissional e a Síndrome de *Burnout* nos profissionais da saúde e, sendo assim, podem comprometer a qualidade de assistência ofertada aos usuários dos serviços (MOON; KIM, 2015).

Problemas relacionados com dimensionamento inadequado das equipes de trabalho podem desencadear danos aos trabalhadores como sobrecarga de trabalho, excesso de tarefas, dificuldades de relacionamento, além da perda da qualidade da assistência ofertada (TRETTENE et al., 2015). Pode acontecer também que os trabalhadores ausentem-se do trabalho e acabem prejudicando o desenvolvimento de suas atividades laborais, o que se configura como absenteísmo (MARQUES et al., 2015a) ou compareçam para trabalhar, mas não consigam ser produtivos, o que, possivelmente, indica a situação do presenteísmo (NOBEN et al., 2014).

Trabalhadores das UTI parecem apresentar prevalência maior de

Transtornos Mentais Comuns (TMC), quando comparados aos que atuam em outras unidades no contexto hospitalar (MARCELINO et al., 2015). Sabe-se que os TMC referem-se às situações de saúde em que os indivíduos não preenchem critérios formais para os diagnósticos de Depressão e ou Ansiedade de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition* (DSM- IV) e, também, não se enquadram na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Porém, apresentam sintomas capazes de produzir incapacidades funcionais semelhantes ou mais graves que os quadros crônicos (MARCELINO et al., 2015).

Diante da problemática apresentada até então e da vivência da pesquisadora em UTI, para a realização do presente estudo foi elaborada a seguinte questão norteadora: o trabalho em UTI pode favorecer a presença de TMC e a ocorrência de absenteísmo e de presenteísmo entre trabalhadores da equipe multiprofissional que ali atuam?

O presente estudo tem como justificativa social a perspectiva de caracterizar a realidade laboral, a presença de TMC, absenteísmo e presenteísmo nos trabalhadores da equipe multiprofissional que atuam no complexo ambiente da UTI. Desta forma, pretende-se fornecer subsídios para fortalecer as políticas de atenção à Saúde do Trabalhador, em especial, os do complexo ambiente hospitalar.

Trabalhadores atuando em condições deletérias de saúde em contextos hospitalares podem, inadvertidamente, promover riscos aos clientes que assistem. Portanto, torna-se importante caracterizar a realidade existente no mundo do trabalho hospitalar, notadamente na UTI e a percepção que os próprios indivíduos apresentam sobre seu trabalho e sua saúde, podendo assim, reduzir os riscos, minimizando a possibilidade de haver danos aos pacientes assistidos por eles.

O trabalho e a saúde correspondem a dois pilares da humanidade e apresentam estreita e constante relação: assim sendo o equilíbrio entre eles favorece benefícios à saúde do trabalhador e, também, a redução dos gastos públicos e privados relacionados aos tratamentos, dispensas com acidentes de trabalhos, problemas psicológicos, absenteísmo, presenteísmo e reabilitação de trabalhadores.

Nesse sentido, justifica-se a realização desse estudo, diante das diversificadas funções, atividades e responsabilidades, as quais os trabalhadores hospitalares são constantemente submetidos, incluindo-se os que atuam em ambientes complexos e específicos como os das UTI.

2OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Relacionar as características sociodemográficas, laborais e de saúde dos membros da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva, com a presença de Transtornos Mentais Comuns e a ocorrência de absenteísmo e presenteísmo.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características sociodemográficas, laborais e alterações de saúde da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva;
- Identificar a presença de Transtornos Mentais Comuns nos trabalhadores da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva;
- Identificar a existência de presenteísmo e de absenteísmo na mesma equipe;
- Relacionar as características sociodemográficas (faixa etária, sexo, união estável, filhos dependentes, escolaridade) e laborais (vínculo trabalhista, função, horário de trabalho, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, realização de horas extras, quantidade de horas extras, realização de outra atividade profissional, área de atuação da segunda atividade profissional, ocorrência de acidente de trabalho, tipo de acidente de trabalho, usufruto de férias, afastamentos do trabalho, motivos dos afastamentos) dos trabalhadores da equipe multiprofissional de Unidade de Terapia Intensiva com os Transtornos Mentais Comuns, o presenteísmo e o absenteísmo.

3 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

3.1 Saúde

Várias são as definições de saúde. Esta pode ser entendida como a ausência de doenças (BOORSE, 1987); um completo estado de bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a ausência de doenças, indicando que é o direito à uma vida plena (OMS, 1946); o resultado das condições de habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e aos serviços de saúde (BRASIL, 1986); o estado físico e mental em que o indivíduo é capaz de realizar suas atividades e metas vitais (NORDENFELT, 2001); um fenômeno bio-psico-social (BUSS, 2003).

Os conceitos de saúde não são estáticos e com o passar dos anos ganham definições mais complexas (GAUDENZI, 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) teve como objetivo criar um conceito que fosse consenso entre os países, abordando a importância do corpo e da mente, do componente biológico e do social da saúde e da doença demonstrando que, para um pleno estado de saúde, os aspectos sociais e psicológicos devem ser considerados. Porém, este conceito é criticado devido às dificuldades de mensurar-se o que deve ser considerado como bem-estar ou mal-estar psicossocial (XAVIER; ARAÚJO, 2014).

Limites seguros entre saúde e doença são frágeis; ambas são relacionadas no que se refere aos padrões normais e ao adoecimento. Alguns fatores necessários à sobrevivência humana como alimentos, água, ar, habitação, emprego, uso de tecnologias e relações interpessoais podem também influenciar o adoecimento (VIANNA, 2016).

Acresce-se que é difícil existir um indivíduo em completo estado de bem estar físico, mental e com suas demandas sociais totalmente atendidas, incluindo os que trabalham (MAFI et al., 2017).

3.2 Saúde Ocupacional/Saúde do trabalhador

A Saúde Ocupacional é definida como uma área da ciência em que os modelos de atenção são mais centrados no médico e na doença; estes modelos são responsáveis pelas normas de saúde e segurança dos trabalhadores. Norteia-se na concepção da teoria da multicausalidade do processo saúde e doença. O mundo do

trabalho e sua organização passam por processos de contínuas transformações, que podem ser influenciadas por fatores, tais como, os financeiros, o surgimento e o aprimoramento de novas tecnologias e os modelos de saúde; sua centralidade é no saber médico (MENDES; DIAS, 1991). Com as transformações sociais e econômicas proporcionadas pela Revolução Industrial, surgem as intervenções de saúde em meio aos processos laborais realizadas pela Medicina do Trabalho. Estas intervenções, neste período, eram realizadas com o intuito de apenas possuir mão de obra hábil para a realização do trabalho, visto que neste momento a necessidade de força laboral era primordial para o processo de industrialização (SANTO; FREITAS, 2012).

A Saúde Ocupacional apresenta algumas falhas de coesão e aplicabilidade como, por exemplo, a centralidade médica, as lutas corporativas, a restrição de recursos humanos para geração de conhecimentos bem como, para a produção de novas tecnologias e as dificuldades na adesão dos trabalhadores para realizar as intervenções de ações de saúde (SANTO; FREITAS, 2012).

Nesse sentido, não estando centralizada somente no saber médico, mas sim em conhecimentos dos vários profissionais de saúde e focando-se nos trabalhadores, surge a Saúde do Trabalhador (SANTO; FREITAS, 2012).

Esta é uma das áreas da saúde que realiza investigações e atividades de vigilância epidemiológica e sanitária. Suas ações são voltadas para promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, que em suas realidades laborais são submetidos aos riscos e agravos relacionados ao trabalho (BRASIL, 1990).

É uma área em que ocorre a troca de saberes de múltiplos profissionais, com o objetivo maior de desenvolver intervenções, para controlar os problemas que podem ser fontes de agravos ao trabalhador, englobando os locais de trabalho e suas características. Oferece assistência integral e multidisciplinar ao trabalhador, de forma ampla (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014).

Com a expansão capitalista, houve maior intervenção do homem sobre a natureza e o surgimento de novas tecnologias. O objetivo principal desta expansão sempre foi o desenvolvimento e aumento da produtividade, sendo esquecido o meio ambiente e, conseqüentemente, os trabalhadores. A Saúde do Trabalhador era lembrada apenas quando estes, adoecidos, já não conseguiam produzir conforme o exigido (RIBEIRO; JORGE; BESSA, 2016).

Segundo a Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, na qual foi definida a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a assistência ao trabalhador deve ser assegurada em todas as esferas de poder do Sistema Único de Saúde (SUS). Deve-se garantir a todos os trabalhadores o direito à promoção, à prevenção e à reabilitação de forma integral (BRASIL, 2012).

A Saúde do Trabalhador fundamenta-se como um modelo de saúde centrado no trabalhador, com o objetivo de privilegiar o indivíduo considerando seu contexto laboral (SANTO; FREITAS, 2012).

A atenção à Saúde do Trabalhador deve-se centrar nos programas de saúde e segurança, com ações de promoção, proteção e recuperação de forma coletiva e individual quando necessárias, com abordagens transdisciplinares e intersetoriais (ROLOFF et al., 2016).

No contexto atual, a Saúde do Trabalhador é vista como uma ciência interdisciplinar, na qual as demandas sociais, econômicas e políticas englobam-se, visto que estes três pilares influenciam de forma direta nos cenários laborais e na saúde do ser humano, pois o trabalho pode ser conducente para o processo de adoecimento (JACKSON et al., 2015).

No Brasil, a Saúde dos Trabalhadores foi fomentada a partir de 1970 com a robustez dos movimentos sindicais no país, o que favoreceu a criação das políticas nacionais de saúde, podendo identificar nesse período a participação social da população em geral. Este cenário diverge-se do momento atual, no qual os movimentos sindicais encontram-se mais fragilizados e segmentados e, assim, enfraquecendo a participação social nas decisões das políticas públicas. A participação social é necessária para a elaboração de propostas de políticas públicas que atendam aos interesses coletivos da população (CARDOSO; ARAÚJO, 2016).

O trabalhador tem o direito de manter sua saúde nos ambientes de trabalho. Segundo o Artigo 7º da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, são direitos dos trabalhadores, entre outros, melhorias de sua condição social e redução dos riscos ocupacionais relacionados ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 1988).

3.3 Trabalho

O trabalho é entendido como o conjunto de atividades que o homem realiza por meio de sua força, para se sustentar (MARX, 1985).

Sigmund Freud traz em sua obra “O mal estar na civilização”, de 1929, que o trabalho é dividido em duas linhas, ou seja, aquele realizado por necessidade e o trabalho efetivado por sublimação. O primeiro surge com a própria indispensabilidade que o homem tem de melhorar seu destino, manter sua prole e viver em organização social. Já o trabalho como sublimação, pode ser entendido como aquele que, quando a pessoa escolhe livremente as suas atividades profissionais, estas lhe proporcionam satisfação e felicidade e tal felicidade pode ser alcançada quando ocorre a satisfação das necessidades (FREUD, 1930).

O trabalho proporciona o encontro da identidade humana e a realização pessoal do indivíduo. Possuir um trabalho propicia sentimentos de satisfação e integridade, o que pode resultar em maior inserção social e de relacionamentos (COELHO et al., 2017). Trabalhar consiste em uma fonte de valorização, autoestima, ganhos financeiros e melhorias nos índices de qualidade de vida (PACHECO et al., 2016).

Acresce-se que as condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem podem influenciar no estado de saúde e na ocorrência de várias doenças (OMS, 2011).

O trabalho é considerado como um dos determinantes sociais capaz de impactar a vida humana. Portanto a investigação da sua influência sobre a saúde do indivíduo é temática considerada de grande relevância (COSTA et al., 2013).

Ele atua como organizador da vida social e como determinante social no processo de saúde doença. No adoecimento do trabalhador, deve-se considerar as suas relações com o trabalho. O perfil de morbidade laboral foi influenciado pelas mudanças dos processos de trabalho. A terceirização da economia, a automação e a informatização fizeram com que a incidência de doenças clássicas fosse diminuída e aquelas relacionadas ao trabalho comesçassem a se destacar mais e requererem mais atenção, tais como as alterações cardiovasculares, os distúrbios mentais, o estresse, entre outros (MENDES; DIAS, 1991).

A organização do trabalho afeta a mente do trabalhador e isso acontece

porque o conteúdo das tarefas, as relações e os seus desejos são inibidores ou estimuladores de ideias, podendo ser benéficos ou não à sua saúde mental (DEJOURS, 1994).

Investigações sobre os riscos ocupacionais e suas consequências são importantes para trabalhadores de diferentes ocupações e, também, para as organizações de trabalho (AMINIAN et al., 2016).

É fato que o exercício da atividade profissional pode ser fonte de sofrimento e esgotamento ao trabalhador e comprometimento à sua saúde (ALVES et al., 2015). O trabalho realizado de modo excessivo, seja por jornadas de trabalho exaustivas com muitas tarefas a fazer ou sobrecarga de funções pode favorecer danos à saúde do trabalhador, gerando-lhe desgaste e estresse (NICOLA; MCNEELEY; BHARGAVA, 2015).

O mundo do trabalho atual intensificou-se e passou a ser fonte de esgotamento físico e mental ao trabalhador, o que lhe pode resultar em grande fonte de estresse patológico, no qual o indivíduo acometido enfrenta um estado de desequilíbrio interno (TESTON; GRIGOL, 2015).

Nos hospitais, o trabalho é complexo, repleto de fatores de riscos e, muitas vezes, deletério à saúde de quem ali atua (SANTANA et al., 2016b). Entretanto, os trabalhadores da saúde que apresentam satisfação pelo trabalho desenvolvem suas atividades laborais com mais qualidade e eficácia na assistência prestada, além de mostrarem melhor rendimento profissional (AISLING; AISLING; DAVID, 2016).

As instituições devem preocupar-se com a satisfação de seus trabalhadores em suas atividades laborais. Trabalhadores satisfeitos apresentam melhores percepções de saúde, aumento de produtividade e bem estar físico e mental (SILVA; SANTOS, 2016).

3.4 O trabalho hospitalar da equipe multiprofissional da UTI

No trabalho em saúde é fundamental a manutenção da vida humana (SCHMOELLER et al., 2011). Trabalhar na área da saúde consiste em cuidar de pessoas e as atividades realizadas por estes trabalhadores são extremamente complexas, seja tanto pelos locais de atuação, como pelas matérias de trabalho e

pelos tipos de atividades prestadas (RIBEIRO; PIRES; SCHERER. 2016a).

Trabalhadores dos setores de saúde vivenciam em seu cotidiano laboral situações em que precisam lidar com a dor, o sofrimento e o mal estar orgânico, emocional e social (PÊGO; PÊGO, 2016).

Essas pessoas sofrem grandes desgastes devido às cargas biológicas, fisiológicas e psíquicas, independente da classe profissional. Eventos advindos da organização laboral, estratégias de gestão, desrespeito da autonomia e abuso de poder podem ser preceptores desses desgastes (SANTANA et al., 2016).

Assim, podem apresentar alterações de saúde decorrentes do estresse ocupacional, devido aos fatores organizacionais, à falta de apoio social e à falta de habilidade para desempenhar determinadas tarefas que lhes seja solicitado (RUOTSALAINEN et al., 2015).

As práticas profissionais dos que atuam no âmbito da saúde costumam ser desgastantes. Há uma frequente exposição aos elementos que favorecem a ocorrência de doenças ou sofrimento, que podem ser observados por sinais e sintomas orgânicos e psíquicos, favorecedores do desencadeamento de transtornos mentais, os quais podem afetar de forma negativa os resultados do trabalho e a qualidade assistencial do serviço aos usuários (ALVES et al., 2015). Devido a natureza da profissão que exercem, essas pessoas podem desenvolver danos psicossociais como o estresse, pela falta de destreza ao desenvolver as atividades e ausência de apoio por parte da organização. Este estresse ocupacional pode representar um fator desencadeante de Síndrome de *Burnout* (RUOTSALAINEN et al., 2015).

O processo laboral hospitalar apresenta uma peculiaridade que se destaca da seguinte forma: tem o corpo do indivíduo como objeto de trabalho, utilizando-se de um amplo conhecimento prático-científico, materiais e equipamentos, visando promover, manter e/ou recuperar a saúde dos clientes (SECCO et al., 2010). A rotina dessas pessoas é evidenciada por maior vulnerabilidade à tensão emocional; são diretamente responsáveis por cuidar de pacientes que se encontram tanto em situações críticas como os mais estabilizados. Assim sendo, esses trabalhadores atuam em cenários de frequente exposição às tensões sejam estas emocionais, de relacionamentos e referentes às hierarquias (LIMA et al., 2013).

Outros profissionais que desempenham atividades operacionais no setor

saúde como os trabalhadores de higienização realizam tarefas de extrema importância para o funcionamento dos hospitais. Suas atividades profissionais também podem resultar em sentimentos de sofrimento e prazer no trabalho. É necessário olhar de forma atenciosa para tais pessoas, com o objetivo de aplicar intervenções que amenizem seu sofrimento e promovam a sua saúde e prazer no seu trabalho (BERNI et al., 2016).

Para o bom funcionamento das unidades, segurança dos pacientes e dos próprios trabalhadores, é necessário que a equipe atue em consonância. O trabalho em equipe favorece a qualificação das ações práticas e gerenciais (CHAVES et al., 2015) e é capaz de proporcionar sentimentos de satisfação (SILVEIRA et al., 2012).

As UTI são áreas críticas e especializadas direcionadas aos pacientes em estados graves de saúde, que necessitam de assistência profissional capacitada. Nestas unidades devem existir recursos humanos, tecnologias necessárias e materiais adequados para realizar o monitoramento e terapia aos usuários e oferecer assistência especializada e segura aos pacientes graves (BRASIL, 2010).

As disposições apresentadas no Art. 14 da Resolução nº 7, de fevereiro de 2010 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) mostram os requisitos básicos para o funcionamento de uma UTI. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as atividades desenvolvidas nas UTI devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda dos serviços da unidade e a legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, os seguintes profissionais: médico diarista/rotineiro: um para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em medicina intensiva para atuação em UTI adulto; médico com habilitação em medicina intensiva pediátrica para atuação em UTI pediátrica; médico com título de especialista em pediatria com área de atuação em neonatologia para atuação em UTI neonatal; médicos plantonistas: no mínimo um para cada dez leitos ou fração, em cada turno; enfermeiros assistenciais: no mínimo um para cada oito leitos ou fração, em cada turno; fisioterapeutas: no mínimo um para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, realizando um total de 18 horas diárias de atuação; técnicos de enfermagem: no mínimo um para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno; auxiliares administrativos: no mínimo um exclusivo da

unidade e trabalhadores exclusivos para limpeza da unidade, em cada turno (BRASIL, 2010).

O Artigo 21 da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 50 de 2010, apresenta que todo paciente internado em UTI deverá receber assistência integral e interdisciplinar. Para satisfazer este requisito, torna-se necessário o atendimento de uma equipe multiprofissional de saúde, para serem ofertadas as assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, de enfermagem, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional. Todas as atividades realizadas por estes profissionais devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas contínua e conjuntamente pela equipe multiprofissional. Os profissionais que atuam na UTI devem assegurar aos usuários dos serviços: a preservação da sua identidade e privacidade, assegurando um ambiente de respeito e dignidade; fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta; ações de humanização da atenção à saúde; promoção de ambiente acolhedor, incentivo à participação da família na atenção ao paciente, quando pertinente (BRASIL, 2010), entre outros

3.5 Os riscos ocupacionais no ambiente hospitalar

O cenário de atuação dos profissionais da saúde particularmente nos hospitais constitui-se em locais de trabalho complexos, os quais propiciam riscos à saúde dos trabalhadores, bem como favorecem a ocorrência de acidentes de trabalho como os que acontecem por materiais perfurocortantes. Esses acidentes podem trazer sofrimento para o acidentado e para família, além de elevados custos com tratamento (DONATELLI et al., 2015).

Tem-se dado importância às experiências dos trabalhadores relacionadas com questões e conflitos éticos e às fontes de atritos e divergências entre as equipes em que eles atuam. Na área da saúde, algumas situações como obstinação na terapêutica, desigualdade na distribuição de recursos, excesso de trabalho, agressividade por parte de colegas, condições laborais deficitárias e

desconsideração das opiniões podem levar os trabalhadores a apresentar sentimentos de impotência e insatisfação (DALMOLIN et al., 2014) que, se não tratados, possivelmente vão gerar estresse, ansiedade e outros problemas, os quais, tenderão a influenciar em sua saúde (BELAYACHI et al., 2016).

No ambiente do hospital, consegue-se observar que as atividades diárias realizadas pelos profissionais podem lhes resultar em danos físicos, psíquicos e sofrimento (ABDALLA et al., 2014).

Trabalhadores hospitalares têm suas atividades profissionais desenvolvidas em ambientes insalubres, visto que atuam em locais que podem ser nocivos à saúde. Esta nocividade acontece devido ao contato com os fatores de riscos ocupacionais: os físicos relacionam-se a exposição ao ruído, radiação ionizante, vibrações e temperatura. Os fatores ou agentes de riscos químicos são representados pelos gases, vapores, fumaças e produtos químicos. Os riscos biológicos compreendem a exposição aos agentes como vírus, bactérias e fungos por meio de sangue ou outros líquidos corpóreos. Os riscos ergonômicos referem-se às posturas inadequadas, carregamentos de pesos, monotonia e trabalho em turnos. A desestruturação do ambiente laboral, a iluminação insuficiente, o potencial de acidentes com eletricidade, a probabilidade de incêndio e os pisos escorregadios compreendem o grupo dos riscos de acidentes. Trabalhadores da saúde também estão sujeitos, em suas práticas laborais, aos riscos psicossociais, os quais podem afetar à sua própria saúde e, conseqüentemente, trazer prejuízos aos usuários de serviços onde atuam (VOLQUIND et al., 2013).

Riscos psicossociais podem ser compreendidos como os aspectos relacionados ao desenho do trabalho, organização, gestão, contextos sociais e ambientais, que são capazes de resultar em danos físicos, sociais ou psicológicos ao indivíduo (COX et al., 2005).

No Brasil alguns dos principais riscos que afetam os trabalhadores que atuam em ambientes hospitalares correspondem aos acidentes com perfurocortantes, contaminação por material biológico, lesões posturais, problemas psicossociais, estresse ocupacional, conflitos de relacionamentos e a Síndrome de *Burnout* (ANDRADE; SILVA; TULLI, 2015; MENDES et al., 2015).

A maneira como se trabalha e os ambientes laborais podem favorecer os adoecimentos nas pessoas. A interação negativa com o trabalho pode resultar em ansiedade, depressão, insatisfação profissional e doenças fisiológicas

(ARROGANTE, 2015), além de cansaço, desgaste, decepção, falta de energia para a realização de tarefas e frustração, elementos esses preditores da Síndrome de *Burnout* (LIMA et al., 2013). Essa síndrome é caracterizada pela maneira como o indivíduo enfrenta, de forma inadequada, o estresse ocupacional crônico, rompendo o seu equilíbrio psicofisiológico, resultando, algumas vezes, em sérios problemas de saúde (MAGALHÃES et al., 2015). Está diretamente relacionada ao estresse e caracteriza-se pela exaustão devido ao esforço necessário para realizar o trabalho; profissionais por ela acometidos costumam relatar sintomas como insatisfação com o trabalho, queixas físicas, fadiga, distúrbios do sono e queda do desempenho cognitivo (DAM, 2016).

Especificamente, nos ambientes dos hospitais, as complexidades nas relações entre saúde e doença, vida e morte podem resultar em impactos físicos e psíquicos na equipe multiprofissional. Isso se deve às rotinas institucionais e à necessidade de intervenções com os pacientes, que exigem dos profissionais envolvidos nesse atendimento rapidez e eficiência, visando o bem-estar de seus clientes. Para o bom funcionamento desta equipe é necessário a negociação permanente, o que nem sempre é possível devido às eventuais disputas de interesses entre os profissionais (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

O reconhecimento das situações de risco ou a presença de fatores de risco nas vivências laborais pode possibilitar a realização de ações de vigilância à saúde do trabalhador como medidas de profilaxia; quando este reconhecimento for tardio é possível realizar intervenções de assistência e acompanhamento adequado aos trabalhadores (MENDES et al., 2015).

3.6 O absenteísmo

O ausentismo, absentismo, ou absenteísmo é definido como a frequência ou a duração de tempo no trabalho perdido, quando os trabalhadores ausentam-se de suas atividades, correspondendo à faltas quando se esperava por sua presença no trabalho (BALASTEGHIN; MORRONE; SILVA, 2013).

É a prática do trabalhador não comparecer ao seu posto de trabalho, por um período de um ou mais dias, quando estiver sido delegado a ele este dia de

trabalho. A ausência ao trabalho é um grave problema a todos os setores de atuação, pois sua ocorrência influencia de forma negativa a dinâmica laboral. Este fenômeno traz também impactos financeiros aos próprios trabalhadores que se ausentam, aos custos com logísticas de pessoas para a substituição do faltante e as perdas na quantidade e qualidade do trabalho (MARQUES et al., 2015a).

O absenteísmo pode ocorrer por diversos motivos, como laborais, culturais, físicos, de personalidade, doenças, problemas na organização da instituição e por características individuais.

Pode ser classificado em cinco categorias:

- Por doença: descrito como a ausência justificada por licença-saúde;
- Por patologias profissionais: relacionadas aos acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais;
- Legal: aquele legalmente respaldado por numerosas causas;
- Compulsório: aquele relacionado à suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou por outro acontecimento que impeça ao trabalhador de comparecer ao trabalho;
- Voluntário: caracterizado por razões particulares não justificadas (COSTA et al., 2014).

A ocorrência do ausentismo muda a rotina no local de trabalho, gerando sobrecarga a quem não se ausenta, conflitos, desmotivação, insatisfação, falta de comprometimento e quebra na qualidade da assistência. Assim sendo, representa um grave problema ao setor onde ocorre (ABREU; GONCALVES; SIMOES, 2014).

No ambiente hospitalar, o absenteísmo costuma ser frequente, devido às exposições físicas e emocionais dos profissionais à insalubridade do local. Resulta em um efeito cascata, pois as ausências não programadas ao trabalho culminam na sobrecarga dos colegas, acarretando absenteísmos futuros (ABREU; GONCALVES; SIMOES, 2014).

As características laborais e o adoecimento correspondem a duas vertentes diretamente relacionadas. O absentismo por doença é responsável por altos índices de falta ao trabalho, que podem estar relacionadas com patologias ocupacionais e acidentes de trabalho comuns aos profissionais da saúde. Estas doenças e acidentes podem ser resultantes do ambiente de trabalho e das

atividades laborais (SANTANA et al., 2016b).

Alterações de saúde como lombalgias, varizes e distúrbios respiratórios estão diretamente ligadas ao absenteísmo; características como ambiente físico, carga elevada de trabalho, problemas psicológicos e conflitos interpessoais, também interferem no afastamento do trabalho incluindo-se o estresse e os TMC (ABBASS et al., 2014).

Existem alguns fatores de riscos relacionados ao absenteísmo e a incapacidade laboral; variáveis como o sexo, idade e atividade desenvolvida podem influenciar na sua ocorrência. Mulheres apresentam maior incidência de auxílio doença, o que pode ser justificado pelas duplas jornadas de trabalho acrescidas, ainda, da responsabilidade do trabalho doméstico e do cuidado com os filhos (MASCARENHAS; BRANCO, 2014).

No âmbito hospitalar os profissionais de enfermagem correspondem ao maior quantitativo de trabalhadores. Sua atividade profissional é considerada tensa e cansativa e isto possivelmente ocorre devido ao contato direto com o sofrimento e morte, turnos de plantão e aumento do ritmo do trabalho. A equipe de enfermagem é responsável por grande parte dos indicadores de absenteísmo dos serviços de saúde. Diante disto requer-se maior aprofundamento da problemática do absenteísmo nos setores de saúde (MARQUES et al., 2015).

3.7 O presenteísmo

Em contrapartida ao absenteísmo, o presenteísmo caracteriza-se como a condição em que o profissional comparece ao seu local de trabalho; entretanto não consegue realizar de maneira produtiva, suas atividades laborais, ou seja, apresenta um baixo rendimento (JOHNS, 2009). Esta queda na produtividade pode estar relacionada aos eventuais problemas físicos e mentais que ele apresenta (LARANJEIRA, 2009; UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

É um fenômeno em que as pessoas estão presentes nos seus postos de trabalho, porém, devido aos problemas como os de saúde, não conseguem realizar suas tarefas (NOBEN et al., 2014). O trabalhador está presente apesar de seu estado de saúde ser deficitário e apresentar certa fragilidade para justificar sua falta

ao trabalho (KRANE et al., 2014). Sua produtividade é reduzida ou insatisfatória e pode estar relacionada às suas condições de saúde; esta redução acarreta danos e prejuízos a todos os envolvidos no processo laboral e no resultado final do serviço (WADA et al., 2013).

Trabalhadores cujos afazeres correspondem a cuidar ou interagir com outras pessoas são mais propensos a trabalhar, mesmo que doentes, sendo possível observar o presenteísmo. A ocorrência dessa condição ou do absenteísmo por doença representam preditores de queixas físicas, redução do bem-estar e da capacidade de produção para o trabalho (KRANE et al., 2014).

O presenteísmo pode ser uma consequência dos modelos trabalhistas atuais nos quais pressão, produtividade, redução de custos, atividades excessivas, insegurança, desemprego e diminuição dos direitos trabalhistas são condições frequentemente vivenciadas pelos trabalhadores e podem também, ser uma consequência do baixo apoio social dado ao ser humano acometido por alguma patologia. Estas variáveis podem afetar a saúde do indivíduo, manifestando-se em moléstias osteomusculares, cardiovasculares e hormonais (ZAND et al., 2015).

Diferentemente do absenteísmo, o presenteísmo não possui uma mensuração de fácil caracterização e entendimento; assim sendo, torna-se difícil estabelecer patamares dos danos relacionados a este problema emergente nas instituições trabalhistas (PASCHOALIN, 2012).

Grupos profissionais como o da enfermagem, apresentam vulnerabilidade ao estresse psicológico e à presença de transtornos mentais. Grande parte destes profissionais considera suas atividades laborais como estressantes. A presença de depressão na enfermagem é evidenciada e traz, não apenas sofrimento individual ao trabalhador, mas um impacto direto na qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços e ao aumento da ocorrência do fenômeno presenteísmo (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012). Profissionais afetados por depressão tendem a propiciar altos custos à instituição, pois podem cometer erros, incluindo-se os de medicação. A ocorrência destes erros também está relacionada ao presenteísmo (MOEN et al., 2015).

A temática presenteísmo ganhou relevância a partir da década de 80. A literatura evidencia mais os impactos econômicos de tal fenômeno, relacionado à perda de produtividade no trabalho. O fenômeno do presenteísmo vem se consolidando no mundo acadêmico, ao contrário do absenteísmo que já apresenta

numerosas investigações. Os trabalhadores da saúde voltam aos seus postos operacionais mesmo apresentando sintomas de alguma alteração de saúde, o que configura perda na produtividade e redução da segurança ao paciente (WIDERA; CHANG; CHEN, 2010). Elevadas taxas de presenteísmo no setor saúde podem ser uma justificativa das dificuldades enfrentadas pelos gestores em substituir seus funcionários (KRANE et al., 2014).

Existem alguns instrumentos para a mensuração do presenteísmo, como por exemplo, o *Health and Work Questionnaire*, a *Stanford Presenteeism Scale*, o *Work Limitations Questionnaire* e o *Activity Impairment Questionnaire*.

No presente estudo, para avaliar a ocorrência deste fenômeno, foi eleita a *Stanford Presenteeism Scale*, (SPS-6), um instrumento genérico utilizado para mensurá-lo (NOBEN et al., 2014). Trata-se de uma escala validada no Brasil, que visa avaliar as perdas de produtividade no trabalho por meio de duas dimensões distintas: a primeira contempla o trabalho finalizado (Quadro 1) e relaciona-se às causas físicas de presenteísmo, que correspondem à quantidade de trabalho realizado sob efeito das causas deste evento (PASCHOALIN et al., 2013).

Quadro 1- Questões do SPS-6 que compõem a Dimensão 1 da *Stanford Presenteeism Scale SPS-6*

Questões 1,3 e 4	
(Trabalho Finalizado)	1. Devido ao meu problema de saúde foi muito mais difícil lidar com o estresse no meu trabalho.
	3. Devido ao meu problema de saúde, não pude ter prazer no trabalho.
	4. Eu me senti sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido ao meu problema de saúde.

A segunda dimensão (concentração mantida) vincula-se entre os aspectos psicológicos e corresponde à quantidade de concentração mobilizada para produzir a atividade de trabalho quando existe um efeito de presenteísmo (Quadro 2). Cada um destes fatores é analisado por três itens, seis questões, numa escala com cinco opções de resposta (PASCHOALIN et al., 2013)(ANEXO 1).

Quadro 2 - Questões do SPS-6 que compõem a Dimensão 2 da *Stanford Presenteeism Scale SPS-6*

Questões 2,5 e 6	
(Concentração Mantida)	2. Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar tarefas difíceis no meu trabalho.
	5. No trabalho consegui me concentrar nas minhas metas apesar do meu problema de saúde.
	6. Apesar do meu problema de saúde, tive energia para terminar todo o meu trabalho.

De acordo com os idealizados da SPS-6 a pontuação deste instrumento na Dimensão 1 (Concentração Mantida) deve utilizar escore reverso, ou seja, deve considerar o valor oposto para a pontuação geral do presenteísmo. Já para a avaliação individual de cada uma das Dimensões 1 e 2 utiliza-se a soma dos valores de forma tradicional, sem utilizar o escore reverso conforme demonstrado no Quadro 3 (PASCHOALIN et al., 2013).

Os valores com os pontos de acordo com os itens desta escala encontram-se mostrados na sequência.

Quadro 3 - Valores com os pontos de acordo com os itens que compõem a *Stanford Presenteeism Scale SPS-6*^a.

Opções de resposta	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

3.8 Transtornos Mentais Comuns

Estudos abordando a saúde mental e o estresse em trabalhadores estão sendo realizados na comunidade científica, reconhecendo que o processo de adoecer consiste em fatores multicausais de ampla interação com fatores ambientais (AL-DUBAI et al., 2016; DIDEHVAR et al., 2016; JUGALE et al., 2016; KIM; JANG,

2016; MACHADO; MUROFUSE; MARTINS, 2016).

Os TMC representam uma problemática da saúde coletiva e podem resultar em impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Esses Transtornos são evidenciados por ansiedade, depressão, estresse, distúrbios de comportamento e de personalidade. Pessoas acometidas por eles apresentam tendência às dificuldades para lidar com emoções difíceis. Estas dificuldades podem resultar na ocorrência de sintomas físicos e psíquicos, ou favorecer a presença de um comportamento de exclusão e defensivo (ABBASS et al., 2014).

Referem-se aos casos em que as pessoas apresentam sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, sintomas depressivos, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. São produtores de incapacidade funcional das pessoas, indicando uma ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas que não se configura na categoria nosológica tanto na CID-10 e tampouco no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (COUTINHO; ALMEIDA; MARI, 1999; MARAGNO et al, 2006).

TMC foi um termo criado por Goldberg e Huxley (1992). Tais Transtornos podem apresentar sintomas variados, entre eles; queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração e manifestações que poderiam se enquadrar como depressivas, ansiosas ou somatoformes. Apesar de não serem de muita gravidade podem resultar em sofrimento e, futuramente, poderão resultar em incapacidades e absenteísmo no trabalho. Altas prevalências de TMC têm sido encontradas tanto na população geral quanto em populações específicas, como em profissões diversas ou grupos etários distintos o que corresponde a um problema de Saúde Pública (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015).

Os TMC são relacionados aos transtornos de ansiedade, somatização e depressão sem sintomas psicóticos. Sua investigação é utilizada de forma coletiva em estudos epidemiológicos (CARVALHO et al., 2013). Transtornos de sintomas somáticos podem ser capazes de provocar sofrimento aos indivíduos e resultar em perturbação nas atividades de vida diária (AMERICAN PSYCHIATRIC

ASSOCIATION, 2013).

Os TMC são mais frequentes nas mulheres, nos mais idosos, nos negros e nos separados ou viúvos; têm sido associados aos eventos produtores de estresse, ao baixo apoio social e às variáveis de condições de vida e trabalho, incluindo-se a baixa escolaridade, o menor número de bens duráveis, as condições precárias de moradia, a baixa renda, o desemprego e a informalidade nas relações de trabalho (COSTA; LUDERMIR, 2005).

Investigação realizada em São Paulo sobre TMC, que os rastreou em 2.337 indivíduos maiores de 15 anos de idade, mostrou que a sua prevalência foi significativamente maior em mulheres, idosos e nas categorias de menor renda ou de menor escolaridade. Tais transtornos estavam associados aos indicadores de desvantagem social, implicando a necessidade de focalização do problema e dos grupos de risco específicos para maior impacto da atenção (MARAGNO et al., 2006).

O sofrimento mental vem sendo um dos principais problemas de saúde, que contribui para o grande número de doenças nos países desenvolvidos. Esse sofrimento pode ser definido como problemas mentais que às vezes não se enquadram nos critérios de diagnósticos padrões e são descritos por insônia, cansaço, dificuldade de concentração e de memória e queixas somáticas (JEBENA et al., 2015).

Pesquisa realizada em um hospital de ensino no estado do Paraná demonstrou alto índice de afastamentos devido aos transtornos mentais e comportamentais. Tais afastamentos são fenômenos importantes que devem ser considerados, visto que comprovam o adoecimento psíquico nos trabalhadores da saúde. Afastamentos por transtornos mentais requerem maior tempo para recuperação e podem acarretar maiores danos aos três pilares: a instituição, ao sistema previdenciário e aos trabalhadores (SANTANA et al., 2016b).

Estudo realizado no Centro de Especialidades Médicas de Aracaju, Sergipe e no Centro de Especialidades Odontológicas neste mesmo local, para identificar a prevalência de TMC segundo a categoria profissional, encontrou uma maior ocorrência em trabalhadores de saúde que desenvolviam suas atividades relacionadas com terapias e reabilitação, entre eles: fonoaudiólogos (83,3%), psicólogos (80%), terapeutas ocupacionais (60%) e fisioterapeutas (57,1%). Além dessas categorias, 55,6% dos enfermeiros, 50% dos assistentes sociais, 44% dos médicos e 25% dos odontólogos apresentaram TMC. Já entre nutricionistas,

farmacêuticos e biomédicos, devido ao pequeno quantitativo não foi possível encontrar amostras significativas (MARCELINO et al., 2015).

A pesquisa dos TMC faz-se por meio de uma autoavaliação da saúde, indicador que pode prever, com consistência, a mortalidade e o declínio da saúde do indivíduo. A relação entre as condições socioeconômicas e a presença de dores crônicas também pode influenciar nesta autoavaliação. Porém poucos conhecem sobre como o trabalho influencia no processo saúde/doença (OLIVEIRA et al., 2010).

A autoavaliação de saúde dos trabalhadores tem sido discutida pelos pesquisadores, de forma lenta, apesar de se saber que pode fornecer informações para atividades de promoção e educação em saúde. Algumas características como as condições de trabalho precárias e a sobrecarga, juntamente com o trabalho repetitivo e longas jornadas laborais, podem influenciar nesta avaliação (TEIXEIRA et al., 2015). No caso específico dos TMC, esta avaliação é feita por meio do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (UDEDI et al., 2014).

Para avaliar a ocorrência dos TMC alguns outros instrumentos são utilizados como: o *General Health Questionnaire* e o *WHO Well-Being Index Version1*.

A realidade laboral enfrentada pelos profissionais de saúde na área hospitalar é dada pelo excesso de trabalho, enfrentamento de situações desafiadoras, elevados níveis de estresse e exposição aos riscos ocupacionais. Relacionadas com o trabalho, algumas variáveis intrínsecas da atividade tornam as equipes médicas e de enfermagem mais suscetíveis ao estresse ocupacional. Fatores como a sobrecarga física e mental podem ser responsáveis pelo estresse (SILVA et al., 2015) e por outros transtornos mentais, entre a equipe hospitalar.

Trabalhadores da saúde são submetidos a altas demandas físicas e psicológicas no trabalho e, diante disto, situações vivenciadas no meio laboral podem lhes favorecer a ocorrência de doenças. Más condições de trabalho e de saúde podem levar à prevalência de TMC nessas pessoas. A carência de recursos humanos e materiais impede que o profissional exerça, de forma satisfatória, suas tarefas, além de não suprir as necessidades de seus pacientes. Esta realidade pode levá-lo às desordens mentais (KNUTH et al., 2015).

Profissionais da saúde apresentam elevados níveis de *Burnout* no cenário

nacional e internacional. Sofrem tensões específicas de estresse ocupacional, que se elevam quando sua área de atuação corresponde às UTI. O estresse pode ser constatado entre a equipe de enfermagem e médica (SILVA et al., 2015).

O estresse é definido como um estado de desarmonia entre as demandas e a capacidade de adaptação. Profissionais da saúde vivenciam situações de confrontos e geradoras de estresse, as quais influenciam o desempenho dos trabalhadores da saúde em diferentes contextos de atuação. O estresse pode prejudicá-los e também a assistência ofertada aos seus pacientes (VALENTIN et al., 2015).

A exposição ao estresse ocupacional, se ocorrer de forma prolongada, está relacionada à ocorrência de Síndrome do Desgaste Profissional. Esta é caracterizada pela presença de exaustão emocional, alterações de personalidade e atitudes negativas com os pacientes, que podem influenciar de forma negativa a avaliação do trabalho. O desgaste profissional, a presença de fadiga mental, de desmotivação, dos baixos índices de produtividade e de absenteísmo são comuns (PORTERO DE LA CRUZ et al., 2015).

Os TMC, entre trabalhadores de saúde, ainda necessitam ser estudados. Diante desta realidade entende-se que há a necessidade de pesquisar mais, entre os profissionais de saúde, estes transtornos (ALVES et al., 2015), já que podem facilitar a identificação da presença de estresse.

Por sua vez o estresse, se não controlado, pode resultar em uma série de doenças como depressão, úlceras, hipertensão, crises de pânico, herpes e doenças osteomusculares. Se em níveis elevados e não tratados, pode levar aos problemas como infarto e acidente vascular encefálico (MAVADDAT et al., 2011); facilita o desencadeamento de doenças, quando há predisposição ou uma resposta deficitária do sistema de defesa imunológico, podendo surgir doenças oportunistas (TAETS et al., 2013). Nos profissionais de saúde, o estresse laboral pode estar relacionado aos fatores como dificuldades de relacionamento entre a equipe multidisciplinar, divergências de funções, duplas e exaustivas jornadas de trabalho, afazeres domésticos, pressões e perseguições exercidas pelos superiores (SANTOS et al., 2010), entre outras.

Neste estudo para a identificação da probabilidade de ocorrência dos Transtornos Mentais Comuns, foi eleito o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), utilizado para a mensuração de nível de suspeição de transtornos mentais em

estudos, especialmente com grupos de trabalhadores, avaliando os aspectos relacionados à organização laboral e seus impactos sobre a saúde do trabalhador (UDEDI et al., 2014). A versão validada no Brasil do SRQ-20 possui fácil compreensão e rápida aplicação, reduzindo os custos operacionais (ANEXO 2).

Este questionário é composto por 30 questões, que abordavam sintomas psico-emocionais, uso de álcool, presença de transtornos psicóticos e convulsões. Em 1980, uma nova versão do SRQ foi criada, com 20 perguntas, que avaliavam apenas os aspectos psico-emocionais. Foi então sugerido que o SRQ-20 fosse utilizado para avaliar os TMC, caracterizados por insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração e várias queixas somáticas, versão essa utilizada no presente estudo (SANTOS; CARVALHO; ARAÚJO, 2016).

Os sintomas averiguados pelo questionário aproximam-se dos TMC como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009). O SRQ-20 é a versão de 20 itens do SRQ-30 para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. As respostas são do tipo sim/não. Para cada resposta afirmativa pontua-se o valor 1 para compor o escore final por meio da soma destes valores. Os escores encontrados estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade) (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, correlacional, analítico, transversal, com abordagem quantitativa dos dados.

Estudos epidemiológicos correspondem a uma ferramenta de grande importância, nas pesquisas em saúde e permitem que analisem as condições que afetam ou relacionam com as situações de saúde (GOMES, 1994).

Pesquisas correlacionais possuem a finalidade de descrever a relação entre duas variáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Os estudos analíticos são utilizados para examinar a associação entre a exposição e uma doença, ou algumas condições relacionadas com saúde (GOMES, 1994).

Consistem em estudos transversais aqueles em que é definida a população de estudo em um determinado momento, bem como a coleta as informações de cada indivíduo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Local de realização

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário público do interior de São Paulo, Brasil, onde são prestados atendimentos à comunidade para tratamento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar, abrangendo cuidados de prevenção e tratamento em várias especialidades médicas.

A assistência propiciada é realizada por equipes multiprofissionais que compreendem médicos, trabalhadores de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros. Em 2014 esta equipe era composta por 4.761 servidores contratados por processo seletivo e 1.173 contratados pela fundação de apoio da instituição, totalizando 5.934 trabalhadores. O quadro de pessoal é composto por 38% trabalhadores de enfermagem, 11% de médicos, 12% de técnicos (22% administrativos e 17% operacionais) (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2015).

Neste estudo, a coleta de dados ocorreu na UTI Adulto deste hospital.

As atividades exercidas pelos profissionais que atuam no setor de UTI são: atendimentos de saúde, medicações, soroterapias, dietas aos pacientes por

meio de sondas nasogástricas, coleta de amostras de materiais para exames, realização de higiene corporal, punções, transfusões de sangue, atendimentos psicológicos aos pacientes e familiares, manipulação dos sistemas de ventilação mecânica, trabalho musculoesquelético em pacientes acamados, atendimentos nutricionais, acompanhamento médico clínico e especializado, serviços de higienização das unidades, suporte técnico especializado e serviços administrativos (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2015).

A unidade do hospital onde foi realizado o estudo conta com nove leitos de UTI geral adulto e mais cinco leitos de Unidade Coronariana. Todos os trabalhadores do local prestam atendimentos em ambas às alas (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2015).

4.3 Participantes do estudo

Na ocasião da coleta de dados, existiam alocados na UTI Adulto 62 trabalhadores, membros da equipe multiprofissional, que realizavam diferentes funções. Este estudo utilizou-se da amostragem probabilística para o levantamento dos dados.

Foram incluídos na pesquisa: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes administrativos, os de suporte técnico e os de higienização.

Para se chegar ao número dos que efetivamente participaram do estudo, foram observados os seguintes critérios de inclusão: profissionais atuantes, membros da equipe multidisciplinar, de ambos os sexos, sem distinção de turnos, independente do contrato de trabalho, com tempo de formação superior a um ano e com tempo de atuação na instituição e na UTI superior a um ano. A opção do tempo superior a um ano justifica-se pela necessidade de experiência laboral (VIERO et al., 2016).

Obedecidos tais critérios, tornaram-se participantes deste estudo 54 trabalhadores da equipe multiprofissional que atuam na UTI Adulto da instituição, o que representa 87,09% em relação ao total desta Unidade.

Os participantes que compuseram a amostra deste estudo apresentavam diferentes formas de contratação e de jornadas de trabalho. Para ingressar no

quadro de funcionários deste hospital é necessário realizar processo seletivo por meio da fundação de apoio ou por meio de realização de concursos públicos. Os trabalhadores contratados pela fundação de apoio que auxilia o funcionamento do hospital têm o regime de trabalho de 36 horas semanais e não podem realizar horas extras. Já os concursados possuem a jornada de trabalho de 30 horas semanais.

De acordo com as normas internas e escalas da UTI Adulto, os profissionais que trabalham nesta unidade, realizam os seguintes turnos de trabalho: diurno fixo de 8 horas/dia, noturno fixo trabalhando 12 horas/dia e folgando 36 horas, diurno móvel, ou seja, intercalando manhã e tarde de 6 horas e depois plantão de 12 horas, diurno fixo de 6 horas e, ainda, alternância de turnos.

4.4 Procedimentos para a coleta de dados

Previamente à coleta de dados, foi realizado contato com a chefia da Enfermagem, para que a pesquisadora fosse autorizada a realizar o estudo e fosse apresentada aos membros da equipe multiprofissional da UTI.

A coleta de dados ocorreu nesta Unidade, entre os meses de novembro e dezembro de 2016, diariamente, incluindo-se os finais de semana e feriados, após as autorizações institucionais e os procedimentos éticos necessários. Esta coleta foi realizada pessoalmente pela pesquisadora, em todos os turnos de trabalho, visto que nesta unidade os trabalhadores atuavam em alternância de turnos e com cargas horárias de trabalho diferentes. Respeitou-se a disponibilidade dos profissionais em participar do estudo, visando sempre não comprometer o desenvolvimento do trabalho na unidade.

No início de cada plantão eram feitos os contatos com os entrevistados e entregues os instrumentos de coleta de dados, em envelopes fechados. A pesquisadora ficava na unidade enquanto os entrevistados respondiam os questionários, sanando as dúvidas que porventura apresentassem. Os profissionais foram respondendo o instrumento conforme a demanda de trabalho permitia; alguns conseguiam devolvê-lo durante o desenvolver do turno e outros apenas ao fim do plantão. Após os questionários serem preenchidos eram devolvidos em envelopes e recolhidos pela pesquisadora, no mesmo turno em que eram entregues.

Para conseguir alcançar o primeiro objetivo específico (*Identificar as características sociodemográficas, laborais e as alterações de saúde da equipe multiprofissional da UTI Adulto*) foi utilizado um questionário elaborado pela pesquisadora e que abrangeu questões sobre as características sociodemográficas, laborais e hábitos de vida, as condições de trabalho e a incidência de acidentes de trabalho (APENDICE A). Este questionário foi submetido à análise de três especialistas com formação na área de Saúde do Trabalhador e em Enfermagem, para realizar o seu refinamento; após as sugestões desses *experts* foram feitas algumas adequações sobre as características laborais, sociodemográficas e as alterações de saúde.

Para o alcance do segundo objetivo específico (*Identificar a presença de Transtornos Mentais Comuns dos trabalhadores da equipe multiprofissional*) foi utilizado o instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), já descrito anteriormente.

No presente estudo foram adotados os pontos de corte sugeridos pelos autores Mari e Willians (1986) que validaram o SQR-20 para utilização no Brasil. Segundo eles, os pontos de corte são 5/6 entre os homens e 7/8 para mulheres; as diferenças entre os sexos deve-se ao fato de que nos estudos dos referidos autores, o valor preditivo positivo encontrado foi menor entre os homens (66%) do que entre as mulheres (83%). O SQR-20 foi dividido em cinco grupos de fatores: fator 1- diminuição da energia, fator 2- sintomas somáticos, fator 3- humor depressivo, fator 4- pensamentos depressivos e fator 5- outros sintomas (MARI; WILLIANS, 1986).

Para o alcance de uma parte do terceiro objetivo específico (*identificar a existência de presenteísmo nestes trabalhadores*) foi utilizada, a escala *Stanford Presenteeism Scale* SPS-6 já mencionada anteriormente.

A interpretação do escore total desse instrumento encontra-se apresentada na sequência (Quadro 4).

Quadro 4 - Interpretação do escore total da escala SPS-6 utilizada para avaliação do presenteísmo

Escore		Interpretação dos valores da escala SPS-6
Alto	> que 18	Maior capacidade de concentração e melhor desempenho no trabalho
	< que 18	Menor capacidade de concentração e pior desempenho no trabalho

Ainda para o alcance de parte deste terceiro objetivo específico (*identificar o absenteísmo nestes profissionais*) foram utilizadas informações dos bancos de dados do setor de Recursos Humanos da instituição, para averiguar esse fenômeno, por meio das escalas de trabalho mensais e anuais, apresentação de atestados médicos, relação de faltas não justificadas e as escalas de plantões da unidade.

Após estas consultas foi realizado o cálculo para quantificar os índices de absenteísmo, dado pela seguinte representação:

$$\frac{Ia = Nhp \times 100}{NhP}$$

Em que:

Ia = Índice de absenteísmo; Nhp=Número de horas perdidas e NhP=Número de horas Planejadas (MARRAS, 2000).

4.5 Análise estatística dos dados

Os dados coletados foram duplamente digitados pela pesquisadora em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel* 2010 e, a seguir, passaram por análises estatísticas.

Para alcançar o quarto e último objetivo específico (*Relacionar as características sociodemográficas, laborais e alterações de saúde dos trabalhadores da equipe multiprofissional de Unidade de Terapia Intensiva com os Transtornos Mentais Comuns, o presenteísmo e o absenteísmo*), para verificar a associação

entre as variáveis categóricas (sexo, faixa etária, categoria profissional, união estável, filhos dependentes, realização de outra atividade profissional e a ocorrência de acidentes de trabalho) utilizou-se o teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Estes testes são utilizados para a análise das variáveis categóricas, na análise descritiva dos dados, por meio dos percentuais (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para relacionar as variáveis numéricas (tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na unidade e quantidade de horas extras realizadas) foi processado o Coeficiente de Correlação de *Pearson* ou de *Spearman*, adotando-se o nível de significância $\alpha = 0,05$. Tais testes são utilizados para mensurar o grau da correlação entre duas variáveis (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

No presente estudo estabeleceu-se que o valor de p (ou nível-p ou nível de significância) é de 5% ($\alpha = 0.05$).

O nível de significância é definido geralmente quando o erro do tipo I (ou alfa - a chance de que a diferença tenha ocorrido devido ao acaso) é menor que 5%, ou 0,05. Significância estatística de um resultado é considerada a medida estimada do grau em que este resultado é "verdadeiro", ou seja, que ocorre na população, "representatividade da população". O valor do nível-p representa um índice decrescente da confiabilidade de um resultado; quanto mais alto este nível, menos se pode acreditar que a relação observada entre as variáveis na amostra é um indicador confiável da relação entre as respectivas variáveis na população. Representa a probabilidade de erro envolvida em aceitar o resultado observado como válido, isto é, como "representativo da população". O nível p de 0,05 é, costumeiramente, tratado como um "limite aceitável" de erro (BOX et al, 1978).

As análises descritivas do SQR-20 foram realizadas por meio do cálculo da frequência absoluta (FA) e relativa (FR) de cada variável do instrumento, separando em dois grupos distintos: trabalhadores do sexo feminino e do sexo masculino (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para analisar as associações entre o SQR 20 e as variáveis de caracterização individual e do trabalho foram aplicados os testes de Qui-quadrado e Exato de Fisher. As análises foram processadas pelos programas IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24 (2016) e R i386 versão 3.1.0 (2014).

Para relacionar o presenteísmo e o absenteísmo com as características sociodemográficas foram verificadas as correlações estatísticas das variáveis categóricas (idade, sexo, união estável, filhos dependentes, outra atividade profissional, horário de trabalho, horas extras e afastamentos do trabalho) e realizadas as análises de regressão. Foram utilizados os Testes de *Mann-Whitney* de amostras independentes e o de *Kruskal-Wallis* também de amostras independentes. Foram considerados como significativos os valores encontrados de significância $\alpha = 0,05$. O teste não paramétrico de *Mann-Whitney* é utilizado para análises estatísticas em que os dados não apresentam distribuição normal (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Por meio da Análise de Regressão foram trabalhados os dados das medidas da SPS-6 e as características sociodemográficas (idade, sexo, união estável, filhos dependentes, outra atividade profissional, horas extras e afastamentos do trabalho) utilizando-se os testes de *Mann-Whitney* de amostras independentes.

Para análises de associações da SPS-6 com a variável horário de trabalho foi utilizado o Teste de *Kruskal-Wallis* de amostras independentes, testes estes utilizados para variáveis não paramétricas. Foram considerados como significativos os valores encontrados de $\alpha = 0,05$ (PAGANO; GAUVREAU, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O Teste T de *Student* ou Qui-Quadrado é usado quando as variáveis forem dicotômicas. Para lapidar as variáveis numéricas processou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson* ou de *Speaman*, adotando o nível de significância de $\alpha = 0,05$.

O Teste-T é um teste estatístico paramétrico que especifica certas condições sobre a distribuição das respostas na população, da qual a amostra da pesquisa foi retirada. Essas condições devem ser testadas para que os resultados de um teste paramétrico sejam significativos. Os dados devem seguir a distribuição normal para que se tenha uma interpretação apropriada de testes e, também, que as variáveis, ou escores a serem analisados, resultem de medidas em pelo menos uma escala intervalar (SCUDINO, 2008).

O Teste-T é, então, utilizado para duas amostras e quando existem duas condições e necessita-se saber se as diferenças entre as médias das amostras são grandes o suficiente, para que se possa concluir que elas ocorrem somente devido a influência da variável independente (DANCEY, REIDY, 2006).

4.6 Aspectos Éticos da pesquisa

O presente estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo o número de protocolo (CAAE: 54868316700005393) (ANEXO 3).

Todos os trabalhadores da equipe multiprofissional que participaram voluntariamente do estudo tiveram o direito à privacidade e sigilo garantidos e total liberdade para desistirem de sua participação a qualquer momento. Os participantes foram convidados, mediante esclarecimento pela pesquisadora, sobre os objetivos da pesquisa, bem como os benefícios apresentados.

Os que concordaram na participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) que descreveu, de forma clara, os procedimentos adotados durante as coletas e abordou as questões referentes ao respeito à autonomia e os riscos e benefícios. A obtenção de dados dos trabalhadores foi realizada individualmente após eles receberem as orientações da pesquisadora, obedecendo assim às normas de ética em pesquisa, segundo a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Após a leitura do TCLE, sanadas as dúvidas dos voluntários, obtida a assinatura e realizada a entrega da 2ª via desse termo, iniciou-se a aplicação dos questionários, garantindo-se a privacidade dos participantes.

Finalizada a pesquisa foram arquivados pela pesquisadora os Instrumentos de Coleta de Dados, que permanecerão guardados sob sua responsabilidade pelo período de cinco anos (BRASIL, 2012).

Estão apresentados conforme os objetivos propostos.

5.1 Características sociodemográficas

A população alvo do estudo constitui-se nos trabalhadores da equipe multiprofissional de uma UTI adulto. De acordo com o setor de recursos humanos (RH) do hospital, no ano de 2016, o quantitativo de trabalhadores deste local era de 62. A amostra da pesquisa foi composta por 54 trabalhadores (87,09%) dessa equipe multiprofissional. Como alguns estavam usufruindo férias ou licenças de seus postos de trabalho ou recusaram-se a participar do estudo não foi possível alcançar 100% dos trabalhadores do setor (Quadro 5).

Quadro 5 - Fluxograma realizado para seleção da amostra do estudo entre os trabalhadores da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto. 2016 (n=54).

Na Tabela 1 é possível observar as características sociodemográficas apresentadas pelos trabalhadores, conforme proposto pelo primeiro objetivo específico (*Identificar as características sociodemográficas, laborais e alterações de saúde da equipe multiprofissional da UTI Adulto*).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos trabalhadores da UTI Adulto, 2016 (n=54).

Variáveis		f	%
Faixa etária (em anos)	20 a 29	4	7,4
	30 a 39	23	42,6
	40 a 49	19	35,2
	50 a 59	5	9,3
	60 ou mais	3	5,5
	Total	54	100
Sexo	Masculino	13	24,1
	Feminino	41	75,9
	Total	54	100
Vive com companheiro (a)	Não	24	44
	Sim	30	56
	Total	54	100
Filhos dependentes	Não	25	46,3
	Sim	29	53,7
	Total	54	100
Escolaridade *	Ensino médio	3	5,6
	Ensino Técnico	19	35,2
	Superior incompleto	3	5,6
	Superior completo	11	20,4
	Pós-graduação <i>Lato-Sensu</i>	8	14,7
	Pós-graduação <i>Stricto-Sensu</i>	10	18,5
	Total	54	100

*Grau mais elevado de escolaridade

Foi possível constatar que o maior quantitativo dos trabalhadores apresentou a faixa etária entre 30 e 39 anos, ou seja, 23 deles (42,6%). A média de idade encontrada foi de 39,8 anos, mediana 39,0 anos, mínima 25,0 anos e máxima de 62 anos, com desvio padrão (DP) de 9,0. Eram pertencentes ao sexo feminino 41 (75,9%); viviam em união estável 30 pessoas (56,0%) e relataram ter filhos dependentes 29 (53,7%). A maior parte possuía nível de escolaridade técnica 19 (35,2%), seguida dos que tinham ensino superior completo 11 (20,4%).

5.1.1 Características Ocupacionais

Os dados apresentados na Tabela 2 mostram as características relacionadas ao trabalho dos profissionais da UTI adulto.

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores na UTI Adulto, características ocupacionais, 2016 (n=54).

Variáveis		f	%
Vínculo Trabalhista	Estatutário	44	83,6
	Celetista	9	14,5
	Duplo Vínculo	1	1,9
	Total	54	100
Função	Médico	6	11,1
	Enfermeiro	10	18,5
	Técnico de enfermagem	23	42,6
	Psicólogo	1	1,9
	Auxiliar Administrativo	2	3,7
	Funcionário da Higienização	3	5,5
	Fisioterapeuta	4	7,3
	Auxiliar de enfermagem	3	5,6
	Suporte técnico de equipamentos	1	1,9
	Nutricionista	1	1,9
	Total	54	100
Horário de Trabalho	Diurno fixo em escala de 8 h	11	20,4
	Noturno fixo em escala de 12 por 36 h	14	25,9
	Diurno alternado de 6 h com dobra de 12 h	18	33,15
	Diurno fixo de 6 h	6	11,15
	Alternância de turnos	5	9,4
	Total	54	100
Tempo de Trabalho na Instituição (em anos)	1 a 5	15	27,3
	6 a 10	17	31,6
	11 a 15	6	11,3
	16 a 30	16	29,8
	Total	54	100
Tempo de Trabalho na UTI (em anos)	1 a 5	21	38,9
	6 a 10	18	34,0
	11 a 15	3	5,7
	16 a 23	12	22,4
	Total	54	100
Realizou horas extras no último mês	Não	24	44,4
	Sim	30	55,6
	Total	54	100
Quantidade de horas extras (horas)	6 a 10	3	9,9
	18 a 24	5	16,6
	36 a 42	12	40,1
	48 a 56	6	19,9
	60 ou mais	4	13,3
Realiza alguma outra atividade profissional	Não	34	63
	Sim	20	37
	Total	54	100
			continua...
Variáveis		f	%

Área de atuação da segunda atividade profissional	Saúde	18	90
	Outra	2	10
	Total	20	100
Já sofreu Acidente de Trabalho	Não	47	87
	Sim	7	13
	Total	54	100
Tipo de Acidente de Trabalho	Corte com perfurocortantes	4	57,1
	Quedas	1	14,3
	Contato com fluidos corpóreos e excretas	1	14,3
	Sobre carga de coluna	1	14,3
	Total	7	13
Afastamento do Trabalho	Não	29	53,7
	Sim	25	46,3
	Total	54	100
Motivo do Afastamento*	Procedimento Cirúrgico	5	20
	Conjuntivite	4	16
	Dengue	2	8
	Depressão	2	8
	Lombalgia	2	8
	Amigdalite	1	4
	Dengue e Crise do Nervo Ciático	1	4
	Infecções Respiratórias	1	4
	Cálculo Renal	1	4
	Infecção por Zica Vírus	1	4
	Dor muscular, Problemas de Pele	1	4
	Fratura de Membros	1	4
	Problemas Musculares	1	4
	Anemia	1	4
	Acidente de trânsito	1	4
	Total	25	46,3

conclusão.

* Apenas 25 dos entrevistados relataram os afastamentos

Em relação ao vínculo trabalhista houve predomínio de 44 (83,6%) trabalhadores estatutários. Os trabalhadores celetistas foram nove (14,5%), ou seja, regulamentados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e um (1,9%) possuía duplo vínculo. As funções encontradas foram variadas, como é de supor que exista em uma UTI, destacando-se os técnicos de enfermagem (42,6%), auxiliares de enfermagem (5,6%) e enfermeiros (18,5%), contabilizando-se 66,7% de trabalhadores de enfermagem. O horário de trabalho com maior número de trabalhadores (18 33,15%) foi o diurno de 6 horas com dobra de plantão de 12 horas. Quanto ao tempo de atuação profissional a maior parte (17) respondeu de 6 a 10 anos (31,6%) e, na sequência, de um a cinco anos (27,3%). A média de tempo de

trabalho foi de 10,38 anos, mediana 8,0 anos, mínima 1,0 ano, máxima 30,0 anos com DP de 7,39. Questionados quanto ao tempo de atuação na UTI Adulto, a maior parte (18,33%) tinha de um a cinco anos de trabalho no local, seguidos dos com maior tempo – 16 a 23 anos (12 trabalhadores 22,4%). A média de anos de trabalho nesta unidade foi de 8,11, mediana 6,0 anos, mínima 1,0 ano, máxima 23,0 anos com DP de 6,45.

Entre os entrevistados, 30 (55,6%) afirmaram realizar horas extras nos últimos seis meses e a média da quantidade dessas horas extras realizadas foi de 38,23 horas/mês, mediana 36,0 horas/mês, mínima 6,0 horas/mês, máxima 84 horas extras ao mês apresentando DP de 17,12. Relataram desenvolver outra atividade profissional além da desempenhada no hospital 20 respondentes (37,0%) e, entre estes, 18 (90,0%) desenvolvem essa segunda atividade no segmento de saúde. Não sofreram acidentes de trabalho 47 (87,0%) dos trabalhadores. Indagados sobre o usufruto do período de férias, 45 (83,3%) gozaram de suas férias todos os anos, sem dificuldades e nove (16,7%) usufruíram de férias, porém, adaptando-se às exigências do serviço. Em relação aos afastamentos ao trabalho 29 (53,7%) não precisaram se afastar, desde que iniciaram sua atuação profissional na UTI Adulto.

5.1.2 Alterações de saúde dos trabalhadores

Encontram-se apresentadas na sequência.

Tabela 3- Distribuição dos trabalhadores da Unidade de Terapia Intensiva Adulto segundo as alterações de saúde, 2016 (n=54).

Variáveis		f	%
Cefaléia	Não	20	37,0
	Sim	34	63,0
	Total	54	100,0
Dor muscular	Não	29	53,7
	Sim	25	46,3
	Total	54	100,0
Alterações de memória e concentração	Não	41	75,9
	Sim	13	24,1
	Total	54	100,0
Irritação olhos, garganta, narinas	Não	41	75,9
	Sim	13	24,1
	Total	54	100,0
Dificuldade para dormir	Não	42	77,8
	Sim	12	22,2
	Total	54	100,0
Náuseas, vômitos	Não	47	87,0
	Sim	7	13,0
	Total	54	100,0
Diminuição da percepção visual	Não	47	87,0
	Sim	7	13,0
	Total	54	100,0
Problemas de pele	Não	49	90,7
	Sim	5	9,3
	Total	54	100,0
Alterações respiratórias	Não	50	92,6
	Sim	4	7,4
	Total	54	100,0
Hipertensão arterial	Não	52	96,3
	Sim	2	3,7
	Total	54	100,0
Dormência em membros	Não	52	96,3
	Sim	2	3,7
	Total	54	100,0

Em relação às alterações de saúde apresentadas pelos investigados, pode-se constatar o predomínio da cefaleia em 34 dos trabalhadores (63,0%), seguida pelas dores musculares, que 25 (46,3%) citaram. Alterações de memória e de concentração e irritação nos olhos, garganta e nariz foram encontradas em 13

dos entrevistados (24,1%), em ambas as alterações. Dificuldades para dormir foram relatadas por 12 (22,2%) trabalhadores; a presença de náuseas e vômitos por sete (13%) e os mesmos percentuais foram encontrados para alterações de percepção visual. Problemas de pele foram relatados por cinco (9,3%); outras alterações levantadas por quatro indivíduos (7,4%) foram às respiratórias. A ocorrência de hipertensão arterial e dormência em membros foram informadas por duas pessoas (3,7%) e os mesmos valores repetem-se em ambas as alterações de saúde relatadas pelos trabalhadores.

Além dessas alterações, 15 (27,8%) informaram ter tido aumento de peso e 22 (40,7%) mencionaram falta de disposição para realizar atividades físicas.

5.1.3 Uso de medicações e suplementos pelos trabalhadores

Vinte e um dos entrevistados (38,9%) mencionaram fazer uso de alguma medicação sendo que as mais utilizadas foram os analgésicos (14,9%), seguidos pelos antidepressivos (7,4%). O uso de ansiolíticos e anti-inflamatórios foi informado por três participantes (5,6%). Afirmaram fazer uso de corticoides, dois trabalhadores (3,7%) e apenas um (1,9%) citou usar suplementos alimentares.

5.2 Transtornos Mentais Comuns

Os resultados relativos ao segundo objetivo específico desse estudo (*Identificar a presença de Transtornos Mentais Comuns nos trabalhadores da equipe multiprofissional de Unidade de Terapia Intensiva*) estão apresentados nas Tabelas 4 a 14 a seguir.

Os trabalhadores da UTI Adulto, foram investigados quanto a sua auto percepção de saúde, por meio do SRQ-20. Os valores encontrados para as mulheres foram: mínimo 0 e máximo 13, com mediana de 2,0, média 4,3 e DP de 3,9. Entre os trabalhadores do sexo masculino foram observados os valores: mínimo 0 e máximo 13, com mediana de 3,0, média 3,8 e DP de 3,9. Recorda-se que pontuações mais elevadas, segundo este instrumento, referem-se à probabilidade da ocorrência dos TMC e pontuações mais baixas, menor probabilidade destes

transtornos (SANTOS; CARVALHO; ARAÚJO, 2016).

Tabela 4 - Frequência Absoluta do Fator 1 diminuição da energia em mulheres, segundo o *Self-Reporting Questionnaire SRQ-20* entre os trabalhadores femininos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 2016 (n=41).

Perguntas	f (Sim)	%	f (Não)	%	N
Sente-se cansado (a) o tempo todo?	14	34,1	27	65,9	41
Cansa-se com facilidade?	14	34,1	27	65,9	41
Tem dificuldades para tomar decisões?	6	14,6	35	85,4	41
Encontra dificuldades para realizar, com satisfação, suas atividades diárias?	13	31,7	28	68,3	41
Tem dificuldade para pensar com clareza?	6	14,6	35	85,4	41
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	13	31,7	28	68,3	41

A Tabela 4 foi composta pelas variáveis do Fator 1 (diminuição da energia entre mulheres), n= 41. As questões que apresentaram as maiores frequências foram: “sente-se cansado (a) o tempo todo” e “cansa-se com facilidade” 34,1% cada uma das questões. A seguir, as questões: “encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias” e “tem dificuldades no serviço” (seu trabalho é penoso, causa sofrimento) foram positivas para 13 mulheres (31,7%). As perguntas com maiores índices de respostas negativas foram “tem dificuldade para pensar com clareza” e “tem dificuldades para tomar decisões” ambas com 35 respostas (85,4%).

A frequência relativa do Fator 2 – sintomáticos - entre as mulheres, segundo o SRQ-20, está apresentada a seguir (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequência Absoluta Fator 2 sintomáticos em mulheres, segundo o *Self-Reporting Questionnaire SRQ-20* entre trabalhadores da UTI Adulto, 2016 (n=41).

Perguntas	f (Sim)	%	f (Não)	%	N
Tem dores de cabeça frequentes?	16	39,0	25	61,0	41
Tem sensações desagradáveis no estômago?	9	22,0	32	78,0	41
Tem má digestão?	12	29,3	29	70,7	41
Tem falta de apetite?	0	0,0	41	100,0	41

A variável “tem dores de cabeça frequentes” foi a mais expressiva com 16 (39,0%) respostas, seguida por “tem má digestão” com 12 (29,3%) afirmações positivas. A variável “tem sensações desagradáveis no estômago” foi positiva para nove trabalhadoras (22,0%) e a pergunta sobre a falta de apetite, de forma unânime, foi negada por todas as participantes.

A Tabela 6 refere-se à frequência relativa contendo o Fator 3 - humor depressivo - do SRQ-20.

Tabela 6 - Frequência Absoluta Fator 3 humor depressivo em mulheres, segundo o *Self-Reporting Questionnaire SRQ-20* entre trabalhadores da UTI Adulto, 2016 (n=41).

Perguntas	f (Sim)	%	f (Não)	%	N
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	20	48,8	21	51,2	41
Tem se sentido triste ultimamente?	11	26,8	30	73,2	41
Tem chorado mais do que de costume?	10	24,4	31	75,6	41

Em relação ao Fator 3 do SRQ-20, as perguntas apresentam os estados de humor depressivo. A variável “sente-se nervoso (a), tenso(a) ou preocupado(a)” apresentou 20 (48,8%) respostas positivas, seguida pela variável “tem se sentido triste ultimamente” com 11 (26,6%) afirmações. A resposta “tem chorado mais do que de costume” apresentou 10 (24,4%) respostas afirmativas.

A frequência relativa do Fator 4-pensamentos depressivos - segundo o SRQ-20, é mostrada na Tabela 7.

Tabela 7 - Frequência Absoluta Fator 4 pensamentos depressivos em mulheres, segundo o *Self-Reporting Questionnaire SRQ-20* entre trabalhadores da UTI Adulto, 2016 (n=41).

Perguntas	f (Sim)	%	f (Não)	%	N
Tem perdido o interesse pelas coisas?	6	14,6	35	85,4	41
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	4	9,8	37	90,2	41
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	1	2,4	40	97,6	41
Tem tido ideias de acabar com a vida	0	0,0	41	100,0	41

Constata-se que a variável “tem perdido o interesse pelas coisas” foi positiva para seis (14,6%) mulheres; “é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida” foi positiva para quatro (9,8%). A variável “sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo” foi positiva para uma das entrevistadas; entretanto, todas (100,0%) negaram que “têm tido idéias de acabar com a vida”.

A Tabela 8 apresenta a frequência relativa do Fator 5 - outros sintomas- segundo o SRQ-20.

Tabela 8 - Frequência Absoluta Fator 5 outros sintomas em mulheres, segundo o *Self-Reporting Questionnaire SRQ-20* entre trabalhadores da UTI Adulto (n=41).

Perguntas	f (Sim)	%	f (Não)	%	N
Dorme mal?	12	29,3	29	70,7	41
Assusta-se com facilidade?	11	26,8	30	73,2	41
Tem tremores de mão?	1	2,4	40	97,6	41

Identifica-se que a questão “dorme mal” obteve 12 (29,3%) respostas positivas; 11 trabalhadoras (26,8%), responderam de forma positiva que “assustam-se com facilidade” e uma (2,4%) das entrevistadas afirmou que “tem tremores de mão”.

Na sequência, estão apresentadas as respostas masculinas em relação ao *Self Reporting Questionnaire SRQ-20*, iniciando-se pela Tabela 9.

Tabela 9 - Frequência Absoluta Fator 1 diminuição da energia em homens, segundo o *Self- Reporting Questionnaire SRQ-20* entre trabalhadores da UTI Adulto, 2016 (n=13).

Perguntas	f (Sim)	%	f (Não)	%	N
Sente-se cansado (a) o tempo todo?	3	23,1	10	76,9	13
Cansa-se com facilidade?	3	23,1	10	76,9	13
Tem dificuldades para tomar decisões?	1	7,7	12	92,3	13
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	3	23,1	10	76,9	13
Tem dificuldade para pensar com clareza?	2	15,4	11	84,6	13
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	4	30,8	9	69,2	13

A Tabela 9 apresenta entre os homens a frequência relativa do Fator 1 que aborda a diminuição da energia; apenas quatro (15,4%) dos pesquisados indicam que “têm dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)”. A seguir apresentam-se as variáveis “sente-se cansado (a) o tempo todo”, “cansa-se com facilidade” e “encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias” e essas três variáveis foram respondidas, cada uma, por três trabalhadores (23,1%). “Tem dificuldade para pensar com clareza” foi afirmativa para dois trabalhadores e “tem dificuldades para tomar decisões” foi positiva para um (7,7%) participante.

Na sequência, a Tabela 10 mostra a frequência relativa do Fator 2 - sintomáticos - do SRQ-20.

Tabela 10 - Frequência Absoluta Fator 2 sintomáticos em homens, segundo o *Self-Reporting Questionnaire SRQ-20* entre trabalhadores da UTI Adulto, 2016 (n=13).

Perguntas	f (Sim)	%	f (Não)	%	N
Tem dores de cabeça frequentes?	2	15,4	11	84,6	13
Tem sensações desagradáveis no estômago?	4	30,8	9	69,2	13
Tem má digestão?	4	30,8	9	69,2	13
Tem falta de apetite?	1	7,7	12	92,3	13

Verificou-se que quatro (30,8%) trabalhadores, em relação as variáveis “tem sensações desagradáveis no estômago” e “tem má digestão”, responderam afirmativamente as referidas questões. A variável “tem dores de cabeça frequentes” foi positiva para dois (15,4%) dos participantes da pesquisa e “tem falta de apetite” foi positiva para apenas um (7,7%) deles.

A seguir, demonstra a frequência relativa do Fator 3 do instrumento SRQ-20 humor depressivo. (Tabela 11).

Tabela 11 - Frequência Absoluta Fator 3 humor depressivo em homens, segundo o *Self-Reporting Questionnaire SRQ-20* entre os trabalhadores da UTI Adulto, 2016 (n=13).

Perguntas	f (Sim)	%	f (Não)	%	N
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	5	38,5	8	61,5	13
Tem se sentido triste ultimamente?	3	23,1	10	76,9	13

Tem chorado mais do que de costume?	0	0,0	13	100,0	13
-------------------------------------	---	-----	----	-------	----

O Fator 3 de humor depressivo foi encontrado de modo positivo nas respostas: “sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)” em cinco trabalhadores (38,5%). Foi seguido por “tem-se sentido triste ultimamente” com três (23,1%) afirmações; a variável “tem chorado mais do que de costume” foi negada por todos os participantes do sexo masculino.

A Tabela 12 mostra a frequência relativa do Fator 4 do SRQ-20 em que são abordados os pensamentos depressivos.

Tabela 12 - Frequência Absoluta Fator 4 pensamentos depressivos em entre homens, segundo o *Self-Reporting Questionnaire SRQ-20* entre os trabalhadores da UTI Adulto, 2016 (n=13).

Perguntas	f (Sim)	%	f (Não)	%	N
Tem perdido o interesse pelas coisas?	2	15,4	11	84,6	13
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0	0,0	13	100,0	13
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	2	15,4	11	84,6	13
Tem tido ideias de acabar com a vida	0	0,0	13	100,0	13

Entre os homens da equipe multiprofissional que trabalham na UTI Adulto, o Fator 4 (pensamentos depressivos) mostrou que as variáveis “tem perdido o interesse pelas coisas” e “sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo” foram respondidas por dois (15,4%) trabalhadores. As questões “é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida” e “tem tido ideias de acabar com a vida” foram negadas por todos os 13 participantes (100%).

A frequência relativa do Fator 5, contendo - outros sintomas- do SQR-20 é mostrada a seguir (Tabela 13).

Tabela 13- Frequência Absoluta Fator 5 outros sintomas em homens, segundo o *Self-Reporting Questionnaire SRQ-20* entre os trabalhadores da UTI Adulto, 2016 (n=13).

Perguntas	f (Sim)	%	f (Não)	%	N
Dorme mal?	8	61,5	5	38,5	13
Assusta-se com facilidade?	3	23,1	10	76,9	13
Tem tremores de mão?	0	0,0	13	100,0	13

Identificou-se que a variável “dorme mal” foi positiva para oito trabalhadores (61,5%); “assusta-se com facilidade” foi respondida por três deles (23,1%) e nenhum dos entrevistados afirmou ter “tremores de mão”.

Neste estudo conforme o proposto pelo segundo objetivo específico foi possível identificar que em relação ao TMC, as mulheres apresentaram resultados mais elevados quando comparadas aos homens, o que pode sugerir maior probabilidade de ocorrência destes transtornos entre elas, resultados estes em consonância com estudos sobre a temática, conforme apresentado na etapa da Discussão.

5.3 Absenteísmo

Este item constitui-se parte do terceiro objetivo específico (*Identificar a existência de presenteísmo e de absenteísmo na equipe multiprofissional da UTI*).

Os indicadores de absenteísmo na UTI Adulto entre o período de novembro de 2015 a novembro de 2016 foram obtidos no setor de Recursos Humanos do hospital onde foi realizado este estudo. A meta pactuada pelos gestores para o absenteísmo em relação à UTI é que fosse de, no máximo, 8,50% por mês.

Entretanto, as taxas de absenteísmo encontradas no período de novembro de 2015 a novembro de 2016 foram as seguintes: novembro 2015 (18,54%), dezembro 2015 (21,21%), janeiro 2016 (23,81%), fevereiro 2016 (24,06%), março 2016 (19,41%), abril 2016 (21,63%), maio 2016 (22,05%), junho 2016 (17,14%), julho 2016 (15,48%), agosto 2016 (15,90%), setembro 2016 (15,30%), outubro 2016 (17,98%) e novembro 2016 (20,83 %). Constatou-se, então, que em relação a meta pactuada de 8,50%, todos os meses apresentaram valores que excederam o estipulado pela instituição (Quadro 6).

O mês de novembro de 2015 foi de 10,04% superior ao esperado, dezembro 12,71% acima, janeiro de 2016 15,31% excedente, fevereiro 15,56% acima, março 10,91% aumentado, abril 13,13% de acréscimo, maio 13,55% superior, junho 8,64% para além do estimado, julho 6,98% de elevação, agosto 7,4% de aumento, setembro 6,8% acima, outubro 8,64% superior e em novembro 12,33%

acima da taxa pactuada.

Quadro 6 - Taxas de absenteísmo encontradas entre os trabalhadores da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Adulto. 2016 (n=54).

Essas taxas indicam resultados críticos durante os meses pesquisados; o mês que apresentou a maior taxa foi fevereiro de 2016 (24,06%) e a menor taxa foi encontrada no mês de setembro do mesmo ano (15,3%).

A Instituição utiliza um programa de gestão pactuada, que estabelece metas. A meta pactuada de absenteísmo para a UTI é de 8,50% ao mês, ou seja, em nenhum mês desse período em análise a taxa encontrada foi aquela pactuada pela gestão; os resultados sempre estiveram acima. Ao se levantar as taxas de absenteísmo nesta unidade neste período, demonstrou-se a cronicidade deste fenômeno, preocupante neste local de trabalho.

5.4 Presenteísmo

O presenteísmo também compõe o terceiro objetivo específico deste estudo. A análise da SPS-6 ocorreu da seguinte forma: o presenteísmo total foi

calculado pela soma das pontuações das duas dimensões; também foram calculadas as duas dimensões distintas de forma individual, resultando em três análises, o presenteísmo total, Dimensão 1- Trabalho finalizado (questões 2, 5 e 6) e Dimensão 2- Concentração mantida (questões 1, 3 e 4) (KOOPMAN et al., 2002).

No presente estudo, 54 trabalhadores foram avaliados para identificação do presenteísmo, por meio da SPS-6. Analisando os resultados obtidos encontrou-se os seguintes valores do presenteísmo total: mediana 16,5, média 14,8, DP de 6,8, com um intervalo de estudo de 6 a 27 pontos. Os valores encontrados na mediana e média do escore total da SPS-6 foram menores que 18. Segundo os autores desta escala, valores de 6 a 18 indicam menor capacidade de concentração e redução de desempenho no trabalho e os valores mais elevados, próximos a 30, no escore total, indicam maior capacidade de concentração e melhor desempenho no trabalho, apesar do indivíduo apresentar algum problema de saúde (PASCHOALIN et al., 2013).

Analisando a escala SPS-6 total, tal como proposta (Jointly owned by Merck e Co and Stanford School of Medicine, 2002) foram avaliadas as duas dimensões: Dimensão 1- Trabalho finalizado (Tabela 14) e Dimensão 2 - Concentração mantida (Tabela 15).

Tabela 14 - Apresentação da proposta para análise do Presenteísmo Dimensão 1. 2016 (n=54).

Escore da Dimensão 1 da SPS-6	f	%
3	17	31,8
4	0	0
5	0	0
6	1	1,9
7	0	0
8	1	1,9
9	4	7,3
10	2	3,5
11	9	17
12	4	7,3
13	5	9
14	4	7,3
15	7	13
Total	54	100

Na Dimensão 1 (Trabalho Finalizado) da SPS-6 foram encontrados o escore três entre 17 trabalhadores (31,8%). Nesta dimensão, quanto mais baixo o escore, maiores serão as dificuldades para o trabalhador finalizar suas atividades, indicando assim, o quanto a condição de saúde pode interferir na realização e finalização das tarefas no trabalho.

Tabela 15 - Apresentação da proposta para análise do Presenteísmo Dimensão 2. 2016 (n=54).

Escore da Dimensão 2 da SPS-6	<i>f</i>	%
3	26	48,7
4	2	3,5
5	2	3,5
6	5	9
7	1	1,9
8	5	9,5
9	3	5,5
10	6	11
11	3	5,5
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	1	1,9
Total	54	100

No que diz respeito à Dimensão 2 - Concentração Mantida, os valores encontrados foram em grande parte para o escore três, ou seja, 26 respostas (48,7%). Segundo os autores da SPS-6, quanto mais alto o escore nesta dimensão menor é a concentração do indivíduo na realização do trabalho, indicando maior comprometimento de concentração. Valores menores indicam um melhor estado psicológico.

Em relação ao quarto objetivo específico- *relacionar as características sociodemográficas e laborais dos trabalhadores da equipe multiprofissional de Unidade de Terapia Intensiva aos TMC e ao presenteísmo e absenteísmo* foi possível encontrar valores significativamente estatísticos em algumas variáveis.

5.4.1 Relação entre as características sociodemográficas e laborais com os TMC, absenteísmo e presenteísmo

A Tabela 16 apresenta os valores encontrados no presenteísmo total e as variáveis idade, sexo, união estável, filhos dependentes, outra atividade profissional, horário de trabalho, horas extras e afastamento do trabalho, conforme proposto pelo quarto objetivo específico.

Tabela 16 - Distribuição dos valores obtidos segundo entre escore total do presenteísmo e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores da equipe multiprofissional atuantes na UTI Adulto, 2016.

Variáveis Categóricas	N	Presenteísmo				Valor P
		Intervalo obtido	Mediana	Média	(DP)	
Idade (anos)						0,812*
25-39	27	6-27	14,00	14,85	6,585	
40-62	27	0-26	17,00	14,85	7,252	
Sexo						0,021 *
Masculino	13	6-27	19,00	18,69	5,360	
Feminino	41	0-26	14,00	13,63	6,888	
União Estável						0,804 *
Não	24	6-26	16,50	15,08	7,003	
Sim	30	6-27	15,50	14,67	6,860	
Filhos Dependentes						0,130*
Não	25	6-26	14,00	13,20	7,489	
Sim	29	6-27	17,00	16,28	6,041	
Realiza outra atividade profissional						0,856*
Não	34	6-26	15,00	14,65	6,897	
Sim	20	6-27	17,00	15,20	6,963	
Horário de Trabalho						0,350 **
Diurno fixo em escala de 8h	11	6-23	14,00	12,27	6,084	
Noturno fixo em escala de 12 por 36 h	14	6-26	20,00	17,21	6,963	
Diurno móvel de 6 h. com dobra de 12h	18	6-24	16,50	14,83	6,724	
Alternância de turnos	11	6-27	17,00	14,45	7,568	
Horas extras						0,458 *
Não	24	6-27	14,00	14,08	7,009	
Sim	30	6-26	17,00	15,47	6,796	
Afastamento do trabalho						0,040 *
Não	29	6-23	14,00	13,10	6,608	
Sim	25	6-27	17,00	16,88	6,710	

* Teste de *Mann-Whitney* de amostras independentes ** Teste de *Kruskal-Wallis* de amostras independentes.

O teste de *Mann-Whitney* de amostras independentes foi utilizado na análise das variáveis idade, sexo, união estável, filhos dependentes, outra atividade profissional, realização de horas extras e afastamento do trabalho. Na análise da variável horário de trabalho, foi utilizado o Teste de *Kruskal-Wallis* de amostras independentes.

Quanto aos valores encontrados analisando o presenteísmo e a idade, os trabalhadores entre 25 a 39 anos (27 participantes) apresentaram a média de 14,85, mediana de 14,00, DP de 6,585 com intervalo obtido de 6-27 pontos. E entre a categoria de 40 a 62 anos (27 participantes) os valores de média de foi 14,85, mediana 17,00, DP 7,252 e o intervalo obtido foi de 0-26.

Os valores encontrados para aqueles que não viviam em união estável foram mais elevados, quando comparados aos que tinham esse tipo de união. Entre os primeiros (24 participantes) foram encontrados média de 15,08, mediana de 16,50, DP de 7,003 e intervalo de 6-26. No que se refere aos que viviam em união estável (30 pessoas) os valores foram: média de 14,67, mediana 15,50, DP 6,041 e intervalo de 6-27.

Entre os que tinham filhos (29 indivíduos) os valores obtidos foram: média 16,28, mediana 17,00, DP 6,041 e intervalo de 6-27, valores estes mais elevados em relação aos que não tinham filhos (25 indivíduos), quando se identificou a média de 13,20, mediana 17,00, DP 6,041.

Naqueles que enfrentavam duplas jornadas de trabalho (20 pessoas) foram encontrados os seguintes valores: média 15,20, mediana 17,00, DP 6,963 e foi obtido o intervalo de 6-27. Entre os que atuavam apenas em um trabalho (34 pessoas) os valores foram: média 14,65, mediana 15,00, DP 6,897 e intervalo 6-26.

Trabalhadores do turno noturno fixo em escala de 12 horas por 36 horas (14 pessoas) apresentaram os valores mais elevados que os demais: média 17,21, mediana 20,00, DP 6,963 e intervalo 6-26. Os que trabalhavam no diurno móvel, ou seja, em esquema de rodízio de 6 horas, com dobra de plantão de 12 horas (18 participantes) apresentaram: média 14,83, mediana 16,50, DP 6,724 e intervalo de 6-24. Entre os que enfrentavam as jornadas em alternância de turnos (11 indivíduos) foram observados os valores de média 14,45, mediana 17,00, DP 7,568 e intervalo de 6-27. E entre os que atuavam em turno diurno fixo em escala de 8 horas (11 trabalhadores) foram encontrados como valores a média 12,27, a mediana 14,00, o

DP 6,084 e intervalo de 6-23.

Os que realizavam horas extras (30 indivíduos) apresentaram média 15,47, mediana 17,00, DP 6,796 e intervalo de 6-26. E entre os que não realizavam (24 indivíduos) foram observados os valores, média 14,08, mediana 14,00, DP 7,009 e intervalo obtido entre 6-26.

Analisando a variável sexo foi possível constatar que os homens (13 participantes) apresentaram média 18,69, mediana 19,00, DP 5,360 e com intervalo de 6-27; mulheres (41 pessoas) apresentaram média 13,63 mediana 14,00, DP 6,888, com intervalo 0-26. O valor de p encontrado na análise desta variável foi de 0,021, o que demonstrou significância estatística.

A variável afastamento do trabalho demonstrou significância estatística, de valor $p=0,040$. A média entre os que se afastaram do trabalho (25 trabalhadores) foi de 16,88, mediana 17,00, DP 6,710 com intervalo de 6-27. A média entre os que não se afastaram do trabalho (29) foi de 13,10, mediana 14,00, DP 6,608 e intervalo obtido de 6-23.

As variáveis idade ($p= 0,812$), união estável (0,804), filhos dependentes (0,130), outra atividade profissional (0,856), horário de trabalho (0,350) e horas extras (0,458) não apresentaram valores de significância estatística.

A seguir a Tabela 17 apresenta os valores encontrados na Dimensão 1 (Trabalho Finalizado) do SPS-6.

Tabela17 - Distribuição dos valores obtidos segundo entre escore da Dimensão 1 (Trabalho Finalizado) do presenteísmo e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores da equipe multiprofissional atuantes na UTI Adulto, 2016 (n=54).

Stanford Presenteeism Scale SPS-6 Dimensão 1						
Variáveis Categóricas	N	Presenteísmo Intervalo obtido	Mediana	Média	(DP)	Valor P
Idade (anos)						0,902*
25-39	27	3-15	11,00	9,22	4,432	
40-62	27	3-15	11,00	9,07	4,867	
Sexo						0,066*
Masculino	13	3-15	12,00	11,38	3,124	
Feminino	41	3-15	10,00	8,44	4,806	
União Estável						0,838*
Não	24	3-15	10,50	9,04	4,667	
Sim	30	3-15	11,00	9,23	4,644	
Filhos Dependentes						0,008*
Não	25	3-14	9,00	7,40	4,463	
Sim	29	3-15	11,00	10,66	4,253	
Realiza outra atividade profissional						0,913*
Não	34	3-15	10,50	9,06	4,735	
Sim	20	3-15	11,00	9,30	4,508	
Horário de Trabalho						0,314**
Diurno fixo em escala de 8h	11	3-13	11,00	8,09	4,437	
Noturno fixo em escala de 12 por 36h	14	3-15	11,50	10,79	4,560	
Diurno móvel de 6h., com dobra de 12h	18	3-15	10,50	9,17	4,842	
Alternância de turnos	11	3-14	9,00	8,09	4,460	
Realiza horas extras						0,703*
Não	24	3-15	11,00	8,83	4,706	
Sim	30	3-15	11,00	9,40	4,598	
Afastamento do trabalho						0,026*
Não	29	3-15	9,00	7,97	4,516	
Sim	25	3-15	12,00	10,52	4,417	

* Teste de *Mann-Whitney* de amostras independentes** Teste de *Kruskal-Wallis* de amostras independentes

Para realizar as análises das variáveis idade, sexo, união estável, filhos dependentes, outra atividade profissional, horas extras e afastamento ao trabalho, o teste eleito foi de *Mann-Whitney* de amostras independentes. Na análise do turno de

trabalho o teste utilizado foi o de *Kruskal-Wallis* de amostras independentes.

No que se refere à idade e a Dimensão 1 da SPS-6 foi possível identificar que os trabalhadores de 25 a 39 anos (27) apresentaram os valores de média 9,22, mediana 11,00 e DP 4,432. Entre os de 40 a 62 anos (27) a média foi de 9,07, mediana 11,00, DP 4,867 e em ambas as idades os intervalos obtidos foram 3-15. A análise entre a idade e a Dimensão 1 da SPS-6 teve valor de $p=0,902$, não mostrando significância estatística.

Avaliando as diferenças entre sexo e a os resultados da primeira Dimensão da SPS-6, foi possível observar que os homens apresentaram valores mais elevados que as mulheres, sendo que eles (13 trabalhadores) tiveram como média 11,38, mediana 12,00, DP 3,124. Já os resultados entre as mulheres (41 pessoas) mostraram a média 8,44, mediana 10,00, DP 4,806. Em ambos os sexos os intervalos obtidos foram de 3-15. Para esta variável o valor obtido de $p=0,066$, não demonstrando significância estatística.

Em relação à união estável dos entrevistados foram identificados os valores médios. Os que não viviam nessa situação (24 indivíduos) apresentaram média de 9,04, mediana 10,50, DP 4,667. Entre os que relataram viver em união estável (30 indivíduos) a média foi de 9,23, mediana 11,00, DP 4,644. Os intervalos obtidos repetem-se, para ambos, em 3-15. O valor de p para esta variável foi de 0,838, não sendo estatisticamente significativo.

Os que afirmaram ter filhos dependentes apresentaram valores superiores quando comparados aos que não os tinham. Os valores encontrados foram: para os primeiros (29 pessoas): média 10,66, mediana 11,00, DP 4,644 e intervalo obtido de 3-15. Entre os que não tinham filhos (25 pessoas), a média foi de 7,40, a mediana 9,00, o DP 4,463 e com intervalo obtido de 3-14. Esta variável apresentou significância estatística em que $p=0,008$.

Foi analisada a relação entre a realização de outra atividade profissional, além daquela na UTI e a primeira Dimensão da SPS-6. Foi possível identificar que, os que relataram ter apenas uma atividade profissional (34 trabalhadores) apresentaram média 9,06, mediana 10,50 e DP 4,735. Os que afirmaram ter mais de uma atividade profissional (20 trabalhadores) obtiveram média 9,30, mediana 11,00 e DP 4,508. O intervalo de 3-15 foi encontrado para ambos os profissionais. A análise desta variável não alcançou significância estatística, pois $p=0,913$.

Como em todas as análises deste estudo os trabalhadores do noturno fixo

em turnos de 12 por 36 horas apresentaram os valores mais elevados, quando comparados aos dos demais turnos de trabalho. Os valores encontrados para esses trabalhadores (14 pessoas) foram: média 10,79, mediana 11,50, DP 4,560 e intervalo de 3-15. Os trabalhadores do turno diurno de 8 horas (11) apresentaram: média 8,09, mediana 11,00, DP 4,437 e intervalo obtido 3-13. Entre os que atuavam no turno diurno móvel de 6 horas, com dobra de plantão de 12 horas (18 funcionários) a média foi de 9,17, a mediana 10,50, DP 4,842 com intervalo 3-15. Já os que relataram a alternância de turnos (11) mostraram a média 8,09, mediana 9,00, DP 4,460 e com um intervalo obtido de 3-15. O valor de p nesta variável foi de 0,314, não tendo significância estatística.

Entre os que relataram a realização de horas extras (30 indivíduos) os valores encontrados foram média 9,40, mediana 11,00, DP 4,598. Já nos que negaram a realização dessas horas extras (24 indivíduos), a média foi de 8,83, mediana 11,00, DP 4,706. Os intervalos obtidos para todos os participantes foram de 3-15. Nesta variável o valor de $p=0,703$ não apresentou significância estatística.

Analisados os resultados dos que relataram já ter se afastado do trabalho, neste estudo foi possível observar que eles apresentaram valores superiores em relação aos que não tiveram afastamentos. Entre os que já se afastaram (25 trabalhadores) os valores obtidos foram: média 10,52, mediana 12,00, DP 4,417 com intervalo obtido de 3-15. Nos que negaram ter tido afastamentos ao trabalho (29 pessoas) foram encontrados média 7,97, mediana 9,00, DP 4,516. O intervalo entre este grupo de trabalhadores foi de 3-15. Esta variável apresentou $p=0,026$, indicando significância estatística.

A Tabela 18 mostra os resultados obtidos, por meio das análises, referentes a segunda Dimensão do SPS- 6 (Concentração Mantida).

Tabela 18. - Distribuição dos valores obtidos segundo o escore da Dimensão 2 (Concentração Mantida) do presenteísmo e as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores da equipe multiprofissional, 2016 (n=54)

Stanford Presenteeism Scale SPS-6 Dimensão 2							
Variáveis Categóricas	N	Presenteísmo		Mediana	Média	(DP)	Valor P
		Intervalo obtido					
Idade (anos)							0,811*
25-39	27	3-15	4,00	5,63	3,330		
40-62	27	3-11	4,00	5,78	3,105		
Sexo							0,043*
Masculino	13	3-15	8,00	7,31	3,614		
Feminino	41	3-11	3,00	5,20	2,909		
União Estável							0,283*
Não	24	3-11	5,50	6,04	3,043		
Sim	30	3-15	3,00	5,43	3,329		
Filhos Dependentes							0,927*
Não	25	3-15	3,00	5,80	3,559		
Sim	29	3-11	4,00	5,62	2,896		
Realiza outra atividade profissional							0,827*
Não	34	3-11	4,00	5,59	3,046		
Sim	20	3-15	4,00	5,90	3,493		
Horário de Trabalho							0,282**
Diurno fixo em escala de 8h	11	3-10	3,00	4,18	2,272		
Noturno fixo em escala de 12 por 36h	14	3-11	6,50	6,43	3,251		
Diurno móvel de 6h., com dobra de 12h	18	3-11	5,50	5,67	2,808		
Alternância de turnos	11	3-15	3,00	6,36	4,225		
Realiza horas extras							0,233*
Não	24	3-15	3,00	5,25	3,442		
Sim	30	3-11	6,00	6,07	2,982		
Afastamento do trabalho							0,138*
Não	29	3-11	3,00	5,14	2,887		
Sim	25	3-15	6,00	6,36	3,451		

Com o intuito de analisar as variáveis idade, sexo, união estável, filhos dependentes, outra atividade profissional, realização de horas extras e afastamento do trabalho, foi utilizado o Teste de *Mann-Whitney* de amostras independentes. Para

analisar a variável horário de trabalho foi utilizado o Teste de *Kruskal-Wallis* de amostras independentes, devido à quantidade de opções de resposta, ou seja, múltiplas respostas.

Identificando os valores obtidos da SPS-6, foi possível analisar a Dimensão 2 e a idade: a categoria de 25 a 39 anos (27 indivíduos) teve como média 5,63, mediana 4,00, DP 3,330 e um intervalo obtido de 3-15. Já entre a categoria de 40 a 62 anos (27 pessoas), obteve-se: média 5,78, mediana 4,00, DP 3,105 e intervalo de 3-11. A variável idade em relação à Dimensão 2 da SPS-6 apresentou valor de $p=0,811$, não indicando significância estatística.

As análises feitas para identificar diferenças nos valores da Dimensão 2 da SPS-6 e o sexo dos trabalhadores mostraram que os homens (13 indivíduos) tiveram média 7,31, mediana 8,00, DP 3,614 e intervalo de 3-15. Já entre as mulheres (41) a média foi de 5,20, mediana 3,00, DP 2,909 e intervalo de 3-11. Foi possível identificar que os homens apresentaram valores mais elevados do que as mulheres neste estudo. A variável sexo e a Dimensão 2 da SPS-6 demonstraram ter significância estatística, em que p teve o valor de 0,043.

Indivíduos que não viviam em união estável (24 pessoas) apresentaram valores médios mais elevados, quando comparados aos que viviam neste tipo de união: média 6,04, mediana 5,50, DP 3,043 com intervalo de 3-11. Entre os que relataram viver em união estável (30) obteve-se a média 5,43, mediana 3,00, DP 3,329 e intervalo de 3-15. A variável união estável e a Dimensão 2 da SPS-6 apresentaram $p=0,283$, não indicando significância estatística.

Na análise da variável possuir filhos dependentes ou não, os primeiros (29) apresentaram média 5,62, mediana 4,00, DP 2,896 e intervalo de 3-11. Entre os que não possuíam filhos (25) a média foi de 5,80, mediana 3,00, DP 3,559 e intervalo obtido 3-15. Na análise de ter filhos dependentes e a Dimensão 2 da SPS-6, o valor de $p=0,927$ não tendo sido encontrada significância estatística.

Os trabalhadores foram indagados sobre a realização de uma segunda atividade profissional; analisada junto com as pontuações da Dimensão 2. Os que realizavam esta outra atividade além daquela exercida no referido hospital (20 pessoas) apresentaram média 5,90, mediana 4,00, DP 3,493, com um intervalo obtido de 3-15.

Em relação ao horário de trabalho os que apresentaram valores médios mais expressivos foram os do turno noturno fixo em escala de 12 por 36 horas (14

peessoas) com média de 6,43, mediana 6,50, DP 3,251 e intervalo obtido de 3-11. Os trabalhadores do diurno móvel de 6 horas (18 pessoas), com dobra de plantão de 12 horas tiveram média de 5,67, mediana 5,50, DP 2,808 e intervalo obtido de 3-11. Entre os do diurno fixo em escala de 8 horas a média foi de 4,18, mediana 3,00, DP 2, 272 e intervalo de 3-10. Os que atuavam em regime de alternância de turnos (11 pessoas) apresentaram os valores: média 6,36, mediana 3,00, DP 4,225 e intervalo de 3-15. Em relação a variável turno de trabalho, o valor de $p=0,282$ não indicou significância estatística.

Aqueles que realizavam horas extras apresentaram valores médios mais elevados que os que não as realizavam. Entre os primeiros (30 indivíduos) foram encontrados média 6,07, mediana 6,00, DP 2,982 e intervalo de 3- 11. Os que não as realizavam (24) mostraram média de 5,25, mediana 3,00, DP 3,442 e intervalo obtido de 3-15. A realização de horas extras e a Dimensão 2 da SPS-6 mostram o valor de $p=0,233$, não demonstrando significância estatística.

Os afastamentos ao trabalho foram analisados e identificaram-se os seguintes resultados: para os que relataram já ter se afastado do trabalho (25 pessoas) a média foi 6,36, a mediana 6,00, DP 3,451 e o intervalo 3-15. Entre os que não tiveram tais afastamentos (29), a média foi de 5,14, a mediana de 3,00, o DP 2,887 e o intervalo obtido de 3-11. Assim, constatou-se que os que já haviam se afastado do trabalho apresentaram médias maiores em comparação aos que não necessitaram de afastamentos. A variável afastamento do trabalho em relação à Dimensão 2 do SPS-6 apresentou valor de $p=0,138$, não indicando significância estatística.

No que se refere à parte do quarto objetivo específico foram realizadas as associações entre os resultados da SQR-20 e as variáveis de caracterização individual e do trabalho. Para realizar as análises destas associações foram utilizados o Teste exato de Fisher e Teste Qui-quadrado. Nestas análises não foram encontrados valores estatisticamente significativos. Isto se justifica possivelmente pelo n de participantes, lembrando que na análise do SQR-20 foram divididos homens e mulheres.

6. DISCUSSÃO

No Brasil segundo o Ministério da Saúde, os serviços de tratamentos intensivos são destinados a atender pacientes em situações de risco ou em estados graves. Estes serviços devem fornecer assistência à saúde de forma ininterrupta e contar com aparato técnico necessário e recursos humanos especializados. Em hospitais secundários ou terciários com capacidade igual ou superior a 100 leitos é obrigatória a existência de uma UTI (BRASIL, 2011).

As UTI podem expor pacientes, familiares e os trabalhadores de saúde às situações de elevados níveis de estresse, algumas vezes de forma continua o que é capaz de levá-los ao esgotamento profissional. Fazem parte da vivência destes trabalhadores questões de vida e morte, aspectos éticos e legais, sofrimento dos pacientes e exigência de familiares. Outra característica importante nestas unidades é o ambiente técnico que exige, cada vez mais, capacitação por parte dos que ali atuam para manusear o arsenal tecnológico de recursos (VAN MOL et al., 2015).

Trabalhadores da área de saúde, que exercem suas atividades especialmente em hospitais, atuam em cenários complexos e estressantes; isto deve-se à natureza do trabalho desempenhado por eles, podendo impactar diretamente sobre sua saúde física e mental (JONES et al., 2015).

Faz parte também da natureza de trabalho dessas pessoas em suas práticas e procedimentos profissionais e a exposição aos vários patógenos, por meio da manipulação direta de pessoas enfermas (YENESEW; FEKADU, 2014).

A UTI é um local onde é ofertada assistência aos pacientes em estados críticos com variações de prognósticos; profissionais que atuam nestes locais vivenciam com frequência, situações que englobam vida e morte dos pacientes. Lidar diretamente com a morte pode resultar em vulnerabilidade emocional, ansiedade, sentimento de culpa e impotência nos profissionais (JANSEN et al., 2016).

Características presentes nas UTI, como temperatura do ambiente, iluminação, ruído, qualidade do ar, uso de tecnologia, tipos de procedimentos invasivos e complexos, entre outros, podem desencadear alterações de saúde físicas e psicológicas nos que ali trabalham. Entre as alterações físicas apresentam-se tensões musculares, fadiga física, problemas respiratórios e cefaléia. Já no que se refere às alterações psicológicas é possível observar mudanças de humor, ansiedade e insatisfação (VIEIRA; SILVA; SOUZA, 2016a).

Trabalhadores de UTI vivenciam uma realidade laboral em ambientes

estressantes devido à algumas características da natureza do trabalho, como sobrecarga, situações de urgências, turnos e jornadas, pacientes críticos que requerem assistência integral e continua, entre outros. Estas características, se não amenizadas, indicam fatores que podem influenciar no adoecimento mental (MARTÍNEZ et al., 2015).

Atendendo ao primeiro objetivo específico (*Identificar as características, sociodemográficas, laborais e alterações de saúde da equipe multiprofissional da UTI*), no que diz respeito a idade dos trabalhadores estudados foi observado que 85,2% tinham menos de 49 anos, o que indica uma população de trabalhadores adultos e em plena fase produtiva.

Adultos compõem a maior parte da população e apresentam características epidemiológicas específicas, quando comparados às diferentes faixas etárias. Por ser, em grande parte, constituída por trabalhadores, suas condições de saúde impactam no ambiente familiar, social e econômico no país (NORONHA et al., 2016).

A idade está diretamente relacionada à percepção de saúde do indivíduo. Grupos de pessoas jovens apresentam melhores níveis de percepção sobre sua própria saúde (VALE; MOREIRA, 2016).

Investigação realizada na Alemanha, com profissionais de saúde, demonstrou a associação entre idade e o relato de queixas psicossomáticas entre trabalhadores; com o avançar da idade os relatos de queixas psicossomáticas foram aumentando (SCHULZ; ZACHER; LIPPKE, 2017).

Estudo coreano demonstrou a relação entre idade e a prevalência de patologias nas articulações de trabalhadores; indivíduos com idades mais avançadas são mais propensos a desenvolver estas moléstias (SEOK et al., 2017). Com o passar da idade são observadas elevações nas alterações de saúde mental relacionadas ao trabalho, como a Síndrome de *Burnout* por exemplo. A ocorrência desta Síndrome também se eleva, a medida em que o indivíduo envelhece e, também, quando ele possui alguma especialidade ou pós graduação e aumento de tempo de experiência no trabalho (LANGADE et al., 2016).

Entre os participantes do presente estudo, foi possível observar a importante presença de mulheres nos postos de trabalho, representando 75,9%. Esta realidade segue a tendência de vários países da União Europeia onde trabalhadoras corresponderam a quase 46% da força de trabalho ativa em 2014.

Porem mesmo diante de tamanho avanço no campo de trabalho, mulheres ainda são expostas às disparidades de cargos e salários (EUROFOUND, 2016a).

Neste estudo contatou-se que grande parte dos trabalhadores representava um número expressivo de profissionais da equipe de enfermagem. A literatura demonstra que nos serviços de saúde a presença da mão de obra feminina é mais expressiva que a masculina (PALHARES; CORRENTE; MATSUBARA, 2014).

Os profissionais da enfermagem correspondem à maior força de trabalho dos serviços de saúde. Grande parte desta classe profissional é composta por mulheres, o que caracteriza a enfermagem como uma profissão, ainda predominantemente e historicamente feminina (GALLETTA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2017).

Profissionais da saúde do sexo feminino podem apresentar alterações de saúde mental, devido aos fatores como: dupla carga de trabalho relacionada com as responsabilidades domésticas, diferenças salariais e assédio no local de trabalho (CELIS et al., 2017).

Mulheres parecem ser mais cuidadosas com a sua própria saúde, em seus ambientes de trabalho. Em estudo realizado em Barcelona, Espanha, foi observado que elas tendem a seguir, com mais frequência, as recomendações dos serviços de saúde ocupacional, quando comparadas aos homens (BRAQUEHAIS et al., 2016).

No presente estudo afirmaram viver em união estável 56,0% dos participantes. Essas uniões são aquelas em que as pessoas vivem em uma união consensual, ou seja, convivem com companheiros, mas não são legalmente casadas. Esta modalidade vem crescendo no Brasil, principalmente entre os indivíduos com mais elevados níveis de escolaridade (SUSSAI, 2016).

Manter uma união conjugal consiste em um processo em que é necessário dividir com seu companheiro (a) todo um contexto social, econômico, cultural e religioso (COSTA; CENCI; MOSMANN, 2016).

As relações familiares impactam no desempenho laboral do trabalhador. Isto se deve, por exemplo, aos casos em que o indivíduo vive em relacionamentos conturbados com seu cônjuge; esta realidade favorece a ocorrência de absenteísmo e redução desse desempenho (MORA; RIZZOTTO, 2015).

No que diz respeito a ter filhos dependentes, 53,7% dos pesquisados

informaram tê-los. Considera-se como dependente aquele filho ou enteado com até 21 anos de idade, ou em qualquer idade, quando este é incapacitado físico, ou mentalmente para trabalhar. Também são considerados como dependentes filhos ou enteados que ainda estiverem cursando o ensino superior ou técnico com, no máximo, 24 anos de idade (BRASIL, 2015).

A literatura demonstra que, caso o indivíduo tenha filhos, além de sua jornada laboral no trabalho, ainda desenvolve atividades do lar e cuida da prole, o que resulta em uma dupla ou tripla jornada de trabalho, especialmente para as mulheres (SILVA; FERREIRA; APOSTOLIDIS, 2016).

A maior parte dos participantes deste estudo foi composta por mulheres. Estas quando já são mães, enfrentam dupla jornada, dividindo as responsabilidades do trabalho, as do lar e as familiares. Este contexto de dupla jornada favorece a ocorrência de estresse, fadiga física e mental e exaustão (VERGARA; SUAZO; KLIJN, 2016).

Em relação à escolaridade dos pesquisados constatou-se que 53,7% tinham frequentado cursos técnicos; 20,4%, superior completo; 33,2% especialização ou pós-graduação *stricto sensu*; 5,6%, ensino superior incompleto e 5,6% ensino médio completo.

O nível de escolaridade gera um determinado posicionamento na sociedade e modifica a forma do indivíduo enfrentar e reagir diante das situações externas (ALCÂNTARA; ASSUNÇÃO, 2016). Baixos níveis de escolaridade contribuem para os piores cuidados com a própria saúde (OLIVEIRA et al., 2016). Por outro lado, altos níveis de especialização podem ser fontes de depressão e ansiedade nos trabalhadores, talvez pela alta demanda de responsabilidades e exigências (WATANABE et al., 2015b). Indivíduos com maiores níveis de estudo têm postos de trabalho mais exigentes de capacidade cognitiva (LACKO; KNAPP, 2016).

Sobre os vínculos de trabalho dos entrevistados, houve predomínio dos que atuam sob regime celetista (66,7%).

Define-se como CLT a Consolidação das Leis do Trabalho. Esta Lei rege todas as relações de emprego no Brasil; todos os trabalhadores que tenham registro em carteira de trabalho são considerados celetistas (BRASIL, 1943).

Condições laborais como o tipo de vínculo, carga horária extensa e trabalhar em turnos são capazes de resultar em desgaste e redução da capacidade para o trabalho (CORDEIRO; ARAÚJO, 2016). Trabalhadores com vínculos laborais

formais apresentam maior estabilidade e seguridade social, quando comparados aos informais (CORDEIRO et al., 2016).

Nesta pesquisa todos os profissionais que participantes tinham vínculo formal de emprego com o hospital em questão.

Como proposta deste estudo foram analisados trabalhadores da equipe multiprofissional atuante na UTI Adulto e, portanto, tornaram-se participantes médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo, auxiliares administrativos, colaboradores de higienização, de suporte técnico, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem e nutricionista.

A assistência oferecidas nas UTI deve ser realizada por meio do trabalho em equipe, em que os múltiplos saberes e competências precisam ser unir para planejar, organizar e definir estratégias que tragam melhores resultados aos pacientes (MEDEIROS et al., 2016).

Médicos intensivistas atuam em local de grande tensão devido à complexidade de seus pacientes, o que lhes exige constante vigilância e atenção. Compete a este profissional realizar os diagnósticos clínicos e estabelecer as terapêuticas medicamentosas, a prescrição e as realizações de determinados procedimentos, que sejam de sua responsabilidade aos pacientes graves e críticos (VIEIRA; SILVA; SOUZA, 2016; ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2015).

A enfermagem dentro das UTI deve oferecer cuidados de forma contínua e integral aos pacientes graves (ALBERTO et al., 2017). Os cuidados prestados pelos enfermeiros nessas unidades devem-se centrar no ser humano como um todo e não apenas na doença (MEDEIROS et al., 2016).

Com a criação e evolução tecnológica em saúde, surgem novos recursos e novas possibilidades terapêuticas. Para a utilização destas novas tecnologias necessita-se de profissionais aptos para a tomada de decisões sobre a viabilidade e manipulação destes novos recursos (NOVAES; ELIAS, 2013).

As UTI, em especial, são locais onde existem um grande aparato tecnológico e os profissionais da enfermagem manipulam parte dessas tecnologias, com frequência. Diante de tal realidade é extremamente importante que essas pessoas estejam atualizadas para a manipulação dessas tecnologias (OLIVEIRA et al., 2016a).

O psicólogo dentro dos serviços hospitalares atua prestando assistência ao paciente e sua família, ofertando cuidados psicossociais. Os serviços prestados

por este profissional durante o adoecimento e tratamento do paciente é capaz de criar melhores respostas de adaptação do paciente e familiares, frente à determinadas situações de internação hospitalar (SANTOS et al., 2011).

Segundo a Resolução da ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, a qual aponta as exigências técnicas, de recursos humanos e instalações para o funcionamento das UTI, estes setores devem contar com auxiliares administrativos exclusivos (BRASIL, 2010).

Os trabalhadores dos serviços de higienização hospitalar desenvolvem importante papel dentro dos setores. Estas pessoas são, em sua maioria, mulheres pois estes serviços constituem-se em uma ocupação feminina, associada aos serviços de lavar e varrer entre outros. Sendo de predominância feminina, a questão do gênero influencia na valorização profissional e salarial (BERNI et al., 2016).

Dentro das UTI, os fisioterapeutas atuam diretamente com os pacientes, tendo grande importância na recuperação dessas pessoas. As práticas profissionais dos fisioterapeutas em UTI devem ser centradas nas necessidades dos pacientes e seus familiares, devendo este profissional manter boas relações com a equipe multiprofissional, buscando deixar o período de internação hospitalar mais ameno e resultando em melhores prognósticos dos pacientes (MONDADORI et al., 2016).

Pacientes críticos como os que ficam internados nas UTI apresentam necessidades nutricionais especiais como, por exemplo, os que se encontram com déficit nutricional, o que justifica a necessidade de atuação do profissional de nutrição dentro destes setores. Os serviços prestados pelos nutricionistas nas UTI podem impactar nas taxas de morbidade e mortalidade (SANTANA et al., 2016c; SINGER et al., 2016)

O contexto de multidisciplinaridade nas UTI é retratado na literatura europeia. As práticas assistenciais em UTI, que consistem na realização de cuidados complexos devem ser discutidas de forma interdisciplinar, com o objetivo de alcançar melhores prognósticos e resultados aos pacientes (FATHI et al., 2016).

Nos Estados Unidos, a presença do trabalho das equipes multidisciplinares em cuidados intensivos, também é encontrada. A troca de informações de múltiplos saberes resulta em melhor assistência e atendimento das necessidades dos pacientes e seus familiares (RODRIQUEZ, 2015).

A literatura asiática, também aponta os cuidados em saúde realizados de forma interdisciplinar, para criação de protocolos de atendimentos dentro das UTI

alcançando melhores resultados na assistência (COVE et al., 2016).

A atuação interdisciplinar possibilita a discussão de casos clínicos, escolha dos melhores procedimentos e formas de intervenções e avaliação dos resultados entre os profissionais de múltiplos saberes (AZEVEDO et al., 2016).

Estudo realizado entre trabalhadores de UTI na Colômbia identificou que enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e assistentes sociais apresentaram maiores níveis de sofrimento do que os médicos; UTI são locais onde os trabalhadores sofrem, por exemplo, pelas perdas de pacientes ou insucesso na terapêutica realizada (DODEK et al., 2016).

As características laborais dos trabalhadores da equipe multiprofissional, como os turnos de trabalho, atuação nos fins de semanas, longas jornadas e formas de realização dos plantões podem dificultar, também, o seu convívio familiar e fragilizar o processo de acompanhamento na educação dos filhos (ROSADO et al., 2015).

No presente estudo foi identificado que os profissionais que atuavam na UTI Adulto enfrentavam variadas jornadas de trabalho e as diferenças no quantitativo de horas deve-se ao regime laboral ao qual o indivíduo foi contratado. A maior parte relatou trabalhar em turno diurno móvel de 6 horas, com dobra de plantão de 12 horas.

A quantidade de horas na jornada de trabalho é um elemento essencial para a vida do trabalhador. Estas jornadas devem ser estabelecidas em normas ou legislações que priorizem a segurança e saúde do trabalhador. Devem assegurar que os trabalhadores não sejam expostos aos horários de trabalhos excessivos, usufruam de períodos de descanso e de férias adequadas (EUROFOUND, 2016b).

As atividades realizadas nos serviços de saúde hospitalar necessitam de trabalhadores atuantes 24 horas por dia, com o objetivo de tornar estes serviços contínuos e ininterruptos. Para ser possível oferecer essa assistência 24 horas os trabalhadores devem realizar turnos de trabalho, os quais consistem no quantitativo de horas que o indivíduo irá trabalhar e o período do dia (BRASIL, 2014a).

Um quantitativo de horas de trabalho elevado pode levar ao desgaste físico e mental dos trabalhadores, capaz de resultar em alterações psicológicas e físicas (SPONHOLZ et al., 2016).

A atuação de trabalho no turno noturno fixo em escala de 12 horas por 36 horas foi relada por 14 participantes deste estudo (25,9%). Trabalhadores do turno

noturno, em estudo realizado no sul do Brasil, tiveram seus hábitos alimentares avaliados, constatando-se que faziam um maior número de refeições por dia, comparados aos do turno diurno. Acredita-se que esse resultado possa ter ocorrido devido ao fato dos trabalhadores noturnos ficarem mais tempo em vigília, o que aumentou o consumo de lanches entre as principais refeições, acarretando alterações de peso (FREITAS et al., 2015).

Turnos de trabalho de 12 horas entre os trabalhadores que atuam em UTI podem ser relacionados com a ocorrência de fadiga, redução de desempenho, maior probabilidade de erros no trabalho e piores índices de qualidade prestada aos usuários (JONES et al., 2015).

O excesso de peso corresponde a um fator capaz de influenciar na qualidade de vida e também de reduzir a expectativa de vida, além de favorecer doenças crônicas e comprometimento funcional. O turno de trabalho noturno pode levar a ocorrência de distúrbios no organismo, entre eles o aumento do peso corpóreo (ALFREDO; SILVA, 2016).

O trabalho desenvolvido em ambientes hospitalares ocorre em horários noturnos também, visto que a assistência à saúde dos pacientes necessita de atenção 24 horas. Quando o trabalhador é submetido a esse horário de trabalho seu organismo necessita realizar adaptações; se é privado do sono e não consegue recuperar depois este momento de descanso após a jornada de trabalho, esta privação pode lhe resultar em desgaste físico e psíquico (SILVEIRA; CAMPONAGARA; BECK, 2016).

Os serviços de saúde prestam assistência 24 horas por dia todos os dias da semana, incluindo feriados e finais de semana. Assim sendo torna-se necessário a atuação de profissionais em turnos diurnos e noturnos (BRASIL, 2011).

O trabalho, especialmente quando ocorrem as alternâncias de turnos, é capaz de provocar alterações fisiológicas no trabalhador como distúrbios cardiovasculares, alterações de padrão do sono e fadiga (SILVA; FERREIRA; APOSTOLIDIS, 2016).

Em um estudo espanhol que investigou a atividade noturna e suas consequências, foi identificado que o trabalho nesse turno está relacionado com alterações de saúde como o aparecimento de diabetes; síndrome metabólica, maior ocorrência de problemas músculo- esqueléticos, surgimento de alguns tipos de cânceres como o colorretal e o de mama, principalmente entre as mulheres

(HERRERO et al., 2016).

O risco do trabalhador adoecer relacionado ao turno de trabalho noturno, aumenta na medida que ele envelhece. Ocorre também o aumento dos erros cometidos no trabalho, entre alguns profissionais como, por exemplo, os enfermeiros (HERRERO et al., 2016). Quando comparados os trabalhadores que atuam no turno da noite e diurno, os do noturno apresentam alterações de saúde como: mudanças nos ciclos circadianos, alimentares e comprometimento nas relações familiares (HERRERO et al., 2016).

No presente estudo, relataram realizar horas extras no último mês, 30 trabalhadores (55,6%). Quando o indivíduo enfrenta longas jornadas de trabalho, realiza horas extras em excesso, ou possui duplo vínculo empregatício, sua percepção de qualidade de vida pode ser influenciada de forma negativa e ele pode se submeter aos maiores níveis de estresse ocupacional (PALHARES; CORRENTE; MATSUBARA, 2014).

A realização de horas extras pelos trabalhadores pode levar a um excesso de trabalho. Este excesso muitas vezes, está relacionado com as manifestações de fadiga, cansaço e dificuldades de concentração, o que pode favorecer a ocorrência de eventos adversos (QUADROS et al., 2016; CURAN et al., 2015).

Longos períodos de trabalho, por meio da realização de horas extras, além do adoecimento físico, favorece a ocorrência dos acidentes de trabalho por perfurocortantes, principalmente entre a equipe de enfermagem (STIMPFEL; BREWER; KOVNER, 2015).

Questionados sobre o tempo de atuação profissional 15 participantes (27,3%) atuam na UTI Adulto há menos de cinco anos. A maior parte, ou seja, 39 (72,7%) tinham de 6 a 30 anos de atuação profissional. Indagados sobre o tempo de trabalho neste local em específico foram encontrados os valores de 1 a 5 anos de atuação entre 21 participantes (38,9%) e 6 a 23 anos entre 33 (61,1%). O tempo de trabalho é uma variável de grande importância, quando se estuda os riscos psicossociais no trabalho. A síndrome de *Burnout* é um exemplo. No início de carreira os trabalhadores vivem uma fase de sensibilização e com o passar do tempo de trabalho, as expectativas idealistas e a realidade entram em contradição (POLETTTO et al., 2016).

Entre os participantes desse estudo, 20 (37,0%) afirmaram a realização

de outras atividades profissionais, além do trabalho no hospital. Dentre os que indicaram ter duplo vínculo (37,0%), 18 (90,0%) exerciam esta segunda atividade no segmento de saúde. Trabalhadores com remunerações deficientes submetem-se a exercer as duplas jornadas de trabalho, mais comumente. A satisfação salarial corresponde a um fator importante para a satisfação e motivação no trabalho (AMARAL; RIBEIRO; DA PAIXÃO, 2015).

Baixos ou defasados rendimentos salariais fazem com que o profissional submeta-se a realização de plantões extras de forma cotidiana, extensas jornadas de trabalho e, em alguns casos, virando turnos. O trabalhador submete-se a tais circunstâncias para a complementação de sua renda (SILVA, 2016).

Trabalhadores hospitalares com incertezas salariais, no que diz respeito aos valores recebidos, tendem a apresentar desmotivação, influenciando de forma negativa a qualidade da assistência prestada aos usuários (MORA et al., 2015).

Pessoas que atuam em mais de um local de trabalho, tendem a apresentar despersonalização, insatisfação e dificuldades de relacionamentos com colegas. A dupla jornada de trabalho e/ou um elevado quantitativo de horas são relacionados com as ocorrências dos eventos adversos, como por exemplo, os erros de medicação (FAISY et al., 2016).

Duplas jornadas de trabalho podem comprometer os relacionamentos familiares do trabalhador, devido ao fato que este passa grande parte do seu tempo desempenhando suas funções em seu respectivo posto de trabalho, até mais do que o período que passa com sua família (SOUSA; ARAUJO, 2015).

Os trabalhadores do presente estudo foram questionados sobre a ocorrência de acidentes de trabalho e a maioria (87,0%) negou ter sofrido algum evento desta natureza.

Os acidentes de trabalho (AT) consistem naqueles que ocorrem com o trabalhador no exercício do trabalho, resultando em lesão física, funcional, comprometimento ou perda da capacidade de trabalho. São considerados também como acidentes de trabalho: doenças profissionais ou do trabalho, específicas de determinada atividade profissional, atos de sabotagem ou violência praticada por terceiros ou colegas de trabalho, ofensa física, doença relacionada à contaminação acidental, acidentes relacionados a viagens a serviços ou no percurso da residência até o trabalho (BRASIL, 1976; SOUZA et al., 2012).

Realizar os registros formais dos AT, identificando-os e acompanhando os

trabalhadores acidentados aos serviços de assistência à saúde do trabalhador possibilita a realização de estratégias de prevenção para futuros acidentes (CABRAL et al., 2014).

Por outro lado, sabe-se que os AT costumam ser subnotificados, o que dificulta a real caracterização destes eventos fragilizando, assim, as possíveis medidas de profilaxia para evitá-los (FERREIRA et al., 2015).

Trabalhadores da saúde, como a os de enfermagem são profissionais que atuam em situações de risco, submetem-se, que podem favorecer os acidentes no trabalho e as doenças ocupacionais. Alguns fatores como quadro de funcionários insuficientes, sobrecarga de trabalho, rodízios dos turnos de trabalho, desgaste emocional e mental, condições físicas inapropriadas, falta de capacitação profissional, exposição às substâncias tóxicas, exposição ocupacional, indisposição ou mau uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), condições inapropriadas e ambiente de trabalho insalubre, fazem com que estes trabalhadores sejam expostos às situações de risco (SILVA; PINTO, 2012).

Nas UTI, que em geral possuem ambientes restritos, os trabalhadores da saúde e, especificamente da enfermagem realizam atividades curvados em leitos, entendendo colunas e braços, realizando deslocamentos excessivos transferindo pesos, submetendo-se aos ruídos intermitentes dos aparelhos existentes, assumindo posturas relaxadas, obedecendo as normas e os protocolos rígidos, recebendo cobranças variadas, fatigando-se durante o trabalho. Esses elementos todos podem favorecer a ocorrência de AT (GOULART et al., 2014; LAPA et al., 2017).

Trabalhadores após vivenciarem AT, podem apresentar insônia, sentimento de culpa, prejuízo funcional e comprometimento da imagem corporal (BIASI; RUMIN, 2015).

Sobre as práticas de biossegurança entre os profissionais de saúde, estas devem ser bem trabalhadas nos cursos formadores; desta forma a atuação profissional será realizada com mais segurança ao trabalhador e ao usuário dos serviços (JAIN; SABHARWAL; SRIVASTAVA, 2016).

Os acidentes de trabalho com maiores frequências de relatos neste estudo foram os que ocorreram com materiais perfurocortantes (57,1%).

Acidentes por perfurocortantes são aqueles em que o profissional fere-se com materiais cortantes, contaminados ou não. Os trabalhadores da equipe de enfermagem são os que mais lesionam-se com este tipo de acidente, pois entram

em contato direto com os pacientes e realizam a manipulação de materiais como agulhas, lâminas, cateteres, entre outros (FENGLER; STUMM; DE FÁTIMA COLET, 2016a).

Acidentes provocados pelos perfurocortantes expõem os profissionais de saúde ao risco de contágio para algumas doenças infecciosas e crônicas, como as hepatites virais B e C e ao vírus da imunodeficiência humana (HIV). Esse fato justifica a importância do cumprimento das regras de biossegurança no ambiente de trabalho destes profissionais (LAVOIE; VERBEEK; PAHWA, 2014).

Tais acidentes podem levar aos vários problemas de saúde, como os psicológicos pelo trauma e doenças crônicas; estas doenças podem acontecer quando não são tomadas as medidas terapêuticas corretas após acidente. Enfermeiros e trabalhadores de higienização podem apresentar maior risco de exposição a esses acidentes (KAWETI; ABEGAZ, 2016).

Pesquisa alemã, realizada por meio de consultas em banco de dados da Instituição Seguro Estatutário de Acidentes, revelou que a Hepatite C por transmissão ocupacional de 1996 a 2013 ocorreu, em sua maioria, em trabalhadores do sexo feminino, com mais de 40 anos e atuantes em serviços de saúde principalmente em hospitais. Estima-se que durante o período analisado no estudo, os gastos com tratamentos para esta patologia ultrapassaram o montante de 87,9 milhões de euros (WESTERMANN et al., 2016).

Trabalhadores que em suas práticas laborais envolvem o manuseio de materiais perfurocortantes, apresentam níveis mais elevados de estresse (MOAYED et al., 2016).

Pesquisa realizada na China indicou que a prevalência dos casos de HIV no país está aumentando o que, conseqüentemente, aumentam as chances de contágio por transmissão ocupacional, visto que os profissionais de saúde deverão manipular com mais frequência pacientes portadores de HIV. Este dado mostra a importância das práticas de segurança à saúde do trabalhador (HE et al., 2016).

Atualmente muitos são os esforços para evitar o contágio por patógenos nos profissionais, como por exemplo, as medidas de biossegurança no trabalho. Porém ainda é possível observar as subnotificações dos acidentes de trabalho por perfurocortantes. Estas podem ocorrer devido à falta de conhecimento sobre os protocolos a serem seguidos pós acidente, falta de tempo e medo de repreensão ou descuido por parte do profissional (JAIN; SABHARWAL; SRIVASTAVA, 2016).

Neste estudo, maiores quantitativos de trabalhadores eram da enfermagem; esta classe profissional, segundo a literatura, é a que mais se acidenta por perfurocortantes, em especial por agulhas. Isto justifica-se pela natureza do trabalho desenvolvido por estes profissionais (BUSH et al., 2017).

Entretanto, no Brasil há uma normatização específica para ajudar os trabalhadores atuantes na área da saúde sobre os riscos ocupacionais presentes nos diversos ambientes de trabalho. Esta normatização é a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), que estabelece medidas e condutas para a prevenção e a proteção da saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, apresentando regulamentações técnicas e práticas para empregadores, instituições e ao próprio trabalhador. Esta NR apresenta, em especial, uma preocupação para com os riscos biológicos, apresentando medidas para a sua contenção e amenização (WATANABE et al., 2015a; PORTELA, 2016).

Sobre usufruir de suas férias, 45 trabalhadores (83,3%) usufruíram-nas sem nenhuma dificuldade e nove (16,7%) afirmaram que as usufruíram, porém, adequando-se às necessidades e exigências do serviço. O direito ao período de férias é assegurado por lei aos trabalhadores, segundo a CLT (BRASIL, 1977). Todo trabalhador após o período de 12 meses de trabalho, tem o direito de gozar de férias, sem que isso traga prejuízos em sua remuneração (BRASIL, 1977). Após as férias, ao retornar ao trabalho apresenta melhores rendimentos físicos e cognitivos, maior criatividade e disposição, melhor resposta de adaptação perante novas situações e melhora no humor (BLOOM et al., 2014).

Informaram já ter se afastado do trabalho 25 trabalhadores (46,3%) e 29 (53,7%), negaram tais afastamentos.

No Brasil, os afastamentos do trabalho por motivos de saúde são assegurados por lei aos trabalhadores formais. Quando o indivíduo afasta-se de seu posto de trabalho por motivos de saúde, até o 15º dia após início do afastamento, o pagamento de seu salário é de responsabilidade do empregador. A partir do 16º dia de afastamento, deverá dar entrada no pedido de Auxílio Doença na Previdência Social (BRASIL, 1976).

Os modos de trabalho podem resultar em desgastes corporais e mentais, levando às vezes, ao sofrimento físico. Esses desgastes, em algumas vezes, são capazes de resultar em ocorrência de doenças nos trabalhadores. Afastamentos por motivos de saúde em profissionais de saúde estão relacionados aos acidentes de

trabalho, problemas musculares e nas articulações, hipertensão arterial, alergias, problemas gástricos e sofrimento e adoecimento mental (SCHERER et al., 2016).

Afastamentos entre os trabalhadores da saúde, como enfermeiros, por exemplo, são relacionados aos transtornos mentais, problemas osteomusculares e doenças respiratórias (QUADROS et al., 2016). Esses afastamentos também podem ser resultantes de acidentes de trabalho (FENGLER; STUMM; DE FÁTIMA COLET, 2016b).

A falta de apoio ou reabilitação tende a piorar o estado de saúde do trabalhador, nos casos de adoecimento e afastamentos do trabalho. As atividades de reabilitação realizadas com o trabalhador ajudá-lo-ão a restabelecer-se em sua saúde física e mental (CORDEIRO et al., 2016 a).

Países com populações em boas condições de saúde apresentam economias mais fortes e resistentes. O indivíduo saudável é capaz de poupar, ser produtivo ao trabalho, adaptar-se melhor às mudanças no mercado de trabalho e, também, permanecer ativo por mais tempo. Ter um emprego estável gera benefícios à saúde para todas as pessoas de diferentes grupos sociais (OMS, 2011).

A alteração de saúde mais fortemente apontada por 34 entrevistados foi à cefaleia (63,0%), que é capaz de comprometer a realização de tarefas, principalmente aquelas que exigem mais da parte cognitiva do trabalhador (DHAINI et al., 2017). Cefaleias são alterações de saúde que podem resultar em comprometimento funcional do indivíduo (ALHASSANI; TRELEAVEN; SCHABRUN, 2017); mulheres no período de climaterio são mais propensas a apresentá-las (SILVA et al., 2010). Podem ser sintomas de várias alterações de saúde, como; cânceres, distúrbios hormonais, problemas orofaciais, entre outros (STIMPFEL; BREWER; KOVNER, 2015; ANDRADE et al., 2016). Essas alterações tendem a levar o indivíduo a automedicar-se, sendo esta uma prática comum na população em geral. Os antitérmicos, analgésicos e anti-inflamatórios são as medicações mais comumente usadas entre as pessoas que fazem uso de medicações, sem prescrições médicas (PRADO et al., 2016).

Indivíduos que sentem cefaleias crônicas tendem ao uso de medicação em excesso. Mulheres em idade jovem fazem mais uso de medicações para tratamentos desses sintomas. O uso constante ou diário de medicamentos para tratamento de cefaleias não é indicado; o melhor a se fazer é investigar a origem ou causa destes incômodos (WESTERGAARD et al., 2014).

A automedicação consiste na prática de utilizar medicamentos por conta própria ou indicação de terceiros, não habilitados a realizar esta indicação. É capaz de resultar em consequências sérias, como dependências e alergias e de aumentar a resistência de alguns microrganismos. O consumo em excesso de medicações sem prescrições é um risco à saúde; em alguns casos levando até a morte (BRASIL, 2014b).

O uso frequente de remédios para analgesias das cefaleias pode esconder ou mascarar, sérios problemas de saúde (KATZ, 2016).

Entre os participantes deste estudo, 25 (46,3%) relataram sentir dores musculares. Alguns fatores da natureza do trabalho como o trabalho noturno e a falta de apoio por superiores e por colegas têm sido associados com as alterações de saúde musculoesqueléticas e a presença de dores musculares (SUNI et al., 2016). Em pesquisa realizada na Malásia com grupo de fisioterapeutas identificou-se que entre estes profissionais, as mulheres apresentaram maiores acometimentos por patologias musculoesqueléticas comparadas aos homens (NORDIN; LEONARD; THYE, 2011).

O presenteísmo é comumente encontrado nos profissionais do cuidado. As dores osteomusculares podem ser grandes responsáveis por essa diminuição do desempenho do trabalho, podendo dificultar a realização de movimentos necessários à função (DHAINI et al., 2017).

A limitação funcional ou incapacidade relacionada com a presença de dores pode levar aos estados de alterações psicológicas como a ansiedade e a depressão (KOYANAGI; STICKLEY; HARO, 2016). Atividades realizadas com a presença de dor podem comprometer a atuação do profissional (WORM et al., 2016).

Trabalhadores da saúde frequentemente afirmam ter a presença de alterações de saúde relacionadas ao trabalho. As mais comumente relatadas são estado de angústia e alterações no padrão do sono. Alterações de peso também são encontradas. Alguns fatores ambientais e organizacionais podem favorecer o adoecimento dessas pessoas (GUIMARÃES; FELLI, 2016).

Entre as alterações mais elencadas pelos participantes estudados também estava a falta de disposição para a prática de atividade física, relatada por 22 (40,7%). Esta falta de atividades regulares torna o indivíduo mais propenso ao adoecimento por várias moléstias como, por exemplo, as doenças crônicas como

hipertensão arterial, diabetes e, também, doenças musculoesqueléticas (BERRIA et al., 2016).

Sabe-se que o trabalho em UTI é complexo e cansativo, o que pode justificar a falta de disposição mencionada.

Em estudo realizado na China foi identificado que as realizações de atividades físicas regulares diminuíram significativamente as taxas de adoecimento por doenças circulatórias e respiratórias (ZHOU et al., 2017).

No presente estudo foram encontrados relatos de alterações de peso por 15 trabalhadores (27,8%). A obesidade constitui-se em grave problema de Saúde Pública mundial. Com o intuito de amenizar esses problemas, deve-se estimular os trabalhadores a participar de atividades para a perda de peso. Com isso melhora sua saúde, autoestima e, até mesmo, a sua produção no trabalho (HIPÓLITO et al., 2017). Pesquisa americana demonstrou que as condições de trabalho, em especial aquelas desenvolvidas em ambiente estressantes podem ser relacionadas com o aumento de peso e até mesmo levar a obesidade (FERGUSON et al., 2015).

Alterações do padrão do sono foram encontradas em 12 participantes (22,2%) da presente pesquisa. Essas alterações, como a insônia, estão diretamente associadas às consequências negativas para a saúde mental como a ocorrência dos TMC, além de dificuldades na realização de tarefas diárias e no trabalho (HAVE et al., 2016).

As alterações provocadas pelo comprometimento do padrão do sono, leva aos desgastes físicos e psicológicos e dificuldades de relacionamentos familiares e sociais (AMARAL; RIBEIRO; DA PAIXÃO, 2015).

A insônia é caracterizada como a dificuldade de iniciar ou manter o sono. É capaz de resultar em cansaço, indisposição, dificuldades de concentração e de memória, irritabilidade entre outras (KALLINY; MCKENZIE, 2017).

Dormir mal ou dormir menos que o suficiente, causa um déficit no indivíduo, o qual pode resultar em alterações físicas e psicológicas. As físicas podem ser: suscetibilidade para desenvolver doenças infecciosas, envelhecimento, alterações gástricas e digestivas. Já no que se refere às alterações psicológicas provocadas por dormir mal estão: oscilações de humor, ansiedade e depressão (DELBIN et al., 2016).

Quanto aos trabalhadores que atuam em turnos noturnos espera-se que irão dormir durante o dia, o que não é adequado para um sono de qualidade. A

qualidade do sono diurno é comprometida por fatores como a luz natural, as tarefas domésticas e os ruídos. Não dormir o tempo suficiente pode levar o organismo ao adoecimento, além de aumentar a probabilidade da ocorrência de acidentes de trabalho (MASSONI; MARCONDES; GEREMIA, 2015).

As doenças ocupacionais são definidas como aquelas que atingem determinados profissionais que atuam em postos de trabalho, onde o adoecimento do trabalhador por específica doença é frequentemente encontrado. Mineradores, por exemplo, comumente podem desenvolver patologias pulmonares como pneumoconiose. A ocorrência destas doenças deve ser notificada para o desenvolvimento de políticas de prevenção e reabilitação entre os profissionais. Já as doenças profissionais são de mais difícil caracterização devido às fragilidades de comprovação entre o trabalho e a sua presença. Acredita-se que são subnotificadas, assim sendo o tamanho e gravidade deste problema de saúde não é tratado de forma correta, o que dificulta a realização de programas de profilaxia e reabilitação (CURTI et al., 2015).

Realizar intervenções nos locais de trabalho, reduz as dores e melhora as atividades funcionais dos trabalhadores afetados pelos distúrbios músculo esqueléticos; podendo reduzir o tempo de afastamentos do trabalho (VILSTEREN et al., 2015).

Garantir que o indivíduo tenha acesso as orientações sobre sua saúde, hábitos de vida e sobre sua realidade laboral é capaz de estimulá-lo a priorizar um estilo de vida mais saudável (GROOTEN et al., 2016).

Questionados sobre o uso de medicações com ou sem prescrição médica, 21 dos entrevistados (38,9%), afirmaram fazer uso de alguma medicação. O uso de medicamentos como os analgésicos em população de enfermeiros que atuavam em uma UTI estava relacionado com a incidência de dores em geral entre estes trabalhadores (VIEIRA et al., 2013).

O consumo de medicação por parte dos profissionais de saúde, já é elevado desde sua formação acadêmica. Nesta fase de graduação usam medicações para ajudar nos estudos. Ao adentrarem no mercado de trabalho, utilizam-nas para relaxamento, analgesia e para melhores rendimentos no trabalho (LOPES; RODRIGUES, 2015).

Sintetizando, neste estudo a maior parte dos entrevistados foi constituída por mulheres (75%). Quanto ao regime de trabalho eram celetistas (66,7%); o tempo

de atuação na UTI inferior a cinco anos (38,9%); afirmaram a realização de horas extras 55,6% e a classe profissional mais expressiva nesta unidade foi a de trabalhadores da enfermagem, totalizando 61,1% entre enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Quanto ao segundo objetivo específico (*Identificar a presença de Transtornos Mentais Comuns nos trabalhadores da equipe multiprofissional*), utilizou-se o instrumento SRQ-20 que avaliou os participantes quanto a sua auto percepção de saúde.

Os profissionais da equipe multiprofissional foram divididos de acordo com o sexo. Esta divisão deu-se devido às diferenças no ponto de corte do SQR-20, conforme explicado anteriormente. Neste estudo, os valores encontrados para as mulheres foram no mínimo zero e no máximo 13, com mediana de 2,00, média 4,37 e DP de 3,942. Entre os trabalhadores do sexo masculino foram observados os valores mínimo zero e máximo 13, com mediana de 3,00, média 3,85 e DP de 3,976. Lembra-se que pontuações mais elevadas, segundo este instrumento, referem-se à probabilidade da ocorrência dos TMC e pontuação mais baixas à menor probabilidade destes transtornos (LUCCHESE et al., 2017).

Conforme já foi explicado anteriormente, os TMC são alterações de saúde mentais encontrados em diversos grupos de pessoas, como trabalhadores, estudantes, gestantes, entre outros, demonstrando que acometem grande parte da população, correspondendo a um importante problema de saúde (SILVA et al., 2010; SILVA et al., 2014,; ALVES et al., 2015; FERREIRA et al., 2015; FERREIRA, C. M. G.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; CORDEIRO, 2016).

Em estudo realizado com trabalhadores espanhóis, as mulheres apresentaram prevalência de distúrbios psicológicos maiores que os homens (TORRE et al., 2016).

Características sócioeconômicas são capazes de alterar o estado de saúde mental do indivíduo (TORRE et al., 2016). A intensificação do trabalho e sua precarização, o estresse, o mal estar físico e mental, impactam de forma negativa a saúde física e mental do trabalhador e, conseqüentemente, as instituições de trabalho (PACHECO, 2017).

A insegurança no trabalho pode ser resultante das novas modalidades trabalhistas cada vez mais presentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento como a flexibilização do trabalho, os contratos temporários e a

terceirização dos serviços. Esta insegurança no trabalho é capaz de resultar em alterações de saúde mental e manifestações físicas como: surgimentos de diabetes, riscos cardiovasculares e aumento de peso (FERRIE et al., 2016). Alterações no regime de trabalho podem resultar em impactos à saúde do trabalhador como o estresse, doenças relacionadas ao trabalho e riscos ocupacionais, além do sofrimento psíquico. Podem impactar também, nas condições de trabalho, como a precarização e a redução da qualificação profissional, nos treinamentos, nos salários e nos benefícios aos trabalhadores, entre outros aspectos (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016).

Os TMC podem acometer tanto homens como mulheres, as quais têm maior probabilidade de desenvolverem-nos (JURADO et al., 2017).

Alterações de saúde mental como estresse, fadiga e depressão são capazes de fazer com que o indivíduo adote um comportamento destrutivo no seu local de trabalho (OLIVEIRA; DANSKI; PEDROLO, 2016).

Estudo realizado na Irlanda com profissionais da saúde demonstrou que para 62% dos trabalhadores investigados, o estresse ocupacional vivenciado no momento da pesquisa ou em momentos anteriores causou algum tipo de sofrimento mental. Nesta pesquisa foram apontados por esta equipe como aspectos estressantes no trabalho: os próprios pacientes pelas questões clínicas, devido a sua gravidade e traumas, a falta de recursos disponíveis, as preocupações relacionadas ao cotidiano, o horário de trabalho, as relações humanas, os aspectos morais e gerenciais, o isolamento e as dificuldades de comunicação (AISLING; AISLING; DAVID, 2016).

No presente estudo, no que se refere a avaliação da probabilidade do TMC observou-se que mulheres apresentaram valores médios de 4,37 enquanto os homens 3,85. Em ambos os sexos os valores de mínimo foram de zero e o máximo de 13. Entre as mulheres a variável do SRQ-20 com mais respostas afirmativas foi a questão “sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a) com 48,8%; a mesma afirmação repetiu-se nos homens, apenas com percentual diferente (38,5%).

Estudo realizado no sul do Brasil com trabalhadores da saúde de diferentes ocupações demonstrou que houve um alto índice de afastamentos do trabalho devido aos transtornos mentais e de comportamento. As taxas de absenteísmo neste estudo também foram altas, contexto este preocupante, pois deixa claro o adoecimento psíquico destes profissionais (CAVALHEIRO; TOLFO,

2011).

A natureza do trabalho dos profissionais de saúde, bem como as questões salariais influenciam na ocorrência dos TMC. Um contexto laboral ideal é aquele onde seja possível que o trabalhador atenda às necessidades dos usuários e fique com bem estar e satisfação no trabalho, além do fato de receber boa remuneração, estar saudável e trabalhar em conformidade com suas capacidades, entre outros (ARAÚJO et al., 2016).

O ambiente laboral quando capaz de proporcionar oportunidades de desenvolvimento profissional gera sentimentos de competência e recompensa, que influenciam a satisfação e o entusiasmo profissional (RODRIGUEZ; CARLOTTO, 2017).

A ocorrência dos TMC é mais frequente nas populações de 25 a 54 anos. Esses Transtornos são relacionados com as características socioeconômicas, o estado civil, a pouca escolaridade e os trabalhadores que se encontram em situações informais de trabalho (CORDEIRO et al., 2016b).

Profissionais de saúde como médicos são predispostos aos fatores de risco para adoecimento psicológico. Consistem esses fatores de elevada carga de trabalho emocional e física, conflitos entre famílias, problemas financeiros, insatisfação com os sistemas de saúde, ansiedade, distúrbios do sono e exaustão (GRACINO et al., 2016b).

Pesquisa irlandesa mostra que os aspectos relacionados com as adequações dos recursos e das condições de trabalho, as melhorias na formação profissional e gerencial e o apoio por parte de colegas e superiores foram apontados como fatores que podem diminuir possíveis sofrimentos mentais (AISLING; AISLING; DAVID, 2016).

Níveis elevados de estresse são prejudiciais à saúde. O estresse laboral pode ser amenizado ou eliminado, desde que os trabalhadores tenham conhecimentos sobre a realização das práticas seguras em seu ambiente de trabalho e sejam, frequentemente, estimulados e realizar atividades de treinamentos e capacitações sobre hábitos de vida saudáveis (ALAVI et al., 2016).

Evidenciou-se, então em relação a probabilidade de se ter TMC, que entre as mulheres (4,37%) foi maior que entre os homens (3,85%).

Quanto ao terceiro objetivo específico (*Identificar a existência de presenteísmo e de absenteísmo na equipe que atua na UTI Adulto*) apresenta-se a

discussão na sequência.

No presente estudo, 54 trabalhadores foram avaliados para identificação do presenteísmo, por meio da SPS-6. Analisando os resultados obtidos, pode-se encontrar os seguintes valores do presenteísmo total: mediana 16,50, média 14,85, DP de 6,861, com um intervalo de estudo de 6 a 27 pontos. Os valores encontrados na mediana e média do escore total da SPS-6 foram menores que 18. Valores de (6 a 18) indicam menor capacidade de concentração e redução de desempenho no trabalho e os valores mais elevados, próximos a 30, no escore total, indicam maior capacidade de concentração e melhor desempenho no trabalho, apesar do indivíduo apresentar algum problema de saúde (PASCHOALIN et al., 2013).

No que se refere ao presenteísmo, sabe-se que as alterações de saúde físicas e mentais, a redução da capacidade para o trabalho e a ocorrência do presenteísmo, são mais propensas de acontecer devido aos fatores como clima organizacional do local de trabalho e relacionamentos entre as equipes de trabalho (SCHULZ; ZACHER; LIPPKE, 2017).

Trabalhadores que apresentam melhores estados de bem-estar, gastam menos recursos com cuidados de saúde, faltam menos ao trabalho, reduzem o presenteísmo e aparentam ter intenção de permanecer em seus postos de trabalho (SEARS et al., 2013).

Produtividade consiste na realização de atividades durante as horas de trabalho, ou seja, produzir algum produto ou serviço (BARBOSA; PESSÔA, 2014). A redução da produtividade no trabalho é relacionada com depressão, ansiedade, questões financeiras, aumento das cargas de trabalho e problemas de saúde. É importante investigar o presenteísmo entre os trabalhadores, visto que eles apresentam uma redução de produtividade no trabalho, porém não se ausentam de seus postos ocorrendo, então, o presenteísmo (MAZANEC et al., 2011).

Em algumas situações os trabalhadores comparecem ao seu trabalho mesmo adoecidos. Porém, devido ao seu estado de saúde comprometido, não conseguem realizar, de forma satisfatória, o que se espera deles. Essa prática de comparecer doente ao trabalho, pode ocorrer devido aos fatores como: dedicação, medo de sobrecarregar os colegas da equipe, ausência de pagamento por licenças ou faltas e por dificuldade para que outro profissional substitua o indivíduo que está adoecido, entre outros (VEALE; VAYALUMKAL; MCLAUGHLIN, 2016).

Comparecer ao trabalho doente modifica a estrutura e organização laboral

porque, para suprir a redução de desempenho do trabalhador doente, alterações por parte dos colegas serão necessárias para a reorganização das tarefas. O presenteísmo é um fenômeno complexo, que pode ocorrer pela insegurança do trabalhador em perder seu emprego e pelas dificuldades de comunicação para relatar a ocorrência de doenças aos seus superiores. O presenteísmo e o absenteísmo são fenômenos diretamente ligados. Comparecer ao trabalho mesmo doente, que é característico do presenteísmo é um fator de risco para a ocorrência do absenteísmo (KRANE et al., 2014).

O estresse vivenciado no trabalho é capaz de influenciar na ocorrência de presenteísmo entre os trabalhadores; o apoio, por parte dos colegas de trabalho, pode amenizar o estresse laboral e, conseqüentemente, o presenteísmo como comprovado em pesquisa norte americana (YANG et al., 2015).

Estudo polonês demonstrou que os custos relacionados com o presenteísmo no trabalho, podem superar as despesas gastas pelo absenteísmo de duas a cinco vezes mais, quando os dois fenômenos foram comparados (PECILLO, 2015).

A ocorrência do presenteísmo pode resultar na geração de altos custos para as instituições, por se tratar de um fenômeno de difícil avaliação e mensuração. Diante do alargamento de custos que pode representar, sua investigação é de suma importância, visto que conhecendo de forma mais profunda este fenômeno será possível formular estratégias e meios para amenizar o seu acontecimento. Pode resultar em grandes perdas financeiras para as instituições e organizações (KIGOZI et al., 2017). Entretanto, é importante considerá-lo não somente pelo impacto financeiro e suas conseqüências, mas também é necessário olhar para a sua relevância psicossocial (MURRAY et al., 2015).

Trabalhadores portadores de doenças crônicas são mais propensos a apresentar presenteísmo do que os saudáveis (SKAGEN; COLLINS, 2016).

Características individuais, como o afeto, motivação, empenho e engajamento em suas atividades podem influenciar na decisão do trabalhador ir ao trabalho, mesmo que adoecido (MURRAY et al., 2015).

Intervenções como o apoio psicológico aos trabalhadores, podem evitar que transtornos mentais cronifiquem, identificando de forma precoce alterações que possam comprometer o trabalhador. Estas intervenções são capazes de reduzir o presenteísmo, as faltas e afastamentos ao trabalho e os custos ao empregador

(PREISER et al., 2016a).

No presente estudo, tanto as taxas de absenteísmo como as de presenteísmo foram elevadas entre os trabalhadores investigados da UTI Adulto.

As taxas de absenteísmo encontradas entre os meses de novembro de 2015 a novembro de 2016 oscilaram entre 15,3% e 24,06%. Durante os 12 meses analisados em nenhum, esta unidade apresentou taxas de acordo com o idealizado pela gestão pactuada que é de 8,50% ao mês.

Faltas ao trabalho em hospitais públicos, onde existe maior estabilidade de carreira, são mais frequentes, quando comparadas às faltas de trabalhadores de hospitais privados (KARINO et al., 2015). Essas faltas são capazes de trazer altos custos às instituições e comprometer a efetividade dos serviços de saúde (MORELLI; SAPEDE; SILVA, 2015).

Pesquisa realizada em hospital no sul do Brasil demonstrou que os níveis de escolaridade entre os trabalhadores da saúde, influenciam na prática do ausentismo no trabalho, envolvimento com acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho (SANTANA et al., 2016a).

O Japão, anualmente, gasta o correspondente a quase seis bilhões de dólares americanos (6.000.000.000 US \$) devido ao absenteísmo relacionado com a depressão em trabalhadores (LACKO; KNAPP, 2016).

O absenteísmo é mais comumente conhecido e de caracterização e mensuração mais clara e constitui-se em grande preocupação por parte dos gestores organizacionais. Já o presenteísmo trata-se de um fenômeno importante e preocupante, por sua prevalência ser provavelmente maior que o absenteísmo, pelo comprometimento da produtividade, perda de tempo de trabalho, alterações da saúde do próprio trabalhador e, também, pela segurança e satisfação do paciente que pode ser afetada (PERRY et al., 2015).

Incentivar os trabalhadores no desenvolvimento de suas atividades em seus postos de trabalho pode reduzir as perdas de produtividade e o presenteísmo no trabalho (YOUNG et al., 2016).

As ações desenvolvidas em saúde ocupacional no setor de saúde centram-se, em maior parte, no estudo dos níveis individuais e organizacionais. Assim sendo, estudos que abordem o estado de saúde da equipe de trabalho, ainda não recebem tanta atenção dos pesquisadores, demonstrando existir uma lacuna de conhecimento. O bom estado de saúde da equipe de trabalho está relacionado com

a maior capacidade para o trabalho, melhores índices de saúde mental e redução do presenteísmo (SCHULZ; ZACHER; LIPPKE, 2017).

Em relação ao quarto objetivo específico (*Relacionar as características sociodemográficas e laborais dos trabalhadores da equipe multiprofissional de saúde de Unidade de Terapia Intensiva aos Transtornos Mentais Comuns e ao presenteísmo e absenteísmo*), nos testes de associação entre o presenteísmo total e as características sociodemográficas, foram encontrados valores com significância estatísticas nas variáveis sexo e afastamentos ao trabalho em relação a pontuação total da SPS-6.

Na análise da Dimensão 1 foram encontrados valores com significância estatísticas nas variáveis ter filhos dependentes (0,008) e afastamentos do trabalho (0,026). Os trabalhadores com filhos e que já tinham se afastado de seus postos de trabalho, apresentam mais dificuldades para finalizar suas atividades.

Valores com significância estatísticas na variável sexo com $p=0,043$ foram encontrados na Dimensão 2. Mulheres apresentaram valores mais elevados que os homens indicando menor concentração no trabalho.

Entre os testes (Exato de Fisher e Qui-quadrado) que avaliaram o SQR-20 com as características sociodemográficas e condições de saúde não foram encontradas significâncias estatísticas entre as variáveis. Também não foram encontrados valores significativamente estatísticos nas associações entre o absenteísmo e as características sociodemográficas e laborais.

Estudo canadense realizado com trabalhadores, em geral, demonstrou, de forma significativa, que mulheres possuem maior probabilidade de desenvolver desordens mentais, ansiedade e episódios depressivos do que homens (LAY et al., 2017). Afastamentos por transtornos mentais necessitam de maior tempo para tratamento do indivíduo, o que é capaz de gerar despesas maiores para a instituição, aos cofres públicos por meio do sistema previdenciário e principalmente ao trabalhador (SANTANA et al., 2016b).

Algumas características individuais como sexo, idade, viver com companheiros e ter filhos são capazes de influenciar a ocorrência de alguns problemas de saúde mental em trabalhadores de UTI, conforme demonstrado em estudo de revisão de literatura, que analisou esta população. A presença de filhos, por exemplo, foi relacionada com níveis mais elevados de *Burnout* (CHUANG et al., 2016).

Fatores como demanda de trabalho, conflitos familiares, dificuldades financeiras, insatisfação profissional e descontentamento podem levar o indivíduo a apresentar algum tipo de adoecimento psicológico. O estresse e o esgotamento profissional podem levar ao absenteísmo, afastamentos do trabalho e as dificuldades de relacionamentos (GRACINO et al., 2016a).

A presença de TMC nos trabalhadores pode resultar em maiores períodos de presenteísmo e absenteísmo entre eles, reduzindo a produtividade e os lucros dos empregadores (PREISER et al., 2016). Nos serviços de saúde, os trabalhadores da saúde vivenciam suas realidades laborais em situações emocionalmente exigentes e a presença de TMC está diretamente associada com a ocorrência de dois fenômenos: o presenteísmo e o absenteísmo (PERRY et al., 2015).

Alterações de saúde mental, incluindo o cansaço, exaustão e fadiga emocional, influenciam de forma negativa o desempenho no trabalho, resultando em presenteísmo (DHAINI et al., 2017).

O estresse no trabalho leva a uma redução de desempenho laboral. Estratégias como ofertar assistência psicológica aos trabalhadores, apoio social e estimular ambientes mais solidários, são capazes de reduzir esse estresse e, consequentemente, melhorar o desempenho no trabalho (CHIA; CHU, 2016).

O presenteísmo em profissionais de saúde como enfermeiros, por exemplo, além da redução da produtividade, traz sérias consequências para o paciente, como as possibilidades de erros de medicação (RAINBOW; STEEGE, 2017).

Oferecer assistência psicológica aos empregados atentar-se para licenças médicas, oferecer planos e convênios de saúde, constituem-se em atitudes que podem melhorar o estado de saúde mental, reduzindo o presenteísmo e o absenteísmo (RAINBOW; STEEGE, 2017).

Segurança e estabilidade no emprego podem melhorar o estado de saúde do indivíduo, pelo fato dele ser mais comprometido com sua saúde e ter comportamentos mais seguros evitando até mesmo os acidentes de trabalho. Esta segurança e estabilidade impactam, de forma positiva, na redução do absenteísmo por doença (YILDIZ et al., 2015).

Limitações do Estudo

A composição da amostra foi realizada entre os trabalhadores da equipe multiprofissional de apenas uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta, o que justifica o quantitativo de participantes não ser expressivo, dificultando encontrar mais valores estatisticamente significativos entre os resultados. Dessa forma, percebe-se que dificilmente os resultados encontrados vão conseguir ser generalizados.

Avanços no Conhecimento

Constituíram-se na caracterização sociodemográfica e laboral e na identificação de alterações de saúde dos profissionais por meio da autoavaliação de saúde, identificando a probabilidade da presença dos Transtornos Mentais Comuns. Traz avanços no conhecimento também, quanto à avaliação do absenteísmo e presenteísmo entre os trabalhadores da equipe multiprofissional que atuam em UTI. Os resultados podem contribuir para serem pensados aspectos novos da saúde do trabalhador, visto que o presenteísmo pode ser resultante de danos e problemas de saúde físicos e psicológicos entre os trabalhadores de UTI.

7 CONCLUSÃO

O estudo mostrou que a maior parte dos trabalhadores da equipe multiprofissional da UTI Adulto, eram mulheres, a equipe de enfermagem era a mais numerosa entre os 54 indivíduos que fizeram parte do estudo; grande parte dos participantes já atua na UTI há mais de cinco anos; a realização de horas extras foi relatada por 55% e mais da metade dos entrevistados negaram possuir duplo vínculo trabalhista. Os afastamentos ao trabalho foram relatados por 46,3%.

No que se refere às alterações de saúde, a queixa mais comum foi a cefaleia, além de dor muscular. Foram relatadas, também, a falta de disposição para realizar atividades físicas e a alteração de peso.

Quanto a presença de Transtornos Mentais Comuns, as mulheres apresentaram resultados mais elevados quando comparadas aos homens o que sugere maior probabilidade da presença destes transtornos, resultados concordantes com outros estudos que trabalharam com a mesma proposta.

No que se refere a existência de presenteísmo e de absenteísmo, na avaliação total da SPS-6 foram encontrados os valores: mediana 16,50, média 14,85, DP de 6,861, com um intervalo de estudo de 6 a 27 pontos. Os valores encontrados na mediana e média do escore total dessa escala foram menores que 18, indicando menor capacidade de concentração e redução de desempenho no trabalho e os valores mais elevados, próximos as 30 no escore total indicam maior capacidade de concentração e melhor desempenho no trabalho.

Em relação às avaliações das duas dimensões distintas da SPS-6 foram encontrados: na Dimensão 1 (Trabalho Finalizado) o escore três entre 31,8% dos trabalhadores; nesta dimensão quanto mais baixo o escore, maiores serão as dificuldades para o trabalhador finalizar suas atividades, indicando assim, o quanto a condição de saúde pode interferir na realização e finalização das tarefas no trabalho. No que diz respeito à Dimensão 2 - Concentração Mantida, os valores encontrados foram em grande parte (48,7%) para o escore três; quanto mais alto o escore nesta dimensão menor é a concentração do indivíduo na realização do trabalho, indicando maior comprometimento nessa concentração. Valores menores indicam um melhor estado psicológico no indivíduo.

Quanto à relação entre as características sociodemográficas e laborais dos trabalhadores da equipe multiprofissional de Unidade de Terapia Intensiva aos Transtornos Mentais Comuns e ao presenteísmo e absenteísmo, nessas análises foram possíveis encontrar valores com significância estatística nas variáveis sexo e

afastamentos ao trabalho nos valores totais da SPS-6. Já entre as dimensões distintas foram encontrados: na Dimensão 1 da SPS-6 as variáveis filhos dependentes e afastamentos do trabalho que apresentaram valores de significância estatística; na Dimensão 2 a variável sexo apresentou significância estatística. Não foram encontrados valores significativamente estatísticos nas associações entre o absenteísmo e as características sociodemográficas e laborais.

Os resultados mais preocupantes referem-se ao presenteísmo e absenteísmo entre esses trabalhadores, fenômenos que podem ser resultantes dos adoecimentos entre estes profissionais.

Diante deste cenário encontrado comprova-se que à saúde destes trabalhadores requer atenção, visto que muitos podem estar comparecendo a seus postos de trabalho mesmo doentes o que pode levar ao seu maior comprometimento físico e mental.

REFERÊNCIAS¹

¹De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ABBASS, A. A. et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Londres, v. 7, n. CD 004687, 2014.

ABDALLA, D. R. et al. Postural biomechanical risks for nursing workers. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 27, n. 3, p. 421-427, 2014.

ABREU, R. M. D.; GONCALVES, R. M. D. A.; SIMOES, A. L. A. Reasons attributed by professionals of an Intensive Care Unit for the absence at work. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 386-393, 2014.

AI SLING, A.; AI SLING, D.; DAVID, C. An assessment of psychological need in emergency medical staff in the Northern Health and Social Care Trust Area. **The Ulster Medical Journal**, Belfast, v. 85, n. 2, p. 92-98, 2016.

AL-DUBAI, S. A. R. et al. Perceived stress among Malaysian Railway workers. **The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS**, Sains, v. 23, n. 5, p. 38-43, 2016.

ALAVI, S. et al. Radiation Protection Knowledge, Attitude and Practice (RP-KAP) as predictors of job stress among radiation workers in Tehran Province. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, Dubai, v. 18, n. 10, p. 29394, 2016.

ALBERTO, L. et al. Activities undertaken by Intensive Care Unit Liaison Nurses in Argentina. **Australian Critical Care**, Geelong, v. 30, n. 2, p. 74-78, 2017.

ALCÂNTARA, M. A.; ASSUNÇÃO, A. A. Influence of work organization on the prevalence of common mental disorders among community health workers in the city of Belo Horizonte, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 2, 2016.

ALFREDO, C. H.; SILVA, J. S. Prevalência de excesso de peso entre trabalhadores em esquema de trabalho em turnos fixos. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 202-205, 2016.

ALHASSANI, G.; TRELEAVEN, J.; SCHABRUN, S. S. M. Combined transcranial and trans-spinal direct current stimulation in chronic headache: a feasibility and safety trial for a novel intervention. **Hong Kong Physiotherapy Journal**, Singapore, v. 37, n. 2, p. 1-9, 2017.

ALVES, A. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais

de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13, 2015.

AMARAL, J. F.; RIBEIRO, J. P.; DA PAIXÃO, D. X. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Espaço para a Saúde Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 66-74, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5**. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

AMINIAN, M. et al. The Iranian version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) for assessment of psychological risk factors at work. **Health Promotion Perspectives**, Tabriz, v. 7, n. 1, p. 7-13, 2016.

ANDRADE, A. L. D.; SILVA, M. Z.; TULLI, M. N. Clima de Segurança no Trabalho Hospitalar: adaptação de medida (ClimaSeg-H). **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 14, n. 2, p. 261-271, 2015.

ANDRADE, S. C. et al. Pain and associated symptoms: comparison between fibromyalgia and temporomandibular disorder. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 205-209, 2016.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 645-657, 2016.

ARROGANTE, Ó. Resiliencia en enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. **Index de Enfermería**, Granada, v. 24, n. 4, p. 232-235, 2015.

AZEVEDO, A. V. S. et al. Psychology within a general hospital: historical, conceptual, and practical aspects. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 573-585, 2016.

BALASTEGHIN, F. S. M. M.; MORRONE, L. C.; SILVA, J. S. Absenteísmo-doença de curta duração entre operadores de telemarketing. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 16-20, 2013.

BARBOSA, F. H.; PESSÔA, S. A. Pessoal ocupado e jornada de trabalho: uma

releitura da evolução da produtividade no Brasil. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 149-169, 2014.

BARBOSA, G. B. et al. Mental health and work of Family Health Strategy professionals from a municipal district of Bahia State, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 306-315, 2012.

BEJGEL, I.; BARROSO, W. J. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 69-77, 2001.

BEKELE, T. et al. Attitude, reporting behaviour and management practice of occupational needle stick and sharps injuries among hospital healthcare workers in Bale zone, Southeast Ethiopia: a cross-sectional study. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, London, v. 10, n.42, p. 1-7, 2015.

BELAYACHI, J. et al. Burnout Syndrome in Moroccan Training Resident: impact on quality of life. **Iranian Journal of Public Health**, Tehran, v. 45, n. 2, p. 260-262, 2016.

BERNI, L. B. et al. Indicators of pleasure/pain in hygiene and cleaning outsourced workers of a university hospital. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 155-164, 2016.

BERRIA, J. et al. Stages of behavior change for physical activity and associated factors among technical-administrative servers of a federal university. **Revista Brasileira de Cineantropometria; Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 471-482, 2016.

BIASI, E. Y.; RUMIN, C. R. Aspectos da prática clínica em psicologia dirigida à reabilitação de trabalhadores. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1350-1365, 2015.

BLOOM, J. et al. Vacation from work: a “ticket to creativity”? **Tourism Management**, Charleston, v. 44, n. 12, p. 164-171, 2014.

BOORSE, C. **Health care ethics**: an introduction. Filadélfia: Temple University Press, 1987.

BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M.; MIASSO, A. I. Transtornos mentais comuns e

uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 38, n. 3, p. 195-201, 2015.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Working conditions and common mental disorder among primary health care workers from Botucatu, São Paulo State. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 8, p. 1585-1596, 2010.

BRANDÃO, C. M. C.; ARAÚJO, T. M. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 41, n. 7, p. 1-14, 2016.

BRAQUEHAIS, M. D. et al. Gender differences in demographic and clinical features of physicians admitted to a Program for Medical Professionals with Mental Disorders. **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 7, n. 181, p. 1-5, 2016.

BRASIL. Lei nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 11 jan. 1932. Seção 1, p 8.

BRASIL. Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 1º maio 1943.

BRASIL. Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976. Dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 out. 1976. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 1.535, de 13 de abril de 1977. Altera o Capítulo IV do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a Férias, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 abr. 1977. Seção 1 a 8.

BRASIL. Ministério da saúde. **8ª Conferencia Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 466, de 4 de junho de 1988**. Portaria que

estabeleça o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo. 1988. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. 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, DF, 19 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações CBO**. 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/legislacao.jsf>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

BRASIL. Lei nº 3.029, de 16 de abril de 1999. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 1999. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 5 abr. 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 17 mar. 2017.

BRASIL. Ministério... Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 260, de 21 de fevereiro de 2014**. Dispõe sobre o funcionamento das unidades hospitalares sob gestão direta do Ministério da Saúde e a jornada de trabalho a que se submetem os servidores efetivos e temporários em exercício nessas unidades. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/02/regime-especial-e-adotado-em-unidades-hospitalares>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil **Deduções - Dependentes**. 2015. Disponível em: <<https://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaFisica/IRPF/2015/perguntao/assuntos/deducoes-dependentes.htm>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

BUSH, C. et al. Bloodborne pathogen exposures: difference in reporting rates and individual predictors among health care personnel. **American Journal of Infection Control**, New York, v. 45, n. 4, p. 372-376, 2017.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CABRAL, L. A. A. et al. "Dual causation accident": a third type of work-related accident and its importance for occupational health surveillance. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4699-4708, 2014.

CARVALHO, C. N. et al. Prevalence and factors associated with common mental disorders in medical and multiprofessional health residents. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013.

CAVALHEIRO, G.; TOLFO, S. R. Labor and depression: a study with professionals away from the workplace. **Psico-USF**, Itatiba, v. 16, n. 2, p. 241-249, 2011.

CELIS, L. R. et al. Women's occupational health and safety management: an issue for corporate social responsibility. **Safety Science**, Kansai, v. 91, n. 2, p. 61-70, 2017.

CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E. P. B.; VASCONCELOS, J. G. M. (Org.). **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 118-128.

CHAVES, L. D. P. et al. Hospital governance, hygiene and cleaning: nurse management space. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1166-1174, 2015.

CHIA, Y. M.; CHU, M. J. T. Moderating effects of presenteeism on the stress-happiness relationship of hotel employees: a note. **International Journal of Hospitality Management**, Kaohsiung, v. 55, n.7, p. 52-56, 2016.

CHUANG, C.-H. et al. Burnout in the intensive care unit professionals. **Medicine**, Filadélfia, v. 95, n. 50, p.5629, 2016.

COELHO, A. P. F. et al. Satisfaction and dissatisfaction in the work of recyclable solid waste segregators: convergent-care research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 384-391, 2017.

COPPUS, A. N. S.; FAGUNDES, M. V. R. N. A inserção do psicanalista em uma unidade de tratamento intensivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 88-100, 2016.

CORDEIRO, T. M. S. C. E.; ARAÚJO, T. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 262-274, 2016.

CORDEIRO, T. M. S. C. E. et al. Reporting of work-related mental disorders among workers in Bahia: a descriptive study, 2007-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 363-372, 2016.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.

COSTA, C. B.; CENCI, C. M. B.; MOSMANN, C. P. Conflito conjugal e estratégias de resolução: uma revisão sistemática da literatura. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 325-338, 2016.

COSTA, D. et al. Worker's health within the Brazilian Unified Health System: challenges for a public policy. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.

COSTA, R. R. O. et al. Absenteísmo de profissionais da enfermagem que trabalham na rede hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Espaço Saúde (Online)**, Londrina, v. 15, n. 3, p. 6-13, 2014.

COVE, M. E. et al. Multidisciplinary extubation protocol in cardiac surgical patients reduces ventilation time and length of stay in the intensive care unit. **The Annals of Thoracic Surgery**, Chicago, v. 102, n. 1, p. 28-34, 2016.

COX, T.; RANDALL, R. Y.; GRIFFITHS, A. **A interventions to control stress at work in hospital staff**. Sudbury: HSE Books, 2002.

CRUZ, É. J. E. R. et al. Dialectic feelings of the intensive care nurse about the work in Intensive Care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 479-485, 2014.

CRUZ, P. S. et al. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 543-552, 2015.

CURAN, G. R. F. et al. Dimensionamento de pessoal de unidades neonatais em um hospital universitário. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2015.

CURTI, S. et al. Interventions to increase the reporting of occupational diseases by physicians. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Londres, v. 3, n. CD010305, p. 1-4, 2015.

CUTRIM, J. R. B. et al. Aplicabilidade da RDC Nº 7/2010 da ANVISA nos serviços de Fisioterapia de unidades de terapia intensiva adulto no Município de São Luís, MA. **ASSOBRAFIR Ciência**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 51-57, 2015.

DALMOLIN, G. L. et al. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 35-42, 2014.

DAM, A. V. Subgroup analysis in Burnout: relations between fatigue, anxiety, and depression. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 7, n. 90, p.1- 9, 2016.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEJOURS, C. A. **A psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DELBIN, L. R. et al. Alterações psicofisiológicas do trabalho em turno com ênfase em trabalhos noturnos: revisão de literatura acerca dos riscos ergonômicos. **Revista Científica Faculdades do Saber**, Mogi Guaçu, v. 1, n. 1, p.50-64, 2016.

DENAT, Y. et al. Relationship of anxiety and burnout with extrasystoles in critical care nurses in Turkey. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, Karachi, v. 32, n. 1, p. 196-200, 2016.

DHAINI, S. R. et al. Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study. **Geriatric Nursing**, Charleston, v. 38, n. 1, p. 33-38, 2017.

DIDEHVAR, M. et al. The effect of stress management training through precede-proceed model on occupational stress among nurses and midwives at iran hospital, iranshahr. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, Delhi, v. 10, n. 10, p. 1-5, 2016.

DODEK, P. M. et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. **Journal of Critical Care**, New York, v. 31, n. 1, p. 178-182, 2016.

DONATELLI, S. et al. Accidents with biological material: an approach based on the analysis of work activities. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1257-1272, 2015.

FAISY, C. et al. Nurse workload and inexperienced medical staff members are associated with seasonal peaks in severe adverse events in the adult medical intensive care unit: a seven-year prospective study. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 62, n. 2, p. 60-70, 2016.

FATHI, R. et al. Development of an interdisciplinary team communication framework and quality metrics for home-based medical care practices. **Journal of the American Medical Directors Association**, Saint Louis, v. 17, n. 8, p. 725-729, 2016.

FENGLER, A. C.; STUMM, E. M.; DE FÁTIMA COLET, C. Acidentes de trabalho pré e pós-implementação de dispositivos de segurança em materiais perfurocortantes hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 4, p. 3567-3575, 2016.

FERGUSON, T. W. et al. Occupational conditions, self-care, and obesity among clergy in the United States. **Social Science Research**, Charlotte, v. 49, n. 19, p. 249-263, 2015.

FERREIRA, C. M. G.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; CORDEIRO, T. N. G. Prevalence of common mental disorders and associated factors among medical students: a comparative study. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 268-277, 2016.

FERREIRA, D. M. et al. Subnotificação de acidentes biológicos pela enfermagem de um hospital universitário. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 21, n. 2, p.21-29, 2015.

FERRIE, J. E. et al. Job insecurity and risk of diabetes: a meta-analysis of individual participant data. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 188, n. 17-18, p. 447-455, 2016.

FREITAS, E. S. et al. Alteration in eating habits among shift workers of a poultry processing plant in southern Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2401-2410, 2015.

FREUD, S. O mal estar da civilização. In: Sigmund Freud. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1930.

FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO (EUROFOUND). **As disparidades de género no emprego**: desafios e soluções. Dublin, 2016a.

FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO (EUROFOUND). **A evolução do tempo de trabalho no século XXI**: a duração do trabalho e a sua regulamentação na UE. Dublin, 2016b.

GALLETTA, M. et al. Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units. **Intensive and Critical Care Nursing**, London, v. 34, n. 8, p. 59-66, 2016.

GAUDENZI, P. Normal e patológico no naturalismo e no normativismo em saúde: a controvérsia entre Boorse e Nordenfelt. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 747-767, 2016.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders**: a bio-social model. New York: Routledge, 1992.

GOMES, D. L. S. Epidemiology for nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 31-39, 1994.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um

estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

GOULART, L. L. et al. Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de trauma. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 346-351, 2014.

GRACINO, M. E. et al. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 244-263, 2016.

GROOTEN, W. J. A. et al. Health risk appraisals in Swedish occupational health services. **Work (Reading, Mass.)**, Amsterdam, v. 55, n. 4, p. 849, 2016.

GUIMARÃES, A. L. O.; FELLI, V. E. A. Notification of health problems among nursing workers in university hospitals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 507-514, 2016.

HAVE, M.T. et al. Insomnia among current and remitted common mental disorders and the association with role functioning: results from a general population study. **Sleep Medicine**, New Jersey, v. 25, n. 4, p. 34-41, 2016.

HE, L. et al. An integrated intervention for increasing clinical nurses' knowledge of HIV/AIDS-Related Occupational Safety. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Switzerland, v. 13, n. 11, p. 1-10, 2016.

HERRERO, M. T. V. et al. Night shift work and occupational health. **Spanish Journal of Legal Medicine**, Madrid, v. 42, n. 3, p. 112-123, 2016.

HIPÓLITO, M. C. V. et al. Qualidade de vida no trabalho: avaliação de estudos de intervenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 189-197, 2017.

JACKSON, J. M. et al. From occupational safety and health to workers' health: history and challenges to the Brazilian Journal of Occupational Health. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2041-2051, 2015.

JAIN, M.; SABHARWAL, E. R.; SRIVASTAVA, D. Practices of health care personnel regarding occupational exposure. **Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR**, Delhi, v. 10, n. 11, p. DC14-DC17, 2016.

JANSEN, K. et al. The impact of existential vulnerability for nursing home doctors in end-of-life care: a focus group study. **Patient Education and Counseling**, Oslo, v. 99, n. 12, p. 2043-2048, 2016.

JEBENA, M. G. et al. Household food insecurity and mental distress among pregnant women in Southwestern Ethiopia: a cross sectional study design. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Dublin, v. 15, n. 120, p. 1-9, 2015.

JESUS, C. S. et al. Atuação do enfermeiro do trabalho na saúde e proteção dos trabalhadores offshore. **Inova Saúde**, Criciúma, v. 4, n. 2, p. 100, 2015.

JOHNS, G. Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. **Journal of Organizational Behavior**, Londres, v. 31, n. 4, p. 519-542, 2010.

JONES, G. et al. Demographic and occupational predictors of stress and fatigue in French intensive-care registered nurses and nurses' aides: a cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 52, n. 1, p. 250-259, 2015.

JUGALE, P. V. et al. Burnout and work engagement among dental practitioners in Bangalore City: a cross-sectional study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR**, Delhi, v. 10, n. 2, p. 63-67, 2016.

JURADO, D. et al. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. **Revista de Psiquiatría y Salud Mental**, Madri, v. 10, n. 1, p. 45-58, 2017.

KALLINY, M.; MCKENZIE, J. G. Occupational health and sleep issues in underserved populations. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, New York, v. 44, n. 1, p. 73-97, 2017.

KARINO, M. E. et al. Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1011, 2015.

KATZ, M. The cost-effective evaluation of uncomplicated headache. **Medical Clinics of North America**, Maryland Height, v. 100, n. 5, p. 1009-1017, 2016.

KAWETI, G.; ABEGAZ, T. Prevalence of percutaneous injuries and associated factors among health care workers in Hawassa referral and adare District hospitals, Hawassa, Ethiopia, January 2014. **BMC Public Health**, London, v. 16, n. 8, p. 1-7,

2016.

KIGOZI, J. et al. The estimation and inclusion of presenteeism costs in applied economic evaluation: a systematic review. **Value in Health**, Lawrenceville, v. 20, n. 3, p. 496-506, 2017.

KIM, J. H.; JANG, S. The relationship between job stress, job satisfaction, and the Symptom Checklist-90-Revision (SCL-90-R) in Marine Officers on board. **Journal of Preventive Medicine and Public Health**, Seoul, v. 49, n. 6, p. 376-385, 2016.

KNUTH, B. S. et al. Transtornos mentais entre trabalhadores da área da saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2481-2488, 2015.

KOOPMAN, C. et al. Stanford Presenteeism Scale: health status and employee productivity. **Journal Occupational Environmental Medicine**, New York, v. 44, n. 1, p. 14-20, 2002.

KOYANAGI, A.; STICKLEY, A.; HARO, J. M. Subclinical psychosis and pain in an English national sample: the role of common mental disorders. **Schizophrenia Research**, Brentwood, v. 175, n. 1-3, p. 209-215, 2016.

KRANE, L. et al. Attitudes towards sickness absence and sickness presenteeism in health and care sectors in Norway and Denmark: a qualitative study. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 880, p. 27, 2014.

LACKO, E. S.; KNAPP, M. Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 51, n. 11, p. 1525-1537, 2016.

LANGADE, D. et al. Burnout syndrome among medical practitioners across India: a questionnaire-based survey. **Cureus**, San Francisco, v. 8, n. 9, p. 1-12, 2016.

LAPA, A. T. et al. Manuseio e descarte de perfurocortantes por profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 387, 2017.

LARANJEIRA, C. A. O contexto organizacional e a experiência de estresse: uma perspectiva integrativa. **Revista de Salud Publica**, Bogotá, v. 11, n. 1, p. 123-133, 2009.

LAVOIE, M.C.; VERBEEK, J. H.; PAHWA, M. Devices for preventing percutaneous exposure injuries caused by needles in healthcare personnel. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Londres, v. 3, n. CD009740, p. 1-79, 2014.

LAY, A. M. et al. The relationship between occupational health and safety vulnerability and workplace injury. **Safety Science**, Kansai, v. 94, n. 12, p. 85-93, 2017.

LIMA, R. A. S. et al. Vulnerability to burnout among physicians at a public hospital in Recife. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1051-1058, 2013.

LOPES, N. M.; RODRIGUES, C. F. The relationship between occupational health and safety vulnerability and workplace injury. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, v. 94, n. 78, p. 9-28, 2015.

LUCCHESI, R. et al. Common mental disorder among alcohol and drug abusers: a cross-sectional study. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-7, 2017.

MACHADO, L.F.; MUROFUSE, N. T.; MARTINS, J. T. Life experiences as workers in poultry agribusiness of users of mental health care. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 134-147, 2016.

MACHADO, L. S. F. et al. Health problems reported by nursing workers in a public hospital of Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 684-691, 2014.

MAFI, A. et al. A interdisciplinaridade e seus reflexos na formação do cirurgião dentista. **Revista da Abeno**, Londrina, v. 1, n. 17, p. 62-73, 2017.

MAGALHÃES, E. et al. Prevalência de síndrome de burnout entre os anesthesiologists do Distrito Federal. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, Campinas, v. 65, n. 2, p. 104-110, 2015.

MANDARINI, M. B.; ALVES, A. M.; STICCA, M. G. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 143-152, 2016.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações

atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MARCELINO, A.; ARAÚJO, T. M. Estresse ocupacional e saúde mental dos profissionais do centro de especialidades médicas de Aracaju. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 177-199, 2015.

MARI, J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 148, n.6, p. 23-26, 1986.

MARRAS, J. P. **Administração de recursos humanos**: do operacional ao estratégico. São Paulo: Futura, 2000.

MARQUES, D. O. et al. Absenteeism - illness of the nursing staff of a university hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 876-882, 2015.

MARTÍNEZ, S. G. et al. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. **Anales de Psicología**, Murcia, v. 31, n. 2, p. 743-750, 2015.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1985. v.1.

MASCARENHAS, F. A. N.; BRANCO, A. B. Work-related disability among postal employees: incidence, duration, and social security costs in 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1315-1326, 2014.

MASSONI, M. M.; MARCONDES, C.; GEREMIA, D. S. Padrões de sono entre os profissionais de enfermagem. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 13, n. 44, p. 11-16, 2015.

MAVADDAT, N. et al. What determines Self-Rated Health (SRH)? A cross-sectional study of SF-36 health domains in the EPIC-Norfolk cohort. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 65, n. 9, p. 800-806, 2011.

MAZANEC, S. R. et al. Work productivity and health of informal caregivers of persons with advanced cancer. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 34, n. 6, p. 483-495, 2011.

MEDEIROS, A. C. et al. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 816-822, 2016.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 4602-, 1991.

MENDES, J. M. R. et al. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 194, 2015.

MINUZZI, A. P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016.

MOAYED, M. S. et al. Stress and fear of exposure to sharps in nurses. **Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences**, Mazandaran, v. 10, n. 3, p. 1-5, 2016.

MOEN, P. et al. Is work-family conflict a multilevel stressor linking job conditions to mental health? Evidence from the work, family and health network. **Research in the Sociology of Work**, Oxford, v. 26, n. 13, p. 177-217, 2015.

MONDADORI, A. G. et al. Humanization of physical therapy in an Intensive Care Unit for adults: a cross-sectional study. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 294-300, 2016.

MOON, J. Y.; KIM, J. O. Ethics in the intensive care unit. **Tuberculosis and Respiratory Diseases**, Seoul, v. 78, n. 3, p. 175-179, 2015.

MORA, C. T. R.; RIZZOTTO, M. L. F. Work management in hospitals of Paraná's 9th health region. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1018-1032, 2015.

MORELLI, S. G. S.; SAPEDE, M.; SILVA, A. T. C. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-9, 2015.

MURRAY, K. M. et al. Sickness presenteeism determines job satisfaction via affective-motivational states. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 139, n. 12, p. 100-106, 2015.

NICOLA, R.; MCNEELEY, M. F.; BHARGAVA, P. Burnout in radiology. **Current Problems Diagnostic Radiology**, Washington, v. 44, n. 5, p. 389-390, 2015.

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Occupational stress and work capacity of nurses of a hospital group. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 606-613, 2011.

NEUMANN, V. N.; FREITAS, M. É. A. Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 531-537, 2008.

NOBEN, C. Y. et al. Quality appraisal of generic self-reported instruments measuring health-related productivity changes: a systematic review. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 115, p. 2-21, 2014.

NORDENFELT, L. **Health, science and ordinary language**. New York: Editions Rodopi, 2001.

NORDIN, N. A. M.; LEONARD, J. H.; THYE, N. C. Work-related injuries among physiotherapists in public hospitals: a Southeast Asian picture. **Clinics**, São Paulo, v. 66, n. 3, p. 373-378, 2011.

NORONHA, D. D. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 463-474, 2016.

NOVAES, H. M. D.; ELIAS, F. T. S. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 7-16, 2013.

OLIVEIRA, A. M.; DANSKI, M. T. R.; PEDROLO, E. Technological innovation for peripheral venipuncture: ultrasound training. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1052-1058, 2016

OLIVEIRA, A. M. et al. Professional relationship between nurses and doctors at the hospital of medical school: the view of doctors. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. 433-439, 2010.

OLIVEIRA, B. G. et al. Influência da condição de trabalho na qualidade de vida de taxistas. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 365-384, 2016a.

OLIVEIRA, R. M. et al. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 695-704, 2016

OLIVEIRA, E. M. et al. Ambiente das práticas de enfermagem e satisfação profissional em unidades críticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 79-86, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). **Actas oficiales de la OMS**, n. 2, p. 100, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OMS. **Todos pela equidade diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2016.

PACHECO, V. A. **Qualidade de vida no trabalho (QVT), bem-estar/mal-estar no trabalho e reconversão tecnológica**: representações de trabalhadores em empresa pública brasileira. 2016. 77 f. Tese (Doutorado)-Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

PALHARES, V. C.; CORRENTE, J. E.; MATSUBARA, B. B. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 594-601, 2014.

PARR, J. M. et al. Medical graduates, tertiary hospitals, and burnout: a longitudinal cohort study. **The Ochsner Journal**, New Orleans, v. 16, n. 1, p. 22-26, 2016.

PASCHOALIN, H. C. **Presente no trabalho mesmo doente**: o presenteísmo na enfermagem. 2012. 170 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

PASCHOALIN, H. C. et al. Adaptação transcultural e validação para o português

brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteísmo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 388-395, 2013.

PECILLO, M. Selected aspects of absence at work and work-related health problems in Polish enterprises. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, Warsaw, v. 21, n. 3, p. 268-275, 2015.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, 2001.

PÊGO, F. P. L. E.; PÊGO, D. R. Síndrome de burnout. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 171-176, 2016.

PERRY, L. et al. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. **BMC Nursing**, London, v. 14, n.15, p. 1-8, 2015.

PIRES, D. A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.

POLETTTO, N. A. et al. Burnout syndrome in municipal health managers. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 209-215, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTELA, M. K. Norma Regulamentadora 32: medidas de vigilância em enfermagem para minimização da ocorrência de acidentes biológicos em meio aos profissionais de saúde. **Revista de Educação do Vale do São Francisco**, Petrolina, v. 5, n. 9, p. 55-69, 2016.

PRADO, M. A. M. B. et al. Uso de medicamentos prescritos e automedicação em homens. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 594-608, 2016.

PREISER, C. et al. Psychosomatic consultation in the workplace: opportunities and limitations of the services offered - results of a qualitative study. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Nuremberg, v. 89, n. 5, p. 599-608, 2016.

PROENÇA, M. O.; AGNOLO, C. M. D. Hospitalization in the intensive care unit: overview of patients who experienced. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 279-286, 2011.

QUADROS, D. V. et al. Analysis of managerial and healthcare indicators after nursing personnel upsizing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 684-690, 2016.

RAINBOW, J. G.; STEEGE, L. M. Presenteeism in nursing: an evolutionary concept analysis. **Nursing Outlook**, Washington, v. 64, n. 2, p. 110-118, 2017.

RIBEIRO, J. M. P.; JORGE, T. C. A.; BESSA, V. Environment, health and work: generating subjects for education in health and safety at work in Acre, Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1027-1039, 2016

RIBEIRO, G.; PIRES, A. E. P.; SCHERER, M. D. A. Biosecurity practices in technical nursing education. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 871-888, 2016

ROCHA, A. P. F.; SOUZA, K. R.; TEIXEIRA, L. R. A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 843-862, 2015.

RODRIQUEZ, J. Who is on the medical team?: shifting the boundaries of belonging on the ICU. **Social Science Medicine**, Boston, v. 144, n. 13, p. 112-118, 2015.

RODRIGUEZ, S. Y. S.; CARLOTTO, M. S. Predictors of Burnout Syndrome in psychologists. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 34, n. 1, p. 141-150, 2017.

ROLOFF, D. I. T. et al. Enfermeiros do trabalho: experiência interdisciplinar em saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 897-905, 2016.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Generating health elicits illness? The contradictions of work performed in emergency care units of public hospitals. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3021-3032, 2015.

RUOTSALAINEN, J. H. et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, 2015.

SANTANA, L. L. et al. Absenteeism due to mental disorders in health professionals at a hospital in southern Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 3021-3032, 2016a.

SANTANA, L. L. et al. Health indicators of workers of the hospital area. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 30-39, 2016b.

SANTANA, M. M. A. et al. Inadequate energy and protein and associate factors in critically ill patients. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 29, n. 5, p. 645-654, 2016c.

SANTO, E. E.; FREITAS, F. Q. B. A saúde do trabalho e trabalhador em tempos de precarização do trabalho. **Revista Intersaberes**, Curitiba, v. 4, n. 8, p. 150-169, 2012.

SANTOS, K. O. B.; CARVALHO, F. M.; DE ARAÚJO, T. M. Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 6, p. 1-10, 10 2016.

SANTOS, K. O. B.; DE ARAÚJO, T. M.; DE OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SANTOS, F. D. et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010.

SANTOS, S. N. et al. Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 50-66, 2011.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. The implementation of interdisciplinarity in the work routine of the family health care team. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SCHERER, M. D. A. et al. Increased workloads for nurse technicians in primary health care in brazil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 89-104, 2016.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011.

SCHULZ, H.; ZACHER, H.; LIPPKE, S. The importance of team health climate for health-related outcomes of white-collar workers. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 8, n. 30, p. 1-14, 2017.

SCUDINO, P. A. **A utilização de alguns testes estatísticos para análise da variabilidade do preço do mel nos municípios de Angra dos Reis e Mangaratiba, Estado do Rio de Janeiro**. 2008. 51 f. Monografia (Graduação) - Univesidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SEARS, L. E. et al. Overall well-being as a predictor of health care, productivity, and retention outcomes in a large employer. **Population Health Management**, Washington, v. 16, n. 6, p. 397-405, 2013.

SECCO, I. A. O. et al. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-17, 2010.

SEOK, H. et al. The association between osteoarthritis and occupational clusters in the Korean population: a nationwide study. **Plos One**, San Francisco, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2017.

SILVA, K. N.; DUTRA, F. C. M. S. Psychosocial job factors and chronic pain: analysis in two municipal schools in Serrana/SP. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 164-170, 2016.

SILVA, C. D. L.; PINTO, W. M. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Saúde Coletiva em Debate**, Serra Talhada, v. 2, n. 1, p. 62-69, 2012.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A.; APOSTOLIDIS, T. Intensive care nurses' practice related to experience and shift worked. **Intensive and Critical Care Nursing**, London, v. 34, n. 7, p. 51-58, 2016.

SILVA, R. A. et al. Common mental disorders and self-esteem in pregnancy: prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1832-1838, 2010.

SILVA, B. P. et al. Transtornos mentais comuns e consumo de bebida alcoólica e tabaco entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública na Amazônia Ocidental brasileira. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 93-100, 2014.

SILVA, J. L. L. et al. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015a.

SILVA, J. L. L. et al. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 125-133, 2015b.

SILVEIRA, M.; CAMPONAGARA, S.; BECK, C. L. C. Scientific production about night shift work in nursing: a review of literature. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3679, 2016.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-16, 2014.

SILVEIRA, R. S. et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 716, 2012.

SINGER, P. et al. Como simplificar a nutrição na unidade de terapia intensiva? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 369-372, 2016.

SKAGEN, K.; COLLINS, A. M. The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: a systematic review. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 161, n. 2, p. 169-177, 2016.

SOUSA, V. F. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Occupational stress and resilience among health professionals. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 900-915, 2015.

SOUZA, Z. B.; REIS, L. M. Entre o atender e o ser atendido: políticas em saúde para o trabalhador do serviço público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 87-106, 2013.

SPONHOLZ, T. C. H. et al. Work process in medical residency: the subordination of teaching and learning to the exploitation of the resident workforce. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-87, 2016.

STIMPFEL, A. W.; BREWER, C. S.; KOVNER, C. T. Scheduling and shift work characteristics associated with risk for occupational injury in newly licensed registered nurses: an observational study. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 52, n. 11, p. 1686-1693, 2015.

STOCKER, M. et al. Interprofessional team management in pediatric critical care: some challenges and possible solutions. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, Macclesfield, v. 9, n. 1, p. 47-58, 2016.

SUNI, J. H. et al. Neuromuscular exercise and back counselling for female nursing personnel with recurrent non-specific low back pain: study protocol of a randomised controlled trial (NURSE-RCT). **BMJ Open Sport - Exercise Medicine**, London, v. 2, n. 1, p. 1-10, 2016.

SUSSAI, M. C. Socioeconomic and cultural features of consensual unions in Brazil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 53-74, 2016.

TAETS, G. G. D. C. et al. Impact of a music therapy program on the stress level of health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 385-390, 2013.

TEIXEIRA, J. R. B. et al. Association between psychosocial aspects of work and quality of life among motorcycle taxi drivers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 97-110, 2015.

TESTON, S. F.; GRIGOL, C. Fatores de estresse e a sustentabilidade social em uma empresa do ramo da saúde de Chapecó. **Interface EHS-Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 1-19, 2015.

TORRE, A. T. J. et al. Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 30, n. 5, p. 339-344, 2016.

TRETTENE, A. S. et al. Nursing workload in specialized semi-intensive therapy unit:

workforce size criteria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 958-963, 2015.

UDEDI, M. et al. Health service utilization by patients with common mental disorder identified by the Self-Reporting Questionnaire in a primary care setting in Zomba, Malawi: a descriptive study. **The International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 60, n. 5, p. 454-461, 2014.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; GRAZZIANO, E. S. Presenteeism in hospital nurses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 159-166, 2012.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Relatório de Atividades 2014**. 2015. Disponível em:
<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload%5CRelatoriodeAtividades_HCRP_2014.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2015.

VALE, R. C.; MOREIRA, I. Estudo de satisfação e bem-estar à sociedade portuguesa. **Observatório da Sociedade Portuguesa-CATÓLICA-LISBON**, Lisboa, v. 1, n. 1, p. 1-14, 2016.

VALENTIN, B. et al. Cortisol and alpha-amylase as stress response indicators during pre-hospital emergency medicine training with repetitive high-fidelity simulation and scenarios with standardized patients. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, Oslo, v. 23, n. 45, p. 1-8, 2015.

VAN MOL, M. M. C. et al. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 8, p. 1-22, 2015.

VASCONCELLOS, L. C. F.; GOMEZ, M.; MACHADO, J. M. H. The gap between what has been defined and what is still pending in occupational health surveillance. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, 2014.

VEALE, P. M.; VAYALUMKAL, J. V.; MCLAUGHLIN, K. Sickness presenteeism in clinical clerks: negatively reinforced behavior or an issue of patient safety? **American Journal of Infection Control**, New York, v. 44, n. 8, p. 892-897, 2016.

VERGARA, C. M.; SUAZO, V. S.; KLIJN, P. T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. **Enfermería Universitaria**, Cidade do México, v. 13, n. 3, p. 178-186, 2016.

VIANNA, L. **Processo Saúde - Doença**: Especialização em Saúde da Família.UNA - SUS/UNIFESP. Módulo Político Gestor, 2016. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf>.

VIEIRA, E. M. A.; SILVA, L. B.; SOUZA, E. L. The influence of the workplace indoor environmental quality on the incidence of psychological and physical symptoms in intensive care units. **Building and Environment**, West Lafayette, v. 109, n. 3, p. 12-24, 2016a.

VIEIRA, T. G. et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 205-214, 2013.

VIERO, C. M. et al. Risk society: the use of pesticides and implications for the health of rural workers. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 99-105, 2016.

VILSTEREN, M. et al. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, 2015.

VOLQUIND, D. et al. Occupational hazards and diseases related to the practice of anesthesiology. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 63, n. 2, p. 227-232, 2013.

WADA, K. et al. The economic impact of loss of performance due to absenteeism and presenteeism caused by depressive symptoms and comorbid health conditions among Japanese workers. **Industrial Health**, Tokyo, v. 51, n. 5, p. 482-489, 2013.

WATANABE, N. et al. A mindfulness-based stress management program and treatment with omega-3 fatty acids to maintain a healthy mental state in hospital nurses happy nurse project: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, Oxford, v. 16, n. 16, p. 1-12, 2015.

WESTERGAARD, M. L. et al. Prevalence of chronic headache with and without medication overuse: associations with socioeconomic position and physical and mental health status: **Pain**, Washington, v. 155, n. 10, p. 2005-2013, 2014.

WESTERMANN, C. et al. Hepatitis C among healthcare personnel: secondary data

analyses of costs and trends for hepatitis C infections with occupational causes. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, London, v. 11, n. 52, p. 1-8, 2016.

WIDERA, E.; CHANG, A.; CHEN, H. L. Presenteeism: a public health hazard. **Journal of General Internal Medicine**, New York, v. 25, n. 11, p. 1244-1247, 2010.

WILBUR, K.; KUR, J. Multidisciplinary members' perspectives on a pharmacist joining a rheumatology practice team. **Canadian Pharmacists Journal CPJ**, Edmonton, v. 148, n. 4, p. 200-208, 2015.

WORM, F. A. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Revista CUIDARTE**, Bucaramanga, v. 7, n. 2, p. 1288, 2016.

XAVIER, M. P.; ARAÚJO, J. S. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 137-149, 2014.

YANG, T. et al. Effects of co-worker and supervisor support on job stress and presenteeism in an aging workforce: a structural equation modelling approach. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 13, n. 1, p. 13010072, 2015.

YENESEW, M. A.; FEKADU, G. A. Occupational exposure to blood and body fluids among health care professionals in Bahir Dar Town, Northwest Ethiopia. **Safety and Health at Work**, Incheon, v. 5, n. 1, p. 17-22, 2014.

YILDIZ, H. et al. The antecedents of presenteeism and sickness absenteeism: a research in Turkish Health Sector. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, London, v. 207, n. , p. 398-403, 2015.

YOUNG, A. E. et al. Workplace outcomes in work-disability prevention research: a review with recommendations for future research. **Journal of Occupational Rehabilitation**, Berlin, v. 26, n. 4, p. 434-447, 2016.

ZAND, A. et al. Presenteeism in inflammatory bowel diseases: a hidden problem with significant economic impact. **Inflammatory Bowel Diseases**, New York, v. 21, n. 7, p. 1623-1630, 2015.

ZHOU, Y. et al. Association of regular physical activity with total and cause-specific mortality among middle-aged and older Chinese: a prospective cohort study. **Scientific Reports**, London, v. 7, n. 44, p. 39939, 2017.

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

N.º Registro CEP: CAAE 54868316.7.0000.5393

Prezada (o) Senhora (or),

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a relação entre as características dos membros da equipe multiprofissional de saúde da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a presença de transtornos mentais comuns e a ocorrência de absenteísmo e presenteísmo. Espera-se que, como resultados, possamos obter maiores conhecimentos na melhoria das suas condições de trabalho e implementar melhores políticas de saúde do trabalhador. Você foi selecionada(o) por fazer parte desta equipe e encaixar-se nos itens de inclusão. Ressaltamos que sua participação não é obrigatória. Para participar deste estudo solicitamos a sua especial colaboração em responder ao questionário de perguntas abertas e fechadas sobre as suas condições de trabalho e percepção de saúde. Em caso de dúvidas estamos disponíveis para qualquer esclarecimentos que você considere necessário.

Este estudo poderá apresentar riscos mínimos ou prejuízos mínimos a você ou a qualquer outra pessoa. Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo. A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificada (o) quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar o pesquisador que a(o) esteja atendendo. Você também será desligada(o) do estudo automaticamente quando o estudo terminar.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre o mesmo, assim como tirar dúvidas, bastando contato no seguinte endereço e/ou telefone:

Nome dos pesquisadores: Enfermeira Prof^a. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi e Enfermeira Mestranda Andressa Fernanda Silva. Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Bairro Monte Alegre Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902 Telefone: 16-3315-3381, Telefone celular de Andressa Fernanda 035-99343907.

Caso ocorram reclamações ou denúncias sobre esta pesquisa por motivos éticos poderá ser feito contato por comparecimento, por carta ou e-mail, ou por telefone para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902 em dias úteis das 7:00 as 17:00 (cep@eerp.usp.br) Telefones: 16 33159197 ou ramal 15 9197.

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a outra via assinada ficará com o pesquisador. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Espera-se que, como resultados, possamos obter maiores conhecimentos na melhoria das suas condições de trabalho e implementar melhores políticas de saúde do trabalhador. Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Andressa Fernanda Silva

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/2016

Apêndice II - Instrumento de coleta dos dados sociodemográficas e ocupacionais

1. Idade _____

2. Sexo() Masculino () Feminino

3. Tem filhos dependentes? () Sim () Não

4. Vive em () Sim () Não
união estável ?

5. Vínculo de () Estatutário

trabalho () Celetista

() Fundação de Apoio

() Contrato temporário

OUTRO: _____

6. Função que () Médico () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem
ocupa no () Psicólogo () Auxiliar Administrativo () Colaborador da Higienização
Hospital () Fisioterapeuta () Dentista () Outro

7. Qual seu grau () Ensino médio Incompleto () Ensino médio () Curso técnico
de instrução? () Superior incompleto () Superior completo () Especialização
(Assinalar o () Pós- graduação () Outro
mais elevado)

8. Há quantos anos trabalha no Hospital? _____

9. Há quantos anos trabalha neste local (UTI)?

10. No último mês você fez horas-extras na (UTI)? () Sim () Não

Se sim, quantas horas? ()

11. Realiza alguma outra atividade profissional além do emprego neste hospital? () Sim () Não

12. Se sim, é na área da saúde? () Sim () Não

Se não em qual área? _____

13. No último ano sofreu algum Acidente de Trabalho? () Sim () Não

Se, sim qual tipo de acidente:

() Corte com perfuro cortantes

() Choques elétricos

() Quedas

() Queimaduras

() Contato com fluídos corpóreos e excretas

() Outro _____

14. Seu horário () diurno fixo em escala de 8 horas

de trabalho () noturno fixo em escala de 12 por 36h

Hospital é: () diurno móvel de 6 h, com dobra de 12h

() diurno fixo de 6 horas (36h por semana)

15. Você tira férias todo ano? ☐ Sim, sem nenhuma dificuldade
☐ Sim, mas me adaptando às exigências do serviço
☐ Não, por necessidades do serviço.

16. Já se afastou do trabalho por adoecimentos? ☐ Sim ☐ Não
 Se, sim qual: _____

17. Nos últimos meses você apresentou alguma dessas alterações de saúde?
☐ Cefaléia (Dor de cabeça)
☐ Taquicardia
☐ Hipertensão Arterial
☐ Precordialgia (Dor forte no peito irradiando para o braço)
☐ Dificuldade para falar
☐ Formigamento
☐ Dormência
☐ Diminuição dos reflexos
☐ Alterações respiratórias
☐ Irritação nos olhos, garganta, narinas
☐ Náuseas, vômitos
☐ Alterações de memória
☐ Alterações de concentração
☐ Falta de disposição para prática de atividade física
☐ Dificuldade para dormir
☐ Aumento de peso
☐ Diminuição de peso
☐ Problemas de pele
☐ Dor muscular
☐ Diminuição da Percepção Visual
☐ Outra? Especificar: _____

18. Faz uso de alguma medicação com receita médica ou não? ☐ Não ☐ Sim

Se, sim qual: _____
☐ Analgésico
☐ Suplementos alimentares
☐ Antiinflamatório
☐ Corticoide
☐ Anti-depressivo
☐ Anti- Emético
☐ Ansiolítico
☐ Outro.
 Especificar _____

 —

Apêndice III - Autorização para uso da escala SPS-6

Re: Autorização

Heloisa Paschoalin<hcpaschoalin@gmail.com>

dom 08/01, 11:52Você

Bom dia Andressa!

Desde já parabenizo você pela realização do estudo e desejo-lhe sucesso! Sinta-se a vontade para utilizar a escala SPS-6 e me coloco a disposição, caso tenha alguma dúvida.

Segue em anexo minha tese, acho que pode auxiliá-la nesse processo.

Um abraço,

Heloisa

Em 4 de janeiro de 2017 19:56, Andressa

fernanda<andressa.fernanda18@hotmail.com> escreveu:

Saudações Prof^a Dr^a Heloísa Paschoalin. Chamo-me Andressa Fernanda Silva, mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP, sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Lúcia Cruz do Carmo Robazzi. Em minha dissertação de Mestrado estou trabalhando com a investigação do Presenteísmo. E gostaria de pedir sua autorização para a utilização da escala SPS- 6 em nosso trabalho. Se fosse possível gostaria que a professora me disponibilizasse seu trabalho de validação da escala.

Desde já obrigada e estou à disposição para quaisquer duvidas. Parabéns pelo belíssimo trabalho.

Andressa Fernanda Silva

Enfermeira, Mestranda Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

contato 35 988244899

--

Heloisa Campos Paschoalin

Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem

Universidade Federal de Juiz de Fora

Anexo I - Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)

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 cada afirmativa abaixo, escolha uma única resposta que melhor retrata seu grau de concordância ou discordância, considerando suas experiências de trabalho nos últimos 30 dias.

Por favor, utilize a seguinte escala:

- (1) Eu discordo totalmente**
- (2) Eu discordo parcialmente**
- (3) Não concordo nem discordo**
- (4) Eu concordo parcialmente**
- (5) Eu concordo totalmente**

Assinale somente uma alternativa para cada questão:

1. Devido ao meu problema de saúde foi muito mais difícil lidar com o estresse no meu trabalho.

☐ (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5)

2. Apesar do meu problema de saúde, consegui terminar tarefas difíceis no meu trabalho.

☐ (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5)

3. Devido ao meu problema de saúde, não pude ter prazer no trabalho.

☐ (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5)

4. Eu me senti sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido ao meu problema de saúde.

☐ (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5)

5- No trabalho consegui me concentrar nas minhas metas apesar do meu problema de saúde.

☐ (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5)

6. Apesar do meu problema de saúde, tive energia para terminar todo o meu trabalho.

☐ (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4) ☐ (5)

***Nota:** as expressões “dor nas costas”, “problema cardiovascular”, “doença”, “problema de estômago” e outros termos semelhantes podem ser substituídos pela palavra “problema de saúde” em qualquer um desses itens.

Anexo II—Self Report Questionnaire (SRQ)

Nº		
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE		
RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE.		
1. Tem dores de cabeça frequentes?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
2. Tem falta de apetite?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
3. Dorme mal?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
4. Assusta-se com facilidade?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
5. Tem tremores de mão?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
7. Tem má digestão?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
9. Tem se sentido triste ultimamente?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
10. Tem chorado mais do que de costume?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
17. Tem tido idéias de acabar com a vida	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
20. Cansa-se com facilidade?	☐ SIM [1]	☐ NÃO [0]
TOTAL:		
DATA		

Anexo III – Comitê de Ética e Pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.8518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 263/2016, de 24.08.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 24 de agosto de 2016.

Protocolo CAAE: 54868316.7.0000.5393

Projeto: Relação entre características dos membros da equipe multiprofissional de saúde, presença de transtornos mentais comuns e absenteísmo e presenteísmo

Pesquisadores: Andressa Fernanda Silva

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP