

**ABSENTEÍSMO ENTRE
TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA DE DOIS HOSPITAIS
EM SÃO PAULO – SP**

mitsue isosaki

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Ambiental

ORIENTADOR: PROF. EMÉRITO DIOGO
PUPO NOGUEIRA

São Paulo

2003

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Emérito Diogo Pupo Nogueira, por ter me aceito como orientada, pelo estímulo e valorização constantes durante o mestrado e por ser um exemplo profissional e de vida;

À Sra. Lúcia Pupo Nogueira (*in memoriam*), pelo carinho com que sempre me recebeu em sua residência para as reuniões com o mestre;

À Profa. Dra. Midori Ishii, ao Dr. José Manoel de Camargo Teixeira, ao Prof. Titular Jorge da Rocha Gomes e ao Dr. Luiz Carlos Morrone, membros titulares e suplentes da banca examinadora, pelo apoio e pelas valiosas contribuições para o aprimoramento desta dissertação;

Ao Prof. Dr. José Maria Pacheco e à Nívea Matuda, pela paciência, pelos ensinamentos e pelo auxílio nas análises estatísticas dos dados;

À direção dos hospitais participantes do estudo, por permitir a realização deste trabalho;

Aos profissionais das áreas de Recursos Humanos e de Medicina do Trabalho dos hospitais participantes da pesquisa, especialmente à Sra. Clara Naomi Omaki, ao Sr. Adelmo Fachim, ao Dr. Marcelo Pustiglione, à Sra. Vera Lúcia Lilá Ramos, à Sra. Sandra Leni C. da Cruz, ao Sr. Celso Desidério Gomes, à Sra. Laura Barbirato Aparecido e ao Dr. Marcos José Campello Baptista pela colaboração no fornecimento dos dados;

À Sra. Meiry Tozaki e equipe do Serviço de Nutrição e Dietética de um dos hospitais participantes, pelo interesse no estudo e colaboração constante;

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), principalmente da área de Saúde do Trabalhador, pelos ensinamentos e por terem me mostrado a riqueza de conhecimentos e de possibilidades nessa área;

À equipe do Serviço de Biblioteca e Documentação Científica da FSP-USP e dos hospitais participantes, pelo auxílio nos levantamentos e nas localizações bibliográficas;

À Arismar Rodrigues Neves, à Elisabeth Cardoso e à Maria Kimiko Nishida Nazima, pela solidariedade e pelo apoio em várias fases do desenvolvimento desta pesquisa;

À Amélia Hashimoto, pela amizade e revisão gramatical da redação final desta dissertação;

E especialmente, a todos os funcionários que participaram deste estudo, sem a colaboração dos quais não seria possível a realização do mesmo.

RESUMO

Isosaki M. **Absenteísmo entre trabalhadores de Serviços de Nutrição e Dietética de dois hospitais em São Paulo – SP.** São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Caracterizar o absenteísmo de trabalhadores em dois Serviços de Nutrição e Dietética Hospitalar, público e privado, sediados na cidade de São Paulo. **Procedimentos metodológicos.** A população constou na totalidade de 285 servidores, sendo 123 do hospital público e 162 do hospital privado. As ausências de cada servidor foram coletadas a partir das ocorrências registradas em escalas mensais dos Serviços do ano 2001. As causas das ausências, por doenças e por acidentes de trabalho, foram obtidas junto aos Serviços de Medicina do Trabalho das instituições envolvidas. Questionários de auto-avaliação foram utilizados para verificar a opinião dos trabalhadores sobre as condições de trabalho e a questão do absenteísmo nos Serviços. Para a quantificação das ausências, foram utilizados indicadores recomendados pela Subcomissão de Absentismo da Comissão Permanente e Associação Internacional de Medicina do Trabalho. As análises estatísticas foram realizadas por meio dos programas SAS, S-PLUS e STATA. **Resultados.** Os indicadores anuais revelaram, respectivamente, nos hospitais público e privado, taxas de frequência por indivíduo de 0,92 e 0,80; taxas de frequência por episódios de 3,91 e 3,41; taxas de duração de 12,94 e 12,80; proporção de tempo perdido de 3,46% e 3,35%; duração média dos episódios de 3,31 e 3,75; média de dias perdidos por trabalhador faltante de 14,07 e 15,91 e média de episódios por trabalhador faltante de 4,25 e 4,24. Pela análise estatística dos indicadores, baseadas na taxa de frequência por episódios e na proporção de tempo perdido, verificou-se que não houve diferenças entre os hospitais público e privado. Com relação às variáveis, observou-se que gênero, tempo de trabalho e responsabilidade com crianças tiveram efeitos significativos nos dois hospitais. As doenças representaram as maiores causas de ausências ao trabalho em ambos os

hospitais, principalmente as moléstias do sistema osteomuscular. Os acidentes de trabalho foram a quarta e a terceira causas do absentéismo, respectivamente, nos hospitais público e privado e ocorreram principalmente no próprio local de trabalho. Na opinião dos trabalhadores, os motivos das ausências, além das doenças, estavam relacionados a problemas pessoais, familiares e ao ambiente de trabalho e destacaram o papel das chefias no controle das ausências. **Conclusão.** O absentéismo de trabalhadores dos Serviços de Nutrição e Dietética não diferiu entre os hospitais público e privado e de outras organizações não hospitalares, o que torna o assunto agravante por se tratar de instituições de saúde onde a figura básica é o doente, mas que os próprios trabalhadores necessitam de atenção na melhoria da qualidade de vida no trabalho.

Descritores: Absenteísmo, Serviço de Nutrição e Dietética, Saúde Ocupacional, Condições de trabalho.

SUMMARY

Isosaki M. **Workers' absenteeism in two hospital food services in São Paulo – Brazil.** São Paulo; 2003. [Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objective. A study of the influence of absenteeism on the activities of Food Services in both public and private hospitals. **Methodology.** The population consisted of 285 workers of a public (123 workers) and a private hospital (162 workers), studied during 2001. Data on absences were collected from workers' work schedules. The non occupational diseases and occupational accidents were reported by the Medical Department of the hospitals concerned. A self-administered questionnaire was used to register the opinion of the absent workers. The absenteeism rates used were those proposed by the Sub-Committee on Absenteeism of the Permanent Commission and International Association on Occupational Health, and SAS, S-PLUS and STATA Programs were used for the statistical analysis. **Results.** The annual rates of absence in the public and the private hospital, respectively, indicated 0.92 and 0.80 frequency (persons); 3.91 and 3.41 frequency (spells); 12.94 and 12.80 duration (days); 3.46% and 3.35% of time lost ; 3.31 and 3.75 average duration (days) per spell; 14.07 and 15.91 average days lost per person having one or more spells of absence; 4.25 and 4.24 average spells per person having one or more spells of absence. No difference between public and private hospitals was indicated by the statistical analysis on the basis of frequency rate and proportion of time lost. In both hospitals some particular variables, i.e. sex, working time and responsibility for looking after children had significant effects. In both hospitals the main causes of absence due to non occupational diseases were those related to musculoskeletal diseases. Work accidents were the fourth and third reasons, respectively, in the public and the private hospital, for workers' absences. The participants who answered the questionnaire considered that the main causes of absence were personal illness, family

problems and working conditions. The role of management was considered of great importance in reducing absenteeism. **Conclusions.** In general, absenteeism in hospital food services did not differ as between the public and the private hospital or from that of workers in other sectors. Thus the question of absenteeism is of great importance because, although the patient is the person most affected, the employee also calls for attention as regards necessary improvement in the quality of his working conditions.

Descriptors: Absenteeism, Hospital Food Service, Occupational Health, Working Conditions.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da população de estudo dos Hospitais A e B	32
Tabela 2	Distribuição dos participantes dos Hospitais A e B, segundo características dos trabalhadores	41
Tabela 3	Indicadores anuais dos Hospitais A e B	42
Tabela 4	Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo gênero	44
Tabela 5	Razão de risco entre gêneros dos Hospitais A e B	45
Tabela 6	Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo faixa etária	46
Tabela 7	Razão de risco entre faixas etárias dos Hospitais A e B	47
Tabela 8	Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo estado conjugal	49
Tabela 9	Razão de risco entre estados conjugais dos Hospitais A e B	50
Tabela 10	Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo categoria dos cargos	52
Tabela 11	Razão de risco entre categorias de cargos dos Hospitais A e B ...	53
Tabela 12	Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo tempo de trabalho no serviço.....	55
Tabela 13	Razão de risco entre tempos de trabalho no serviço dos Hospitais A e B	56
Tabela 14	Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo área de atuação	58
Tabela 15	Razão de risco entre áreas de atuação dos Hospitais A e B	59
Tabela 16	Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo responsabilidade com crianças	61
Tabela 17	Razão de risco entre responsabilidade com crianças dos Hospitais A e B	62
Tabela 18	Razão estimada e intervalo de confiança das taxas de frequência por episódios dos Hospitais A e B	67
Tabela 19	Razão estimada e intervalo de confiança da proporção de dias perdidos dos Hospitais A e B	68
Tabela 20	Distribuição dos episódios de ausências dos Hospitais A e B por motivos	70
Tabela 21	Distribuição dos episódios de ausências por doença própria dos Hospitais A e B, segundo duração	70
Tabela 22	Distribuição do número de episódios de ausências dos Hospitais A e B, segundo dia de início na semana e motivos	71

Tabela 23	Distribuição do número de participantes dos Hospitais-A e B por motivos das ausências e número de episódios	73
Tabela 24	Distribuição dos casos de doenças dos Hospitais A e B, segundo especialidade	74
Tabela 25	Distribuição dos episódios de acidentes de trabalho dos Hospitais A e B, segundo características dos acidentes	77
Tabela 26	Distribuição dos participantes dos Hospitais A e B que responderam o questionário, segundo características dos servidores	78
Tabela 27	Opinião dos participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B sobre a assiduidade ao trabalho	81
Tabela 28	Motivos das ausências dos trabalhadores que "costumam faltar ao trabalho", segundo opinião dos participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B	82
Tabela 29	Motivos da assiduidade dos trabalhadores que "nunca faltam ao trabalho", segundo opinião dos participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B	83
Tabela 30	Opinião dos servidores quanto ao prejuízo das ausências no desempenho do serviço, segundo os participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B	84
Tabela 31	Sugestões dos trabalhadores para diminuição das ausências ao trabalho, segundo os participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B	85
Tabela 32	Escore médio estimado das avaliações de condições de trabalho, segundo itens pesquisados entre absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Taxa de freqüência por indivíduo dos Hospitais A e B, segundo mês do ano	63
Figura 2	Taxa de freqüência por episódios dos Hospitais A e B, segundo mês do ano	64
Figura 3	Taxa de duração dos Hospitais A e B, segundo mês do ano ...	64
Figura 4	Proporção de tempo perdido dos Hospitais A e B, segundo mês do ano	65
Figura 5	Duração média de episódios dos Hospitais A e B, segundo mês do ano	65
Figura 6	Média de dias perdidos por trabalhador faltante dos Hospitais A e B, segundo mês do ano	66
Figura 7	Média de episódios por trabalhador faltante dos Hospitais A e B, segundo mês do ano	66
Figura 8	Distribuição percentual dos casos de doenças dos Hospitais A e B, segundo mês do ano	75

Í N D I C E

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador e a questão do absenteísmo	1
1.1.1	O absenteísmo e os prejuízos para as organizações	3
1.1.2	Levantamento da literatura sobre as causas do absenteísmo ..	3
1.2	O setor da saúde	10
1.2.1	O hospital	10
1.2.2	A questão do absenteísmo nos hospitais	14
1.2.3	Características e especificidades do Serviço de Nutrição e Dietética no contexto hospitalar	18
1.3	O absenteísmo nos Serviços de Alimentação e de Nutrição e Dietética, segundo literatura especializada	22
1.4	Relevância do tema como objeto de reflexão	26
2	OBJETIVOS	28
2.1	Geral	28
2.2	Específicos	28
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
3.1	Caracterização dos Hospitais A e B	29
3.2	População do estudo	32
3.3	Coleta de dados	33
3.4	Tratamento dos dados	34
3.4.1	Quantificação das ausências de trabalhadores	34
3.4.2	Classificação dos motivos das ausências	36
3.4.3	Categorização das causas das ausências por doenças e por acidentes de trabalho	37
3.4.4	Auto-avaliação das condições de trabalho e opinião dos servidores sobre a questão do absenteísmo	38
3.4.5	Análises estatísticas	38

4	RESULTADOS	40
4.1	Caracterização da população estudada	40
4.2	Caracterização das ausências dos servidores ao trabalho	42
4.2.1	Indicadores de ausências	42
4.2.2	Análise estatística dos indicadores	66
4.2.3	Motivos das ausências	69
4.2.4	Absenteísmo por doenças e por acidentes de trabalho	74
4.3	Opinião dos trabalhadores sobre as condições de trabalho e a questão do absenteísmo	78
4.3.1	Opinião sobre o absenteísmo	78
4.3.2	Avaliação das condições de trabalho	85
5	DISCUSSÃO	91
6	CONCLUSÕES	108
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
A N E X O S		
Anexo 1	Descrição de cargos	A-1
Anexo 2	Questionário de auto-avaliação de condições de trabalho e opinião sobre absenteísmo	A-31
Anexo 3	Termo de consentimento esclarecido	A-37
Anexo 4	Análise de dados categóricos	A-38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador e a questão do absenteísmo

O trabalho é uma das características que distingue o homem do resto dos seres, pois só ele tem a capacidade para o labor e o utiliza para preencher a sua existência na Terra. O termo **trabalho** originou-se do latim vulgar (*tripalium* > *tripaliu*) que significava instrumento de tortura. Na antiguidade, trabalho era ocupação dos escravos que eram considerados apenas engrenagens necessárias para produção de bens.

Com a Revolução Industrial, iniciada no século XVIII, o homem foi obrigado a submeter-se às máquinas e aos seus ritmos para atender a produção em massa, visando à acumulação de capital. No decorrer dos anos, o avanço e a utilização de novas tecnologias e sistemas de gerenciamento, em nome da qualidade e da produtividade, como a reengenharia e o *downsizing* e o processo de globalização, trouxeram, como consequência, a exposição de trabalhadores a diversas modalidades e intensidades de riscos à saúde dos mesmos (MOURA 1993; SÁNCHEZ e YANES 1995; VÂNTERA et al. 1997; KUMASHIRO 2000). Assim, o ritmo de trabalho, a repetição, o conteúdo das tarefas, o grau de flexibilidade da ação do trabalhador, a pressão por produção e a qualidade da comunicação entre chefes e subordinados são considerados fatores de risco dos distúrbios musculoesqueléticos (WESTGAARD 2000; NIOSH 2000).

A preocupação com a saúde do trabalhador, a princípio inexistente, em virtude da necessidade da própria sobrevivência do processo de produção, começou a ser discutida e o primeiro serviço de medicina do trabalho surgiu em 1830 quando Robert Dernham, proprietário de uma fábrica têxtil inglesa, preocupado com a saúde de seus operários, contratou seu médico particular, Dr. Robert Baker, para responsabilizar-se pela proteção da saúde de seus empregados. Posteriormente, com a industrialização, os serviços médicos foram sendo implantados nas

empresas e a questão discutida, a nível internacional, com a realização de eventos e a criação de cursos específicos para a formação de profissionais qualificados nessa área. Do caráter onipotente, próprio da concepção positivista da prática médica, surgiu a Saúde Ocupacional, com caráter de inter e de multidisciplinaridade, como atividade de saúde pública e direcionada à intervenção nos locais de trabalho e ao controle de riscos ambientais (MENDES 1991).

Ao longo das décadas, os trabalhadores passaram a participar das questões de saúde e de segurança no trabalho e a serem vistos como sujeitos nos estudos sobre o processo de trabalho e saúde. Os trabalhadores, ao serem considerados como pessoas que têm história, passado, experiências e família, promoveram o surgimento do campo da Saúde do Trabalhador, com raízes no âmbito da Saúde Coletiva nos movimentos da medicina social latino-americana e dos operários italianos (MINAYO et al.1997).

Portanto, atualmente, a importância que o trabalho assume para o ser humano faz com que todos quantos se preocupam com a saúde do trabalhador reflitam sobre as condições em que se realizam suas tarefas.

O próprio conceito de saúde, segundo DEJOURS (1986), necessita ser repensado se desejar realmente promover a saúde dos trabalhadores, analisando-a sob os aspectos não só fisiológicos e psicossomáticos, mas da psicopatologia do trabalho.

Desde que o homem começou a ser empregado de outro homem e com o processo de industrialização e a exigência por produtividade, o absenteísmo passou a ser uma preocupação dos dirigentes, pois um operário ausente que não possa ser substituído de imediato provoca queda de produção, influenciando, de acordo com as funções executadas, na queda da produtividade global. A produção total de uma indústria está relacionada com o número de horas produtivas de cada operário. Portanto, existe uma proporcionalidade inversa entre absenteísmo dos empregados e a produtividade da empresa. Se o problema é preocupante quando se trata

de uma empresa, a situação torna-se grave quando considerada o conjunto das empresas.

1.1.1 O absenteísmo e os prejuízos para as organizações

O absenteísmo ou absentismo (do francês *absentéisme*, derivado do inglês *absenteeism*, de *absentee*) é definido como a ausência do servidor ao trabalho, por qualquer razão, naquelas ocasiões em que seria de esperar a sua presença (NOGUEIRA 1980).

A ausência de empregados ao trabalho é um problema constante nas organizações, não se restringindo à área industrial, mas, também, a outras tantas como comercial e hospitalar, sejam públicas ou privadas.

Os prejuízos decorrentes desse fato, além dos econômicos, são de ordem social e do próprio desenvolvimento do trabalho. A falta de um elemento sobrecarrega os companheiros, gera insatisfações, diminui a produtividade, aumenta o custo operacional e compromete a eficácia organizacional.

Estudos sobre o assunto referem que não existe uma causa específica para o absenteísmo e que decorre de uma soma de fatores (demográficos, biológicos, sociais, psicossociais e organizacionais) que torna o problema de difícil solução, principalmente por envolver a questão comportamental (NOGUEIRA 1980).

1.1.2 Levantamento da literatura sobre as causas do absenteísmo

Entre os fatores citados na literatura, como causadores do absenteísmo, destacam-se:

- **Gênero:** As mulheres apresentam sempre um absenteísmo superior que os homens. NOGUEIRA (1980) citou várias referências que comprovam isso e em seu próprio estudo de cortes sobre absenteísmo-doença de

trabalhadores de uma indústria têxtil paulistana, encontrou entre os trabalhadores do gênero feminino, nas três coortes estudadas, valores superiores aos apresentados pelo gênero masculino, concluindo como possível causa a maior carga imposta às trabalhadoras que, além de seus trabalhos na empresa, têm a seu cargo o trabalho doméstico. Da mesma forma, NIETO et al. (1987) encontraram no Hospital de Caldas Antioquia menor prevalência de dias perdidos entre os trabalhadores do gênero masculino e casados. Entre as mulheres a prevalência foi maior entre as casadas ou viúvas do que as solteiras. RITCHIE et al. (1999), também estudando o absenteísmo-doença, no Reino Unido, no decorrer de 1 ano, observaram maiores taxas entre a população feminina, tanto entre aquelas que trabalhavam em período integral quanto em período parcial.

- **Grupo etário:** Os mais jovens parecem inclinados a se ausentarem mais que os idosos. QUICK e LAPERTOSA (1982), na análise do absenteísmo em usina siderúrgica mineira, durante o ano de 1980, compararam-na aos dados dos anos anteriores e verificaram uma maior incidência de afastamentos, por períodos prolongados, em empregados jovens e de menor tempo de serviço, por doenças e por acidentes de trabalho. Por outro lado, NIETO et al. (1987) relataram terem encontrado maiores taxas entre trabalhadores na faixa etária de 30 a 34 anos e menores taxas em trabalhadores com idade inferior a 24 anos e superior a 45 anos. NOGUEIRA (1980) também encontrou maiores frequências de absenteísmo-doença entre trabalhadores mais jovens que apresentaram maior número de ausências e de curta duração, enquanto que os grupos etários mais idosos tenderam para um menor número de licenças, mas de duração mais longa. Os mais idosos teriam maior senso de responsabilidade, faltando ao trabalho somente em caso de extrema necessidade. Segundo estudo de MARTOCCHIO (1989), as ausências voluntárias e involuntárias são inversamente relacionadas à idade. SZUBERT (1988) relatou que a duração média das ausências por doenças está associada à idade dos trabalhadores.

- **Estado conjugal:** Principalmente entre as mulheres casadas, o absenteísmo seria predominante devido à maior sobrecarga, aos distúrbios no sono e à fadiga causados no cumprimento do papel de mãe, dona de casa e de esposa, culturalmente ainda impostos às mulheres. Simpson, citado por NOGUEIRA (1980), verificou num estudo com professoras escocesas, maior número de episódios de ausências por doenças entre as casadas que entre as solteiras. Entretanto, o número de dias perdidos foi maior entre as solteiras. Lenzi, também citado por NOGUEIRA (1980), em um estudo sobre absenteísmo-doença com trabalhadoras de indústria de confecção italiana, encontrou absenteísmo inferior entre as solteiras. NOGUEIRA (1980), em seu próprio estudo, encontrou, proporcionalmente, um absenteísmo-doença semelhante no primeiro ano de trabalho entre solteiros e casados e, nos anos seguintes, uma freqüência maior entre os solteiros, deduzindo ser decorrente da existência de maior senso de responsabilidade imposta pela vida conjugal.

- **Tempo de trabalho:** O tempo de trabalho parece estar diretamente relacionado à prevalência de absenteísmo. NIETO et al. (1987), estudando o absenteísmo-doença em um hospital regional, encontraram elevado índice de ausências nos grupos com até 14 anos de trabalho (médias de dias de ausência anual por pessoa entre 12 a 19 dias) e índices bem menores após esse período (média de 4 dias).

- **Fator psicossocial:** Os fatores psicossociais no trabalho referem-se às interações entre:

- o ambiente de trabalho e seu conteúdo;
- as condições organizacionais;
- a capacidade, a necessidade e expectativa dos trabalhadores.

Tais fatores podem influenciar no desempenho e na satisfação no trabalho, bem como na saúde do trabalhador. Caso haja desequilíbrio entre as demandas existentes no trabalho e a habilidade ou possibilidade do trabalhador em enfrentá-las poderá haver o surgimento do estresse

ocupacional (PARAGUAY 1990); com conseqüências prejudiciais como: problemas cardiovasculares, distúrbios gastrointestinais, distúrbios de sono, depressão, uso de álcool e de outras drogas.

Os absenteísmos dos funcionários podem estar relacionados à insatisfação gerada pela carga de trabalho, pela política ou procedimentos da empresa e pelos benefícios oferecidos aos empregados. Por outro lado, a autonomia, a relação com os colegas e com as chefias e o estilo de liderança são fatores que geram satisfação e, conseqüentemente, reduziram as ausências ao trabalho.

A insatisfação no ambiente de trabalho afeta a qualidade da assistência prestada, encorajando o absenteísmo (LAROCQUE 1996): os trabalhadores a usam como “fuga” do local de trabalho. VALTORTA et al. (1985), analisando 400 servidores de um hospital paulistano, de ensino, de grande porte, ao tentarem entender as razões da procura freqüente pelo serviço médico, verificaram que o atendimento médico constituía uma válvula de escape às tensões, atribuindo ao médico a função de fiscal que não lhe cabe. Destacaram a necessidade da resolução da questão em nível de política empresarial, apoiada nas ações das chefias para tentar diminuir o absenteísmo por causas médicas. NIEDHAMMER et al. (1998), em estudo numa companhia nacional francesa de eletricidade e de gás, por meio da aplicação de 1.995 questionários, contendo questões relativas à demanda psicológica, à autonomia e ao suporte social, encontraram associação positiva do absenteísmo-doença de longa duração com baixos níveis de autonomia em ambos os gêneros e de suporte social entre os homens, concluindo que os fatores psicossociais, principalmente a autonomia, foram fatores preditivos do absenteísmo-doença.

Já NORTH et al. (1996), baseados numa coorte de 9.072 empregados civis ingleses, encontraram associação significativa entre baixo suporte, controle e demanda no trabalho com altas taxas de ausências de curta e longa durações, principalmente no gênero masculino.

No *26th International Congress on Occupational Health*, realizado na cidade de Singapura, em 2000, vários estudos apresentados mostraram a

importância do tema no campo de trabalho e que a associação dos fatores psicossociais (NIELSEN et al. 2000; BLATTER et al. 2000) gera estresse no trabalho (TAKEUCHI et al. 2000; HAYASHI e NAKATANI 2000), provocando o absenteísmo.

Mesmo em empresas com baixas taxas de absenteísmo-doença, os fatores psicossociais merecem ser investigados. MCKEVITT et al. (1997), comparando dois grupos de profissionais (médicos de hospital e de serviço de saúde da família e empregados de uma empresa de contabilidade), do Reino Unido, observaram que cerca de 80% dos participantes referiram que não se ausentavam no trabalho, mesmo estando doentes, por fatores relacionados à ética profissional, à responsabilidade (compromisso com os pacientes, com os colegas e para com o trabalho), bem como à incapacidade para enfrentamento da situação.

Já GRINYER e SINGLETON (2000), em estudo para verificar como a ausência por doença era percebida pelos trabalhadores de duas empresas do setor público do Reino Unido, concluíram que o comportamento chamado de "risco do não uso apropriado da licença médica" pode resultar em absenteísmo-doença de maior duração e que políticas administrativas (construção de modelos ideais para controle) podem gerar resultados prejudiciais para empregados e empregadores e reforçam a necessidade de que fatores sociais, culturais e organizacionais sejam observados nos estudos sobre absenteísmo.

- **Doença:** As licenças médicas constituem um dos maiores responsáveis pelas faltas ao trabalho e uma preocupação constante para os médicos do trabalho e para as organizações.

ROBAZZI et al. (1990), em estudo sobre o absenteísmo entre funcionários da equipe de enfermagem de uma clínica cirúrgica de um hospital de ensino, em Ribeirão Preto - São Paulo, encontraram 63,2% de dias perdidos por licenças decorrentes de doenças.

WRIGHT (1997), estudando o absenteísmo por licenças médicas em um hospital de ensino do Reino Unido, por períodos superiores a 30 dias,

encontrou como causas principais as doenças do sistema musculoesquelético, principalmente dor nas costas, representando 30% do total de dias perdidos.

No estudo de NOGUEIRA (1980), as ausências com duração de até dois dias representaram 73,03% do total de licenças nas três coortes estudadas e as doenças do aparelho respiratório, principalmente gripe (meses de junho e julho), foram as mais freqüentes (52,5% das licenças), seguidas das doenças infecciosas e parasitárias (meses de verão) com valores bem menores (10,2%).

- **Turno de trabalho:** Ainda não existe um consenso relacionando absenteísmo e turnos de trabalho.

ROBAZZI et al. (1990) encontraram maior freqüência entre os trabalhadores do turno diurno que no noturno. Entretanto, TAYLOR et al. (1972), estudando a relação das ausências com as condições de trabalho, encontraram associação moderada entre ausências por doença e horas de trabalho e forte associação entre ausência por doença e esquema de pagamento por doença, adotado pela empresa, entre os trabalhadores de turnos ingleses, principalmente entre aqueles que são motivados a trabalharem em turnos por razões financeiras.

FISCHER (1986), em uma revisão das causas de ausências ao trabalho entre trabalhadores de turnos, notou que há um grande número de fatores envolvidos (esquema de turnos, carga horária, freqüência da rotação, horário de início e de término do trabalho, número de dias trabalhados e de folgas, horas extras, experiência com o trabalho em turnos, condições de trabalho, entre outros) que agem isoladamente ou em combinações. Em seu estudo retrospectivo com 1.354 trabalhadores em turnos, de empresas automobilísticas da Grande São Paulo, o tempo de empresa foi uma variável importante, quanto menor o tempo no emprego maior foi o número de ausências. As ausências injustificadas também foram maiores que as de saúde.

COSTA (1996) relatou ter encontrado maior freqüência tanto em trabalhadores diurnos, quanto em turnos. Em sua revisão, demonstrou que

há dificuldade para tirar conclusões entre absenteísmo e trabalhos em turnos, provavelmente devido aos mecanismos envolvidos que são difíceis de serem interpretados em qualquer comparação entre trabalhos em turnos e diurnos. Entretanto, referiu que um achado comum de vários autores é que enquanto os trabalhadores em turnos apresentam alta frequência de queixas e de doenças, são menos inclinados a faltarem do que os trabalhadores diurnos. Essa diferença comportamental seria decorrente do transporte em horário de *rush* ou pela necessidade de resolução de problemas particulares que só podem ser resolvidos durante o dia.

Ainda, segundo revisão de COSTA, haveria uma solidariedade maior entre os trabalhadores de turnos, que os levariam a não se ausentarem para não causarem sobrecarga aos colegas e diferenças na percepção sobre o absenteísmo-doença. Esses trabalhadores de turno aceitariam como parte do trabalho algumas queixas e sintomas de doença; enquanto que os trabalhadores do diurno se achariam merecedores da licença médica.

- **Condições de trabalho:** A preocupação com o absenteísmo de empregados e as condições de trabalho datam de muito tempo. SHEPHERD e WALKER (1957), num estudo com 1.526 trabalhadores do sexo masculino, de indústrias inglesas de aço e de ferro, que estavam sujeitos às condições penosas, encontraram maiores incidências de ausências em trabalhos com maiores cargas físicas. A continuidade do trabalho sem pausa para descanso também foi associada às taxas mais elevadas de absenteísmo.

- **Período semanal:** As ausências tendem a predominar nos dias da semana e não nos fins de semana. No estudo de NOGUEIRA (1980), foram observadas maiores frequências de licenças com início às segundas-feiras. Esse autor atribuiu essa predominância como consequência de excessos cometidos pelos trabalhadores nos fins de semana relacionados à alimentação, ao lazer e à atividade física. ROBAZZI et al. (1990) também verificaram maior número de ausências nos dias da semana que nos fins de semana, assim como NIETO et al. (1987) que encontraram, entre trabalhadores da área hospitalar, menores frequências aos domingos e, logo a seguir, aos sábados.

- **Cargo/função:** No estudo de ROBAZZI et al. (1990), os cargos que não apresentaram ausências, no período de estudo de 1 ano, foram de agente administrativo e de diretor de serviço.

No estudo de GAZMURI et al. (1992), com trabalhadores de um hospital chileno, o absenteísmo-doença do pessoal envolvido na assistência foi de 3,59%; enquanto que o dos funcionários da área administrativa foi de 2,25%. A prevalência e a duração média das ausências foram maiores nas mulheres que nos homens, principalmente entre o pessoal da área assistencial. Somente em relação ao diagnóstico da doença não houve diferença entre os dois grupos.

MIRA et al. (1992), em estudo transversal de 3 anos para avaliar a importância do absenteísmo na organização hospitalar espanhola, na garantia da qualidade no cuidado à saúde decorrente de doenças entre seus profissionais, encontraram aumento progressivo nas taxas de frequência e de duração das ausências, por motivo de doenças, principalmente entre os profissionais menos graduados e menores escores, entre os profissionais da área administrativa e os mais graduados.

Assim como há funcionários que habitualmente faltam ao trabalho, há aqueles que nunca se ausentam, movidos por aspectos comportamentais (GRINYER e SINGLETON 2000). Entretanto, o número de pessoas sem ocorrências tende a diminuir de ano para ano, devido ao aumento da exposição ao risco de faltar, principalmente por doenças. NOGUEIRA (1980), utilizando a técnica da tábua de sobrevivência, observou, nas três coortes estudadas, nítida queda ao longo dos 60 meses de estudo na duração do não absenteísmo-doença, principalmente na população feminina.

1.2 O setor da saúde

1.2.1 O hospital

O hospital era considerado, até o final do século XVIII, um morredouro dos pobres e não um local onde as pessoas procuravam por

cura (FOUCAULT 1981). Atualmente, é definido como um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a uma determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório ou de outros serviços, conforme BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1987).

Os hospitais são categorizados de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE 1987, p.9,10 e 11) em:

- **Geral:** "hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, nas quatro especialidades básicas (clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia e pediatria)";
- **Especializado:** "hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, em uma especialidade";
- **Público:** "hospital que integra o patrimônio da União, estados, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado)";
- **Privado ou particular:** "hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público";
- **Filantropico:** "hospital privado, que reserva para a população carente serviços gratuitos, respeitando a legislação em vigor. Não remunera os membros de sua diretoria nem de seus órgãos consultivos, e os resultados financeiros reverterem exclusivamente à manutenção da instituição";
- **Beneficente:** "hospital privado, instituído e mantido por contribuições e doações particulares, destinado à prestação de serviços a seus associados, cujos atos de constituição especificam sua clientela. Não remunera os membros de sua diretoria, aplica integralmente os seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais, e seus bens, no caso de sua extinção, reverterem em proveito de outras instituições do mesmo gênero ou do poder público";

- **De ensino:** "hospital que, além de prestar assistência sanitária à população, desenvolve atividades de capacitação de recursos humanos";
- **De pequeno porte:** "hospital com capacidade de até 50 leitos";
- **De médio porte:** "hospital com capacidade de 51 a 150 leitos";
- **De grande porte:** "hospital com capacidade de 151 a 500 leitos";
- **De porte especial:** "hospital com capacidade instalada acima de 500 leitos".

Como prestadores de serviços, os hospitais representam sistemas psicossociais bem diferentes das organizações relacionadas à produção e à comercialização de bens. Suas características principais são a presença da pessoa doente e o atendimento realizado por outra pessoa. Portanto, mais do que em organizações industriais e comerciais, o desempenho depende dos integrantes da organização. A ausência ou baixa motivação contribui seguramente em prejuízo da qualidade de atendimento prestado. Portanto, a área de Recursos Humanos é estratégica para que o hospital cumpra suas funções.

Se de um lado, "as organizações são constituídas por pessoas, por outro, elas se tornam um meio para que essas pessoas alcancem seus objetivos pessoais" (CHIAVENATO 1990, p.17). Ainda, segundo o mesmo autor (p. 20), "uma organização existe somente quando há pessoas capazes de se comunicarem e que estejam dispostas a contribuir com ação conjunta a fim de cumprirem um objetivo comum".

O hospital, como uma organização complexa e diferenciada, que mantém intercâmbio constante com o ambiente, num sistema aberto, necessita de uma política voltada para a administração de recursos humanos para o alcance de sua eficácia, tarefa esta não exclusiva dos profissionais da área, mas de todos que têm sob sua responsabilidade a gestão de pessoas.

A administração de recursos humanos, como um processo, envolve cinco subsistemas que são inter-relacionados e interdependentes: de

Suprimento (pesquisa de mercado, recrutamento e seleção de pessoal), de Aplicação de Recursos Humanos (análise e descrição de cargos, avaliação de desempenho, movimentação de pessoal), de Manutenção (administração de salários, benefícios sociais, higiene e segurança do trabalho, controle de pessoal), de Desenvolvimento (treinamento e desenvolvimento de pessoas, desenvolvimento organizacional) e de Controle (banco de dados, sistemas de informações e auditoria de recursos humanos) (CHIAVENATO 1990).

Dentre esses aspectos destacam-se:

- a **avaliação de desempenho**, por constituir uma ferramenta importante para que as chefias possam identificar os pontos fortes e fracos e dar o *feedback* necessário aos subordinados em benefício do indivíduo, da própria chefia e da organização;
- o **plano de benefícios sociais**, oferecido pelo hospital, por constituir também um fator de motivação para os trabalhadores na satisfação de suas necessidades fisiológicas, de segurança, sociais e de estima; de melhoria da qualidade de vida; de aumento da produtividade; de melhoria do clima organizacional e de manutenção e de redução do absenteísmo dos trabalhadores;
- os **programas de higiene e de segurança do trabalho**, por estarem relacionados à manutenção das condições de saúde e de bem-estar dos trabalhadores, à minimização das situações de insalubridade e de periculosidade existentes no ambiente hospitalar e à prevenção de incêndios, roubos e de acidentes;
- o **treinamento e desenvolvimento de pessoal**, por estar relacionado à mudança de comportamento por meio da transmissão de informações e de conhecimentos e ao desenvolvimento de habilidades e de atitudes, a partir de um levantamento das necessidades baseado, entre outros, nas avaliações de desempenho, nas observações, nas reuniões com os subordinados, nas mudanças de rotinas de trabalho, nas pesquisas com os clientes internos e externos e nos indicadores como os de absenteísmo dos trabalhadores por motivos voluntários, de doenças e de acidentes de trabalho.

1.2.2 A questão do absenteísmo nos hospitais

A questão do absenteísmo em instituições de saúde, principalmente na área de enfermagem, é uma preocupação constante por afetar a qualidade da assistência direta prestada aos pacientes internados (REIS 1986; ROBAZZI et al. 1990).

Os hospitais públicos e privados têm características distintas tanto em relação à clientela atendida quanto em seu aspecto de gerenciamento da organização, incluindo aí seu recurso humano. No estudo de ALVES (1994), com o pessoal de enfermagem em cinco hospitais, públicos e privados, de Belo Horizonte, as ausências por licenças médicas representaram de 65% a 90% do total de ausências e as faltas voluntárias de 10 a 35%. Entretanto, os índices de absenteísmo encontrados foram maiores nos hospitais públicos que nos privados, inferindo a autora sobre a existência de um maior controle por meio de mecanismos de punição nos hospitais privados.

Na área hospitalar, são motivos de ausências ao trabalho:

- **Doença:** Atribuída às doenças ou aos procedimentos médicos, aceita pela entidade empregadora ou pelo sistema de previdência social. A licença médica é fornecida pelo médico do trabalho, por meio de consulta ou de troca de atestado fornecido por médico externo à empresa. O servidor não estando apto a retornar ao trabalho em 15 dias, continua em licença por meio de pedido de auxílio doença, passando a receber a remuneração (91% do salário benefício) pelo Instituto Nacional do Seguro Social (I.N.S.S.), de acordo com o Decreto-lei número 3048, de 06/09/99, artigo 39 do Regulamento Geral da Previdência Social.

- **Acidente de trabalho:** É considerado acidente de trabalho qualquer ocorrência no ambiente de trabalho ou no trajeto. Por meio da comunicação à chefia, o servidor é encaminhado para o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). O acidentado recebe os primeiros 15 dias

do acidente pela instituição empregadora e a partir do 16 ° dia pelo I.N.S.S. (91% de seu salário limitado ao teto);

- **Legal:** São as faltas ao serviço amparadas por lei, ou seja, o empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário. A seguir, tem-se a transcrição da parte do Artigo 473, Capítulo IV–Da Suspensão e da Interrupção, de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL.CLT. 2001):

- I. até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica;
- II. até 3 (três) dias consecutivos, em virtude de casamento;
- III. por 1 (um) dia, em caso de nascimento de filho, no decorrer da primeira semana;
- IV. por 1 (um) dia, em cada 12 (doze) meses de trabalho, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada;
- V. até 2 (dois) dias consecutivos ou não, para o fim de se alistar eleitor, no termo da lei respectiva;
- VI. no período de tempo em que tiver de cumprir as exigências do Serviço Militar referidas na letra “c” do art. 65 da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar);
- VII. nos dias em que estiver comprovadamente realizando provas de exame vestibular para ingresso em estabelecimentos de ensino superior;
- VIII. pelo tempo que se fizer necessário, quando tiver que comparecer a juízo”.

Ainda, segundo a Consolidação das Leis do Trabalho, no Capítulo III–Da Proteção do Trabalho da Mulher, Seção V–Da Proteção à Maternidade, Art. 392:

“É proibido o trabalho da mulher grávida no período de 4 (quatro) semanas antes e 8 (oito) semanas depois do parto.

§ 1º Para os fins previstos neste artigo, o início do afastamento da empregada de seu trabalho será determinado por atestado médico nos termos do art. 375, o qual deverá ser visado pela empresa.

§ 2º Em casos excepcionais, os períodos de repouso antes e depois do parto poderão ser aumentados de mais 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico, na forma do § 1º.

§ 3º Em caso de parto antecipado, a mulher terá sempre direito às 12 (doze) semanas previstas neste artigo.

§ 4º É garantido à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo do salário e demais direitos:

I – transferência de função, quando as condições de saúde o exigirem, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho;

II – dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares”.

A Constituição da República Federativa do Brasil publicada em 1988 (OLIVEIRA 2000) também assegura a licença-maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário com a duração de cento e vinte dias (Art. 7º, XVIII, do Capítulo II – Dos direitos sociais) e a licença-paternidade com duração de cinco dias (Art. 7º, XIX do Capítulo II – Dos direitos sociais e Art. 10º, II, § 1º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias).

- **Voluntário:** É a ausência motivada por falta de vontade de trabalhar por razões particulares. Essas faltas podem ser deferidas ou não pelas chefias.

São classificadas em:

- **Falta abonada:** Quando o motivo apresentado pelo servidor é considerado relevante pela chefia. Nesse caso, o servidor não sofre desconto salarial e tem o direito, ao trabalhar em instituição pública, a 6 faltas no ano, não excedendo a 1 (uma) ao mês;
- **Falta justificada:** Quando a critério da chefia o motivo alegado pelo servidor é considerado relevante. O limite de justificativa

é de 24 por ano, sendo as 12 primeiras autorizadas pelo superior imediato e as 12 seguintes a critério do Diretor Executivo da instituição pública. O servidor sofre desconto salarial correspondente, bem como esse tipo de falta é computado como ocorrência para desconto nos dias de férias.

- **Falta injustificada:** É considerada quando o próprio servidor deixa de solicitar abono ou justificativa da falta, ou quando a chefia indefere o pedido solicitado. Nesse caso, o servidor sofre desconto do dia em que faltou e mais o desconto semanal remunerado, além da possibilidade de aplicação de penalidades.

- **Compulsório:** são as ausências por aplicação de pena disciplinar por parte do empregador, em caso de falta grave ou de reincidência do trabalhador, com afastamento temporário do cargo.

Em instituição privada, o servidor também tem direito à licença adoção (30 dias em caso de adoção de crianças menores de 1 ano), à licença remunerada (até 30 dias por solicitação da chefia com autorização da diretoria administrativa) e à licença não remunerada (também por solicitação da chefia com autorização da diretoria administrativa).

Em instituição pública, o servidor pode solicitar afastamento, remunerado ou não, para participar de cursos e congressos de âmbito nacional e internacional, realizar estágios, atender a projetos de pesquisa e para representar a Instituição em atividades diversas ou, ainda, para tratar de assuntos de ordem particular (nesse caso, sem remuneração). O prazo de afastamento varia de acordo com a participação e o evento, e o seu pedido deve ser justificado pelas chefias imediata e mediata e aprovado pela Diretoria Executiva e pelo Conselho Diretor. Ainda nessas instituições públicas, as mães trabalhadoras também têm direito ao afastamento para tratamento de filhos matriculados na creche do hospital, mediante atestado médico emitido em nome do filho ou não matriculadas na creche, até a idade

de 12 anos, mediante atestado médico externo. Os afastamentos são deferidos pelas chefias imediatas até 15 dias no ano. Para os afastamentos que ultrapassem 15 dias por ano, a solicitação é enviada à Diretoria Executiva para manifestação.

1.2.3 Características e especificidades do Serviço de Nutrição e Dietética no contexto hospitalar

O Serviço de Nutrição e Dietética (SND), inserido nos serviços assistenciais hospitalares, presta assistência nutricional à comunidade, sadia e enferma, por meio do fornecimento de refeições, orientação dietoterápica e educação alimentar (OLIVEIRA e NERY 1982). As instituições de ensino e de pesquisa oferecem campo para estágio para estudantes e profissionais e desenvolvem atividades de pesquisa com publicações de trabalhos em revistas nacionais e internacionais.

Não se sabe exatamente quando se iniciou a assistência nutricional às pessoas doentes, mas, provavelmente, foi por volta de 1854, durante o Conflito na Criméia, Rússia, na figura de Florence Nightingale, enfermeira e heroína de guerra, que observou a necessidade do cuidado e de uma alimentação adequada aos soldados doentes. A partir dessa época, as mulheres começaram a se interessar pelo assunto e a desenvolver a dietética aliada ao ensino da enfermagem. O interesse pelos princípios científicos da arte de cozinhar desenvolveu-se rapidamente e as "dietistas"/nutricionistas atuais passaram a atuar e a contribuir na criação e no gerenciamento dos serviços de alimentação hospitalar, como ciência da nutrição (LIPSCOMB 1966).

O setor responsável pelo preparo da alimentação destinada aos enfermos, a partir de 1899, foi denominado de "Cozinha de dietas" sob responsabilidade dos "dietistas"/nutricionistas, especialmente qualificados para exercerem essa função (WEST 1973).

Com o passar das décadas e com a ampliação da Nutrição Humana Aplicada, em 1917, o setor de "Cozinha de dietas" foi dividido em dois tipos

de serviços: o de Nutrição e Dietética, destinado a pacientes e o de Alimentação, voltado para a coletividade sadia (restaurantes industrial, escolar, comercial, etc.) (CARVALHO 1965).

No Brasil, o primeiro SND organizado no setor hospitalar foi decorrente da criação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1943 (PASSOS 1978).

O SND de um hospital é um dos sistemas mais complexos e dinâmicos, envolvendo as seguintes atividades: administrativas (planejamento, organização, comando, coordenação, controle); técnicas (prestação de assistência nutricional a pacientes e funcionários); comerciais (previsão, requisição, seleção, compra, conferência, recebimento, distribuição); contábeis (inventários, levantamentos estatísticos, relatórios, cálculo de custos); financeiras (controle do material de consumo, racionalização do trabalho, aumento da produtividade); de segurança (dos comensais em geral, dos funcionários do serviço e de equipamentos, utensílios e materiais utilizados) (MEZOMO 1985). Além disso, desenvolve atividades de ensino, de treinamento em serviço, de pesquisa, de educação para a saúde da comunidade e de controle higiênico-sanitário baseado em legislação específica.

Os funcionários de um SND são compostos por categorias profissionais diversas: nível superior (nutricionista), nível médio (técnico em nutrição, escriturário/auxiliar administrativo) e nível operacional (cozinheiro, confeitoiro, auxiliar de cozinha, atendente de nutrição). Todos atuam em diversas áreas de trabalho como:

- **cozinha**, propriamente dita, com as subáreas de:
 - . Recebimento e armazenamento de gêneros alimentícios perecíveis e "não perecíveis" e de materiais: Responsável pela previsão, requisição, recebimento, armazenagem e controle de estoque dos gêneros alimentícios e materiais necessários ao Serviço;
 - . Pré-preparo de alimentos: Preparação de carnes, saladas, sobremesas e sucos;

- . **Preparo de alimentos:** Área destinada à cocção dos alimentos destinados à composição de dietas de rotina e modificadas, por meio de técnicas de cozinhar, grelhar, fritar e assar;
 - . **Preparo de dietas enterais:** Local destinado ao preparo e envase de dietas a serem administradas por sondas;
 - . **Distribuição de alimentos:** Pelo sistema centralizado que consiste no preparo e porcionamento das refeições na própria cozinha, normalmente com uso de esteira rolante ou pelo sistema descentralizado, no qual os alimentos preparados na cozinha são acondicionados e transportados em carros térmicos para as copas das unidades de internação, onde são porcionados, identificados e distribuídos aos pacientes internados;
 - . **Higienização:** Lavagem de utensílios utilizados no preparo das refeições para pacientes e comensais;
-
- **Refeitório ou restaurante:** Local destinado à alimentação de funcionários, estudantes, acompanhantes de pacientes e/ou visitantes do hospital;
 - **Lactário:** Preparo de fórmulas lácteas, de chás, de sopas e de sucos destinados às crianças internadas e à creche para filhos de funcionários, existente em alguns hospitais;
 - **Unidade de internação, unidade de emergência e hospital-dia:** Fornecimento de dietas, orientação dietoterápica e educação alimentar a pacientes sob regime de internação ou de observação;
 - **Ambulatório:** Orientação dietoterápica e educação alimentar a pacientes externos e seus familiares.

Descritas as áreas e subáreas de trabalho, seguem-se, em linhas gerais, as atribuições dos profissionais:

- **Atendente de nutrição e/ou auxiliar de cozinha:** Executa tarefas relacionadas ao pré-preparo, preparo e distribuição da alimentação aos

pacientes e comensais, bem como a higienização de utensílios e equipamentos, obedecendo técnicas e padrões pré-estabelecidos;

- **Cozinheiro:** prepara alimentos de acordo com as receitas e os cardápios estabelecidos para as dietas normais e especiais, destinadas aos pacientes internados e comensais;
- **Técnico em nutrição:** Auxilia o nutricionista na elaboração da previsão de gêneros alimentícios e de materiais, na confecção de cardápios e na supervisão do trabalho desenvolvido pelo pessoal operacional;
- **Nutricionista:** Mantém o controle higiênico-sanitário dos alimentos, presta assistência nutricional direta segundo os níveis de assistência (primário, secundário, terciário) requeridos pelo paciente internado e paciente ambulatorial e desenvolve programas de ensino e de pesquisa na área;
- **Escriturário ou auxiliar administrativo:** Executa serviços burocráticos.

As terminologias de alguns cargos divergem de uma instituição para outra (por exemplo: atendente de nutrição, copeiro ou auxiliar de cozinha), bem como em alguns hospitais há cargos de confeitiro (prepara sobremesas, principalmente doces), açougueiro (responsável pelo corte e preparo das carnes) e de contínuo (também denominado mensageiro, distribui correspondências internas e externas).

Segundo MEZOMO (1985, p. 229) "Normalmente, cerca de 70% da mão-de-obra de um SND constitui-se de indivíduos pertencentes às classes sociais menos favorecidas, de cultura primária, arraigados aos tabus e credices, de poder aquisitivo baixo, e cuja única noção sobre alimentação, fundamenta-se em comer para viver" e, portanto, ingressam ao serviço sem conhecimento prévio específico para a função-atividade. Dessa forma, o treinamento e a capacitação da mão-de-obra tornam-se cruciais, bem como

o comprometimento do grupo com a missão do serviço e da instituição. Dependendo da função e do local de trabalho, os trabalhadores de um SND são sujeitos às condições de trabalho como ruído, calor, umidade, risco de acidente, esforço físico e/ou mental, ritmo de trabalho intenso, monótono e repetitivo, em posturas estáticas que podem conduzir à fadiga física, ao estresse e às doenças ocupacionais. Normalmente, essa população é constituída de mulheres que têm além do trabalho no hospital o cuidado à casa e aos filhos.

O SND tem, também, como exigência, a prestação diária de atividade, ininterrupta e contínua, independente do número de funcionários presentes no dia, a fim de propiciar o fornecimento de alimentação aos pacientes e/ou funcionários do hospital. Os doentes, principalmente, não podem deixar de receber as dietas, que fazem parte do seu processo de cura.

As ações desenvolvidas num SND exigem exatidão, rapidez e sincronia da equipe. Se a falta de um elemento da equipe gera atrasos e quebras na linha de produção, com conseqüente sobrecarga aos trabalhadores presentes e prejuízos no atendimento aos pacientes, o que aconteceria se houvessem várias ausências no dia e/ou se essa situação não for momentânea? Toda a organização e a qualidade do serviço prestado ficariam efetivamente comprometidas.

1.3 O absenteísmo nos Serviços de Alimentação e de Nutrição e Dietética, segundo literatura especializada

Nos levantamentos bibliográficos realizados, notam-se que os estudos específicos sobre absenteísmo e/ou não absenteísmo em Serviços de Alimentação e de Nutrição e Dietética ainda são poucos, em relação aos trabalhadores de outros setores.

TAYLOR (1981), em um artigo sobre absenteísmo em Serviço de Alimentação americano, chamou a atenção para o problema do absenteísmo

crônico como principal gerador de estresse e de redução na produtividade, principalmente por licenças médicas não previsíveis e ressaltou a necessidade dos gerentes e supervisores identificarem as causas para desenvolvimento e implantação de ações corretivas. Referiu, como causas principais das ausências, as doenças e as emergências pessoais. A insatisfação no trabalho é citada como um fator comportamental relevante para as ausências crônicas, que leva ao desligamento do funcionário, gerando, conseqüentemente, maior rotatividade da mão-de-obra. Fatores como alcoolismo, consumo de outras drogas ilícitas, responsabilidades familiares, problemas conjugais e com os filhos, excesso de horas de trabalho e personalidade (instabilidade emocional, agressividade, desrespeito às regras sociais e falta de responsabilidade) são citados como fatores contribuintes para o absenteísmo crônico. A identificação do problema, se localizado em determinado setor ou em determinadas tarefas ou em determinados trabalhadores, aliada a programas de incentivo e motivacionais são mencionados na redução do problema do absenteísmo.

HSIEH et al. (1994), em estudo realizado em Serviços de Alimentação (escola, asilo) e de Nutrição e Dietética (hospital) americanos, para avaliar a relação entre a freqüência das avaliações de desempenho e as taxas de absenteísmo e de rotatividade dos empregados e as atitudes dos gerentes, encontraram taxas de absenteísmo menores (0,60, 0,40 e 0,25) nos locais onde as avaliações de desempenho foram realizadas com maior freqüência (< 1 ano; 1 a 3 vezes/ano e > 3 vezes/ano, respectivamente). Quanto à taxa de rotatividade, não foram encontradas diferenças significativas em relação à freqüência das avaliações de desempenho. Comparando as taxas de absenteísmo nos locais onde foram realizados os estudos: nos hospitais observaram-se as maiores taxas (1,01) em relação às escolas (0,31) e asilos (0,15), atribuindo os autores a maior carga de trabalho e ao ambiente "impessoal" existente nos hospitais, principalmente de grande porte. Nas escolas e asilos, as avaliações de desempenho foram realizadas em menor freqüência que nos hospitais ($p < 0,05$). As atitudes dos gerentes foram positivas em relação ao uso das avaliações de desempenho como uma

importante ferramenta de gestão de pessoas, referindo os mesmos que houve melhora do desempenho dos empregados após a avaliação. Concluem os autores pela eficácia do uso das avaliações de desempenho na redução do absenteísmo de empregados de Serviços de Alimentação e de Nutrição e Dietética.

MORRONE e GARCIA (1978), em pesquisa sobre acidentes de trabalho em um hospital paulistano, apresentada no XVII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho, encontraram coeficientes de frequência (225,5 e 113,5) e de gravidade (2.188,4 e 1.248,9), respectivamente, mais elevados nos Serviços de Nutrição e Dietética e de Lavanderia que nos Serviços de Enfermagem (coeficiente de frequência = 17,6 e coeficiente de gravidade = 255,4) e nos Serviços de Gráfica / Transporte / Conservação / Zeladoria (coeficiente de frequência = 3,1 e coeficiente de gravidade = 105,9). Entre os profissionais que mais se acidentaram destacaram-se os serventes e os cozinheiros, o que era esperado pelas atividades realizadas nesses serviços. A grande maioria (70,7%) dos acidentes ocorreu no próprio serviço, concluindo os autores pela necessidade de modificações no ambiente e nas condições de trabalho. Na investigação das causas das quedas acidentais (30,5% dos acidentes de trabalho, segundo causa externa da lesão), o uso de calçados impróprios ou excessivamente desgastados representou frequências elevadas. As lesões superficiais, contusões e esmagamentos sem alteração da superfície cutânea representaram 41,2%, enquanto que os entorses e distensões 24,4% e as lacerações e ferimentos 20,4% dos acidentes, segundo a natureza da lesão. De acordo com os mesmos autores, os trabalhos que exigem maior esforço físico e pouca ou nenhuma qualificação são os piores remunerados e apresentam os maiores riscos de acidentes. Recomendam a necessidade de se priorizar, dentro do ambiente hospitalar, áreas com maiores riscos de acidentes, como os Serviços de Nutrição e Dietética e de Lavanderia, visando à prevenção.

VALTORTA (1988), em uma análise dos acidentes de trabalho no triênio 1983/1985 no Hospital das Clínicas de São Paulo, com cerca de

10.000 servidores, observou entre os cozinheiros um coeficiente de incidência de 265,0, inferior somente ao de marceneiros com 386,6. Entre os atendentes de nutrição encontrou 179,7; entre os serventes 156,2; entre os escriturários 22,8 e entre os nutricionistas 16,8, o menor coeficiente entre todas as funções analisadas. As conseqüências dos acidentes mais comuns foram ferimento e contusão, sendo os dedos das mãos o principal órgão-alvo. Durante o triênio estudado, 1 acidentado afastou-se em média 2 semanas e, segundo a distribuição temporal as maiores freqüências ocorreram nos meses de maio e de agosto, às segundas-feiras, com decréscimo ao longo da semana e com distribuição entre os dias 6 a 10 e de 26 a 30 do mês, sugerindo, o autor, haver o aspecto financeiro como fator predisponente para os acidentes.

KITAHARA et al. (1982), em um estudo das condições de segurança, higiene e medicina do trabalho em um Serviço de Nutrição e Dietética de um hospital geral paulista, com cerca de 129 funcionários e 3.387 refeições/dia, encontraram, no levantamento das ausências ocorridas no período de 1 ano, uma duração média de ausências por pessoa de 16,7 dias, sendo de auxílio-enfermidade (ausência de 1 a 15 dias) de 7,2 dias, correspondendo a 93,1% do total das ausências, de auxílio-doença (duração da ausência maior que 15 dias) de 7,7 dias e de acidente de trabalho de 1,7 dia. O mês de maior prevalência do auxílio-enfermidade foi dezembro (43%) e o de menor prevalência, setembro (26%). Os acidentes de trabalho representaram 16,28% do pessoal efetivo e as quedas motivadas por pisos escorregadios e o transporte inadequado de carros térmicos, para distribuição da alimentação pelas copeiras, foram as causas mais freqüentes dos acidentes. Concluíram que, embora os requisitos de construção, iluminação, ventilação e *layout* do serviço fossem satisfatórios, havia necessidade de ampliação da área física de alguns setores de trabalho, de troca de equipamentos em más condições, de desenvolver programas de redução do estresse observado entre os trabalhadores e de criação de um serviço de assistência médica exclusiva para atendimento dos trabalhadores para maior controle da saúde e das ausências por doenças, bem como de

trabalhos conjuntos do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) para implantação de campanhas permanentes de educação em segurança e higiene no trabalho.

GARCIA et al. (1998), em estudo com um grupo de 185 trabalhadores da Divisão de Alimentação da Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS) da Universidade de São Paulo, encontraram, analisando as Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), emitidas no período de setembro de 1996 a agosto de 1997, uma prevalência de 4,3% de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), entre todos os trabalhadores da área e de 13% quando considerado somente o cargo de auxiliar de cozinha. Na distribuição dos números de CAT de cozinheiros e de auxiliares de cozinha, por gênero e tempo de serviço, a maior frequência de CAT por DORT foi entre as trabalhadoras e com tempo de início das atividades entre 5 a 10 anos. Entre o gênero masculino houve somente 1 caso entre os 19 CAT. O tempo de início dos sintomas, relatado pelos trabalhadores, foi o de menos de 5 anos, inferindo os autores ter havido uma possível subnotificação ou falta de diagnóstico anterior ou um agravamento das condições de trabalho no período. Comentaram os autores que, apesar das Lesões por Esforço Repetitivo (LER) acometerem a população de trabalhadores das várias categorias, são mais notificadas nas categorias metalúrgica e bancária e que na área de alimentação os estudos estão ainda no início. Portanto, estudos como da COSEAS são importantes para além de quantificar os DORT, permitirem identificar as funções mais atingidas e, sobretudo, planejar ações para sua prevenção.

1.4 Relevância do tema como objeto de reflexão

Atualmente, a valorização de uma alimentação saudável aliada à qualidade higiênico-sanitária e aos aspectos gastronômicos vêm provocando mudanças no segmento da alimentação, inclusive na área hospitalar, a busca incessante da qualidade e da satisfação do cliente pela melhoria na

hotelaria hospitalar, que passa necessariamente pela alimentação oferecida, é um desafio para os profissionais da área, que além da responsabilidade técnica necessitam gerenciar seus recursos humanos, na maioria das vezes, com qualificação insuficiente.

Portanto, para o bom desempenho do serviço, para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos clientes internos e externos, bem como para a melhoria das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores, tanto de instituições públicas quanto privadas, torna-se fundamental, num primeiro momento, a caracterização da situação do absenteísmo dos trabalhadores entre os Serviços de Nutrição e Dietética de hospitais, público e privado, considerados de excelência no mercado, para a partir desse diagnóstico global implantar ações, junto aos profissionais da saúde do trabalhador e à administração superior, que propiciem a melhoria das condições de trabalho e minimizem a questão do absenteísmo dos servidores ao trabalho, promovendo, conseqüentemente, a qualidade na prestação da assistência ao cliente principal, o paciente atendido.

2 OBJETIVOS

Tendo em vista o pressuposto básico de que há diferentes motivos atribuídos ao absenteísmo de trabalhadores dos Serviços de Nutrição e Dietética de um hospital público em relação ao privado, o presente trabalho apresenta como objetivos:

2.1 Geral

- Caracterizar o absenteísmo de trabalhadores em dois Serviços de Nutrição e Dietética Hospitalar, um público e outro privado, sediados na cidade de São Paulo.

2.2 Específicos

Comparar o absenteísmo entre os dois Serviços de Nutrição e Dietética:

- Caracterizando as ausências dos servidores ao trabalho por meio de indicadores específicos;
- Classificando os motivos das ausências, segundo a legislação trabalhista vigente;
- Identificando e categorizando as ausências, segundo causas das doenças e dos acidentes de trabalho;
- Verificando a opinião dos trabalhadores sobre as condições de trabalho e a questão do absenteísmo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Caracterização dos Hospitais A e B

Para efeito didático, serão utilizadas também as terminologias **Hospital A** para nomear o hospital público e **Hospital B** para nomear o hospital privado.

O Hospital A, público, foi criado por um decreto-lei, nº 42.817, em 24/12/63, suas obras tiveram início em 1969 e foram concluídas em 1975, para atuar na área de saúde, oferecendo assistência médica, educação para a saúde da comunidade, ensino de graduação e pós-graduação, pesquisa e desenvolvimento. Ocupa posição de destaque como hospital de referência na área de cardiologia do país. O Hospital A atende, desde 1977, pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua maioria (75%), além de pacientes particulares, de convênios e de seguros médicos. Possui cerca de 427 leitos distribuídos em seus 11 pavimentos. Faz parte de um complexo hospitalar, com mais 8 unidades. Está vinculado tecnicamente a uma faculdade de medicina e administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde. Possui em seu quadro cerca de 2.900 profissionais de todas as categorias, sendo que aproximadamente 4% pertencem ao SND.

O SND do Hospital A, subordinado diretamente à Diretoria Executiva, iniciou suas atividades em 10/01/1977, com as demais áreas do hospital, a princípio voltadas ao atendimento ambulatorial e, posteriormente, em 24/10/1977, à área de produção de alimentos com o início da internação de pacientes para a realização de exames hemodinâmicos. É uma das unidades que compõem o hospital e tem como objetivos a assistência, o ensino, a pesquisa e a educação para saúde da comunidade, alinhados aos da instituição. Possui, em sua estrutura organizacional, 3 Seções (produção de alimentos, assistência nutricional ao paciente internado e assistência nutricional ao paciente externo) e 2 Setores (expediente e de controle de qualidade).

Na área assistencial, o SND do Hospital A fornece cerca de 70.000 refeições/mês, sendo 85% destinadas aos pacientes internados e 15% aos

acompanhantes de pacientes e aos funcionários. As refeições produzidas e distribuídas são representadas por dietas padronizadas e classificadas pelo Ato Normativo CRN-3, N° 06/2001 (Conselho Regional de Nutricionistas) em:

- . dietas de rotina: “aquelas que permitem alterações quanto à consistência, por exemplo: dieta geral, branda, leve, pastosa, líquida”. Representam aproximadamente 30%;

- . dietas modificadas: “aquelas com alterações quantitativas e/ou qualitativas e/ou físico-químicas e/ou organolépticas, originadas de adaptações das dietas de rotina, como exemplo: as dietas hipossódicas ou sem resíduos”. Representam em torno de 30%;

- . dietas especiais: “aquelas com alterações quantitativas e/ou qualitativas, que envolvem restrições a determinados nutrientes, como por exemplo: as dietas hipoproteicas, hipogordurosas, baixo em colesterol, para diabetes”. Representam aproximadamente 25%;

- . dietas especializadas: “aquelas destinadas para fins específicos, como por exemplo: as dietas enterais ou para preparo de exames”. Representam em torno de 15%.

Na área de assistência direta aos pacientes, o SND do Hospital A presta atendimentos ambulatoriais (em grupo ou em consultas individuais) em média a 700 pacientes/mês e aos pacientes internados, em torno de 4.000 atendimentos/mês, segundo os níveis de assistência nutricional (CARDOSO et al. 1997) classificados em: primário (pacientes que não necessitam de dietoterapia específica e não apresentam risco nutricional = 3%), secundário (pacientes que necessitam de dietoterapia específica ou apresentam risco nutricional = 22%) e terciário (pacientes que necessitam de dietoterapia específica e apresentam risco nutricional = 75%).

Na área de ensino, o SND do Hospital A promove curso de especialização em Nutrição Hospitalar em Cardiologia; fornece campo de estágio curricular para estudantes dos Cursos de Graduação em Nutrição e estágios supervisionados para profissionais já formados; promove, também, Curso de Atualização em Nutrição e Doenças Cardiovasculares para profissionais e estudantes da área, bem como Curso de Educação

Nutricional voltado à coletividade leiga, visando à divulgação de medidas preventivas e terapêuticas relacionadas às doenças cardiovasculares.

Desenvolve, ainda, atividades de treinamento de pessoal compreendendo a integração de novos funcionários, treinamentos teóricos e em Serviço, de acordo com o diagnóstico de necessidades da área.

No campo da pesquisa, atua na execução de protocolos provenientes da área médica e desenvolve pesquisas com publicações específicas na área de Nutrição em Cardiologia, nas linhas de: nutrição nas dislipidemias; nutrição na obesidade; nutrição nas cardiopatias congênitas; nutrição na insuficiência cardíaca; nutrição e fatores de risco para doença arterial coronária; terapia nutricional; prevenção, promoção e educação alimentar na criança e no adulto; técnicas e métodos para diagnóstico na avaliação nutricional e alimentar de cardiopatas; gastronomia hospitalar; controle de qualidade e saúde do trabalhador de SND.

O Hospital B, privado, tem sua história iniciada em 1921, quando um grupo de senhoras da comunidade de imigrantes constituiu uma Sociedade Beneficente de Senhoras com a finalidade de angariar fundos para a construção de um hospital que atendesse a população de todas as classes sociais. A Sociedade é entidade beneficente declarada de utilidade pública e, como tal, mantém certo percentual de leitos para pacientes carentes de recursos. A construção do Hospital B teve início em 1930 e, no ano de 1941, com o prédio praticamente pronto, foi desapropriado por ordem do interventor de São Paulo para instalação de uma escola de cadetes. Após 18 anos de luta das senhoras da Sociedade, em 1959, o prédio foi devolvido para instalação de um hospital. As atividades hospitalares tiveram início oficial em 1965, com 65 leitos. Hoje, possui cerca de 400 leitos, sendo que em média 8% são destinados aos pacientes não pagantes. Tem em seu quadro funcional em torno de 2.300 funcionários, sendo que em média 7% pertencem ao SND.

O SND do Hospital B está subordinado à Diretoria Administrativa e, tem, por objetivos, a prestação de assistência nutricional aos pacientes

internados, fornecer campo de estágio curricular para alunos de Graduação em Nutrição e desenvolver pesquisas nas áreas de obesidade e de terapia nutricional. Promove, anualmente, eventos como Jornadas de Nutrição Hospitalar.

O Hospital B produz e distribui aproximadamente 90.000 refeições ao mês, sendo que 30% são destinadas aos pacientes e 70% aos acompanhantes de pacientes e aos funcionários. As dietas de rotina representam cerca de 50% das dietas fornecidas aos pacientes, 40% são constituídas por dietas modificadas e especiais e 10% por dietas especializadas.

3.2 População do estudo

A população do estudo foi composta de servidores de todas as categorias funcionais que estavam na ativa em 2001, nos Serviços de Nutrição e Dietética dos Hospitais A e B, sediados na cidade de São Paulo. Estabeleceu-se o critério de não inclusão ao estudo os responsáveis pelos Serviços de Nutrição e Dietética, os servidores com menos de 3 meses de contratação e àqueles que estavam em licença médica pelo I.N.S.S. há mais de 1 ano (8 servidores do Hospital A e 2 servidores do Hospital B). Portanto, foram incluídos no estudo:

Tabela 1 - Distribuição da população de estudo dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

HOSPITAL A (público)		HOSPITAL B (privado)	
CARGO	Nº FUNCIONÁRIOS	CARGO	Nº FUNCIONÁRIOS
Nutricionista chefe	03	Nutricionista senior	02
Nutricionista encarregado	02	Nutricionista	17
Nutricionista	10	Auxiliar administrativo	03
Técnico em nutrição	04	Auxiliar de almoxarifado	06
Encarregado de setor	01	Cozinheiro	10
Escriturário	07	Confeiteiro	01
Contínuo porteiro	01	Auxiliar de cozinha	41
Cozinheiro	08	Copeiro	82
Atendente de nutrição	87		
TOTAL	123	TOTAL	162

Os cargos foram agrupados em categorias: operacional (atendente de nutrição, cozinheiro, copeiro, auxiliar de cozinha, confeitoiro e auxiliar de almoxarifado); administrativo (auxiliar administrativo, escriturário e contínuo porteiro); técnico (técnico em nutrição e nutricionista); chefia (encarregado de setor, nutricionista encarregado, nutricionista chefe e nutricionista sênior). No Anexo 1, encontram-se as descrições dos cargos dos Serviços de Nutrição e Dietética dos Hospitais A e B.

3.3 Coleta de dados

As ausências de cada servidor participante do estudo foram coletadas a partir das ocorrências registradas em escalas mensais dos SND dos Hospitais A e B, referentes ao período de janeiro a dezembro de 2001, anotando-se os dados em planilhas criadas, utilizando-se o programa *MICROSOFT OFFICE EXCEL, 1997*.

As causas das ausências por doenças e por acidentes de trabalho foram obtidas junto ao Serviços de Medicina do Trabalho das instituições envolvidas.

Para verificar a opinião dos trabalhadores sobre as condições de trabalho e a questão do absenteísmo, foi utilizado o questionário de auto-avaliação, aplicado uma única vez, especialmente elaborado para esse fim e previamente testado (Anexo 2).

O questionário foi composto de 3 partes: a primeira, para caracterizar os participantes; a segunda, para avaliar as condições de trabalho e, a terceira, para verificar a opinião dos trabalhadores sobre a questão do absenteísmo ou do não, nos locais de trabalho.

O questionário de auto-avaliação das condições de trabalho (adaptado de FISCHER 1990) constou de 21 itens, com figuras representando feições bravas e alegres, correspondendo a uma escala de 1 a 5, representando da pior à melhor condição. Os itens foram relacionados ao ambiente de trabalho, à monotonia da atividade, aos esforços envolvidos no

cumprimento das tarefas, ao ritmo de trabalho, ao relacionamento com os pares, chefias e outros profissionais, à autonomia, ao reconhecimento da empresa, ao treinamento no desempenho das atividades, à perspectiva para o desenvolvimento profissional, às pausas durante o trabalho, à escala de trabalho, à assistência médica e à satisfação no trabalho.

Em especial, a terceira parte do instrumento de auto-avaliação teve 6 questões sobre a própria assiduidade e as sugestões para o controle.

A participação nessa pesquisa foi voluntária e aqueles que concordaram assinaram o termo de consentimento esclarecido (Anexo 3), conforme regimentos das Comissões de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e das instituições envolvidas, bem como a Resolução 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Dessa fase, participaram 112 servidores do Hospital A, sendo 85 do grupo operacional, 12 do grupo técnico, 8 do grupo administrativo e 7 do grupo de chefias e, 140 trabalhadores do Hospital B, sendo 121 do grupo operacional, 13 do grupo técnico, 4 do grupo administrativo e 2 do grupo de chefias.

A coleta de dados foi realizada pela própria mestrandia e com auxílio de colaboradores de nível superior, devidamente treinados.

3.4 Tratamento dos dados

3.4.1 Quantificação das ausências de trabalhadores

Para a quantificação dos dados coletados nos dois hospitais foram utilizadas as seguintes formulações baseadas nas Recomendações da Subcomissão de Absentismo da Comissão Permanente e Associação Internacional de Medicina do Trabalho (NOGUEIRA 1980; MONIZ 1978) que originou a atual International Commission on Occupational Health (ICOH):

$$\text{Taxa de freqüência (por indivíduo)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de empregados com 1 ou + episódios no ano}}{\text{população em risco (pessoa/ano)}}$$

$$\text{Taxa de freqüência (por episódio)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de episódios no ano}}{\text{população em risco (pessoa/ano)}}$$

$$\text{Taxa de duração (em dias)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dias de ausência no ano}}{\text{população em risco (pessoa/ano)}}$$

$$\text{Proporção de tempo perdido} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dias de ausência}}{\text{N}^\circ \text{ programado de dias de trabalho no ano}} \times 100$$

Além das formulações acima, foram acrescentadas:

$$\text{Duração média dos episódios} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dias de ausência no ano}}{\text{N}^\circ \text{ de episódios no ano}}$$

$$\text{Média de dias perdidos por trabalhador faltante} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dias de ausência no ano}}{\text{N}^\circ \text{ de empregados com 1 ou + episódios no ano}}$$

$$\text{Média de episódios por trabalhador faltante} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de episódios no ano}}{\text{N}^\circ \text{ de empregados com 1 ou + episódios no ano}}$$

O vocábulo **episódios** foi utilizado no mesmo sentido do inglês *spells*, traduzido por alguns autores por períodos, licenças ou baixa, referente aos intervalos de ausência com duração de 1 a 365 dias.

Para o cálculo das taxas não foram computadas as ausências por motivos legais constantes na CLT e na Constituição da República Federativa do Brasil, bem como as dos servidores em licença I.N.S.S. há mais de 1 ano (8 servidores do Hospital A e 2 servidores do Hospital B).

A duração das ausências por doença própria foi dividida em curta duração (1 a 3 dias), de longa duração (4 a 15 dias) e licença I.N.S.S. (maior que 15 dias) (MONIZ 1978).

Para o cálculo do tempo de exposição (população em risco) multiplicou-se o número de empregados pelo número de dias do ano (365 dias descontados os 30 dias de férias) e subtraiu-se o número total de dias de ausências (exceto o primeiro dia do episódio devido o trabalhador estar sob risco de faltar ao trabalho nesse dia) e o número total de dias não trabalhados dos servidores admitidos e demitidos no ano.

3.4.2 Classificação dos motivos das ausências

As ausências observadas nos dois hospitais foram quantificadas em número de episódios e categorizadas de acordo com os seguintes motivos:

- **Doença:**
 - **Própria:** classificada em licença médica de curta duração (1 a 3 dias), de longa duração (4 a 15 dias) e licença I.N.S.S. (16 dias ou mais);
 - **Na família:** afastamento por doença do filho;
- **Acidente de trabalho;**
- **Legal:** licença-maternidade, licença-paternidade, licença-ano, licença-gala, doação de sangue e outros constantes na CLT e na Constituição da República Federativa do Brasil;
- **Voluntário:** falta abonada, falta justificada, falta injustificada;
- **Compulsório:** por penalidades (suspensão).

3.4.3 **Categorização das causas das ausências por doenças e por acidentes de trabalho**

As causas das licenças médicas por doenças foram agrupadas por especialidade, devido a não obtenção de dados segundo o Código Internacional de Doenças (CID) no Hospital B.

Os acidentes de trabalho foram analisados por local de ocorrência (próprio serviço ou no trajeto), dia da semana, horário de ocorrência após início do trabalho, período de ocorrência (manhã, tarde, noite), causa do acidente (instalações, instrumentos perfuro-cortantes, líquidos e vapores, equipamentos e móveis, transporte), consequência do acidente (fratura, contusão, queimadura, intoxicação, politraumatismo, morte e outras) e parte do corpo atingida (cabeça, pescoço, membros superiores, dedos da mão, abdome, membros inferiores, outras localizações).

3.4.4 Auto-avaliação das condições de trabalho e opinião dos servidores sobre a questão do absenteísmo

As auto-avaliações das condições de trabalho foram analisadas por escore médio segundo os 21 itens pesquisados entre absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B.

Em relação à opinião dos trabalhadores sobre a questão do absenteísmo e do não absenteísmo nos Serviços de Nutrição e Dietética, os resultados foram analisados de acordo com o percentual de respostas para cada questão pesquisada entre absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B.

3.4.5 Análises estatísticas

Para as análises dos dados constantes nas tabelas de freqüências foram utilizados:

- Testes de hipótese de homogeneidade de proporção (Teste exato de Fisher quando as freqüências eram baixas e Teste de qui-quadrado de Pearson) para verificar se havia diferença entre os funcionários dos Hospitais A e B.
- Método de mínimos quadrados generalizados para ajustar modelos estritamente lineares a fim de averiguar a influência do tipo de hospital e do hábito de faltar sobre a opinião dos funcionários.

Em algumas tabelas, devido à falta de independência entre os eventos considerados (episódios ou casos de doença de um mesmo funcionário e respostas múltiplas), foram feitas somente análises descritivas dos dados.

Para comparação dos indicadores foram feitas análises descritivas das razões de cada indicador entre Hospitais A e B e entre as categorias das variáveis estudadas.

Para uma análise mais completa das razões de risco dos indicadores descritos, foram verificadas suas significâncias por meio de análises estatísticas. Foram selecionadas para análise, a taxa de frequência por episódios e a proporção de tempo perdido, que representam, respectivamente, dentre todos os indicadores, uma taxa genuína de incidência e os dias efetivamente perdidos pelos trabalhadores.

Para verificação da significância das razões das taxas de frequência por episódios e das razões de proporções de dias perdidos foram ajustados modelos loglineares de binomial negativa com relação a hospital, sexo, faixa etária, estado conjugal, tempo de trabalho e responsabilidade com crianças. Não foram consideradas as variáveis cargo, área de atuação e meses do ano devido à baixa frequência de trabalhadores em cada uma dessas categorias. A análise em relação aos meses do ano também não foi realizada devido ao elevado número de categorias, que tornaria o modelo muito complexo para estimação e interpretação. Na análise das proporções de dias perdidos dos Hospitais A e B, considerou-se somente os funcionários com 335 dias programados de trabalho e excluiu-se o funcionário do Hospital A que teve 212 dias perdidos, para que o modelo ajustado fosse adequado para o número de dias perdidos.

Os níveis de significância estabelecidos para análises foram de 10% e 20%.

As análises foram realizadas por meio do Programa Estatístico SAS (PROC FREQ e PROC CATMOD), S-PLUS e STATA.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da população estudada

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos trabalhadores segundo gênero, faixa etária, estado conjugal, tempo de trabalho no SND, área de atuação e responsabilidade com crianças (filhos, netos, sobrinhos ou outras crianças sob cuidado do funcionário). O Hospital B possuía maior contingente de trabalhadores jovens, com menos de 39 anos (75%) que o Hospital A (51%).

Em ambos os hospitais, a grande maioria era constituída de mulheres (86% no Hospital A e 67% no Hospital B); de servidores operacionais (auxiliar de cozinha, atendente de nutrição, copeiro, cozinheiro, confeitiro e auxiliar de almoxarifado) com 77% e 86%, respectivamente, nos Hospitais A e B e com tempo de trabalho no serviço até 14 anos (75% no Hospital A e 91% no Hospital B). Os servidores com responsabilidade com crianças foram superiores no Hospital B (57%) em relação ao Hospital A (49%).

Quanto à área de atuação, os percentuais foram semelhantes entre as áreas de produção e a de internação em ambos os hospitais.

Observou-se um maior contingente no Hospital B de trabalhadores casados ou que viviam com companheiro (63%) que no Hospital A (43%).

As análises estatísticas da Tabela 2 indicam que as diferenças entre os funcionários dos Hospitais A e B não são significativas somente com relação a área de atuação e responsabilidade com crianças, com $\alpha = 10\%$.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes dos Hospitais A e B, segundo características dos trabalhadores, São Paulo, 2001.

Característica	Categoria	Hospital				p*
		A n=123		B n=162		
		Nº	%	Nº	%	
Gênero	Homem	17	14	53	33	0,0002 ^(a)
	Mulher	106	86	109	67	
Faixa etária (anos)	20 a 39	63	51	122	75	<0,0001 ^(a)
	40 e +	60	49	40	25	
Estado conjugal	Solteiro	54	44	42	26	0,0025 ^(a)
	Casado/vive com companheiro	53	43	102	63	
	Separado/viúvo	16	13	18	11	
Tempo de trabalho no Serviço (anos)	0 a 4	53	43	82	50	0,0007 ^(a)
	5 a 14	39	32	66	41	
	15 e +	31	25	14	9	
Área de atuação	Produção	59	48	82	51	0,2766 ^(b)
	Internação	58	48	77	47	
	Ambulatório	3	2	0	0	
	Expediente	3	2	3	2	
Responsabilidade com crianças	Sim	60	49	93	57	0,1480 ^(a)
	Não	63	51	69	43	

^(a) Teste de homogeneidade de proporção (qui-quadrado de Pearson).

^(b) Teste exato de Fisher (bilateral).

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de homogeneidade quando verdadeira.

4.2 Caracterização das ausências dos servidores ao trabalho

4.2.1 Indicadores de ausências

A Tabela 3 apresenta os indicadores anuais dos Hospitais A e B. Como se pode verificar, no Hospital A, embora as taxas de freqüências por indivíduo e por episódio e a proporção de tempo perdido tenham sido mais elevadas que as do Hospital B em 14%, 15% e 3% (razão de risco de 1,14, de 1,15 e de 1,03), respectivamente, a duração média dos episódios e a média de dias perdidos por trabalhador faltante foram inferiores em 12% (razão de risco de 0,88), no Hospital A em relação ao B. Quanto à taxa de duração e a média de episódios por trabalhador faltante foram semelhantes nos dois hospitais, ou seja, próximo a 1,00, a razão de risco.

Tabela 3 - Indicadores anuais dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Indicador	Hospital		
	A	B	A/B
Taxa de freqüência (indivíduo)	0,92	0,80	1,14
Taxa de freqüência (episódio)	3,91	3,41	1,15
Taxa de duração (dias)	12,94	12,80	1,01
Proporção de tempo perdido (%)	3,46	3,35	1,03
Duração média dos episódios (dias)	3,31	3,75	0,88
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	14,07	15,91	0,88
Média de episódios por trabalhador faltante	4,25	4,24	1,00

Ao analisar as taxas obtidas das variáveis (gênero, faixa etária, estado conjugal, categoria dos cargos, tempo de trabalho no serviço, área de atuação, responsabilidade com crianças e mês do ano) apresentadas nas Tabelas 4 a 17 e Figuras 1 a 7, constatou-se que:

- **Gênero:** Os homens do Hospital A apresentaram taxas bem mais elevadas que os do Hospital B, chegando a 338% (razão de risco = 4,38) na taxa de duração. A menor diferença observada foi na média de episódio por trabalhador faltante que foi 9% maior no Hospital A em relação ao B, ou seja, a razão de risco foi de 1,09 (Tabela 4).

Quanto às mulheres, somente a taxa de frequência por indivíduo foi maior no Hospital A em relação ao B em 5% (razão de risco = 1,05). A taxa de frequência por episódio foi semelhante e nos demais indicadores foram observados valores inferiores no Hospital A em relação ao B, chegando a ser 35% menor na média de dias perdidos por trabalhador faltante, ou seja, a razão de risco foi de 0,65 (Tabela 4).

Comparando-se a razão de risco entre homens e mulheres (Tabela 5), no Hospital A os homens apresentaram valores bem mais elevados na taxa de duração (em 125% ou razão de risco de 2,25), na proporção de tempo perdido (em 117% ou razão de risco de 2,17), na duração média dos episódios (em 184% ou razão de risco de 2,84) e na média de dias perdidos por trabalhador faltante (em 158% ou razão de risco de 2,58). Já no Hospital B, os homens apresentaram valores bem inferiores em relação às mulheres, chegando a ser 65% menor ou razão de risco de 0,35 na taxa de duração.

Tabela 4 - Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo gênero, São Paulo, 2001.

Indicador	Homem			Mulher		
	Hospital			Hospital		
	A	B	A/B	A	B	A/B
Taxa de frequência (indivíduo)	0,82	0,63	1,29	0,93	0,89	1,05
Taxa de frequência (episódio)	3,19	2,28	1,40	4,01	3,99	1,01
Taxa de duração (dias)	25,13	5,74	4,38	11,15	16,39	0,68
Proporção de tempo perdido (%)	6,50	1,54	4,23	3,00	4,25	0,71
Duração média dos episódios (dias)	7,88	2,52	3,13	2,78	4,11	0,68
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	30,82	9,07	3,40	11,93	18,39	0,65
Média de episódios por trabalhador faltante	3,91	3,60	1,09	4,29	4,47	0,96

Tabela 5 - Razão de risco entre gêneros dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Indicador	Homem/Mulher	
	A	B
Taxa de frequência (indivíduo)	0,87	0,71
Taxa de frequência (episódio)	0,79	0,57
Taxa de duração (dias)	2,25	0,35
Proporção de tempo perdido (%)	2,17	0,36
Duração média dos episódios (dias)	2,84	0,61
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	2,58	0,49
Média de episódios por trabalhador faltante	0,91	0,81

- **Faixa etária:** Os trabalhadores do Hospital A, na faixa etária de 20 a 39 anos, apresentaram valores mais elevados, exceto quanto à duração média dos episódios que foi inferior em 5% (razão de risco = 0,95), em relação aos trabalhadores da mesma faixa etária do Hospital B (Tabela 6).

Já na faixa etária superior a 40 anos, observaram-se valores superiores dos trabalhadores do Hospital A em relação aos do B, nas taxas de frequência por indivíduo (em 14% ou razão de risco de 1,14), de frequência por episódio (em 6% ou razão de risco de 1,06), de duração (em 2% ou razão de risco de 1,02) e na proporção de tempo perdido (em 4% ou razão de risco de 1,04) (Tabela 6).

Tanto no Hospital A quanto no Hospital B, os trabalhadores mais jovens (até 39 anos) apresentaram valores mais elevados, em todos os indicadores, que os trabalhadores com idade superior a 40 anos (Tabela 7).

Tabela 6 - Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo faixa etária, São Paulo, 2001.

Indicador	20 – 39 anos			40 e + anos		
	Hospital			Hospital		
	A	B	A/B	A	B	A/B
Taxa de frequência (indivíduo)	0,93	0,81	1,15	0,91	0,80	1,14
Taxa de frequência (episódio)	4,31	3,45	1,25	3,50	3,30	1,06
Taxa de duração (dias)	16,63	14,04	1,18	9,22	9,09	1,02
Proporção de tempo perdido (%)	4,41	3,67	1,20	2,49	2,39	1,04
Duração média dos episódios (dias)	3,86	4,07	0,95	2,64	2,75	0,96
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	17,96	17,40	1,03	10,10	11,39	0,89
Média de episódios por trabalhador faltante	4,65	4,27	1,09	3,83	4,14	0,93

Tabela 7 - Razão de risco entre faixas etárias dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Indicador	20 a 39 / 40 e mais anos	
	Hospital	
	A	B
Taxa de freqüência (indivíduo)	1,01	1,01
Taxa de freqüência (episódio)	1,23	1,04
Taxa de duração (dias)	1,80	1,55
Proporção de tempo perdido (%)	1,77	1,54
Duração média dos episódios (dias)	1,46	1,48
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	1,78	1,53
Média de episódios por trabalhador faltante	1,21	1,03

- **Estado conjugal:** Entre os funcionários casados, foram observadas taxas superiores no Hospital A em relação ao B, exceto quanto às taxas de freqüência por indivíduo e por episódio e a média de episódios por trabalhador faltante que foram semelhantes em ambos os hospitais. O Hospital B apresentou taxas superiores ao A principalmente entre os trabalhadores separados e viúvos (Tabela 8).

No Hospital A, embora os solteiros tenham apresentado taxas de freqüência por indivíduo e por episódio e média de episódios por trabalhador faltante mais elevadas que as demais classes (Tabela 8); pela Tabela 9, a taxa de duração, a proporção de tempo perdido, a duração média dos episódios e a média de dias perdidos por trabalhador faltante, foram inferiores, respectivamente, em 46%

(razão de risco=0,54), 44% (razão de risco=0,56), 55% (razão de risco=0,45) e em 52% (razão de risco=0,48) em relação aos casados.

Os solteiros apresentaram valores mais elevados em relação aos trabalhadores separados + viúvos, exceto quanto à duração média dos episódios. Entre os funcionários casados ou que vivem com companheiros, observaram-se taxas superiores em relação aos separados e viúvos, exceto quanto à taxa de frequência por indivíduo (Tabela 9).

No Hospital B, os trabalhadores solteiros (Tabela 9) apresentaram valores mais elevados em relação aos casados ou que vivem com companheiros e os separados e viúvos, exceto quanto às taxas de frequência por indivíduo e por episódio e à média de episódios por trabalhador faltante. Em relação à razão de risco entre casados ou que vivem com companheiros e os separados e viúvos não foram verificadas divergências acentuadas.

Tabela 8 - Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo estado conjugal, São Paulo, 2001

Indicador	Solteiro			Casado*			Separado**		
	Hospital			Hospital			Hospital		
	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B
Taxa de frequência (indivíduo)	0,98	0,69	1,43	0,86	0,85	1,01	0,92	0,83	1,11
Taxa de frequência (episódio)	4,46	2,55	1,75	3,70	3,71	1,00	2,69	3,70	0,72
Taxa de duração (dias)	9,75	13,38	0,73	17,98	12,71	1,41	7,77	11,94	0,65
Proporção de tempo perdido (%)	2,63	3,48	0,76	4,74	3,34	1,42	2,10	3,10	0,68
Duração média dos episódios (dias)	2,19	5,25	0,42	4,85	3,42	1,21	2,89	3,22	0,90
Média de dias perdidos por									
trabalhador faltante	9,98	19,52	0,51	20,95	14,97	1,40	8,46	14,38	0,59
Média de episódios por trabalhador									
faltante	4,57	3,72	1,23	4,32	4,37	0,99	2,92	4,46	0,66

* + vive com companheiro

** + viúvo

Tabela 9 - Razão de risco entre estados conjugais dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Indicador	Solteiro/Casado*		Solteiro/Separado**		Casado/Separado**	
	Hospital		Hospital		Hospital	
	A	B	A	B	A	B
Taxa de freqüência (indivíduo)	1,14	0,81	1,06	0,83	0,93	1,02
Taxa de freqüência (episódio)	1,20	0,69	1,66	0,69	1,38	1,00
Taxa de duração (dias)	0,54	1,05	1,25	1,12	2,31	1,06
Proporção de tempo perdido (%)	0,56	1,04	1,25	1,12	2,26	1,08
Duração média dos episódios (dias)	0,45	1,53	0,76	1,63	1,68	1,06
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	0,48	1,30	1,18	1,36	2,48	1,04
Média de episódios por trabalhador faltante	1,06	0,85	1,56	0,83	1,48	0,98

* + vive com companheiro

** + viúvo

- **Categoria dos cargos:** No grupo administrativo foram verificadas as maiores diferenças entre os dois hospitais, chegando a ser 161% maior, ou razão de risco de 2,61, na taxa de duração do Hospital A em relação ao B. O grupo técnico do Hospital A foi o que apresentou valores inferiores em relação ao do Hospital B, exceto quanto à taxa de frequência por indivíduo, que foi 15% superior no Hospital A em relação ao B. Quanto ao grupo operacional, somente a duração média dos episódios e a média de dias perdidos por trabalhador faltante foram inferiores em 12% (razão de risco=0,88) e em 8% (razão de risco=0,92) no Hospital A em relação ao B (Tabela 10).

Ao analisar as razões de risco entre as categorias (Tabela 11), constatou-se que o grupo operacional apresentou valores sempre mais elevados que os das demais categorias, em ambos os hospitais, exceto quanto à duração média dos episódios no Hospital A, quando comparado com o grupo de chefias, com diferença para menor de 55%, ou seja, a razão de risco foi de 0,45. O grupo administrativo apresentou valores inferiores em todos os indicadores quando analisado com o grupo técnico, entretanto, quando comparado com o grupo de chefias, novamente no Hospital A, as taxas de frequência por indivíduo e por episódio e a média de episódios por trabalhador faltante foram superiores em 16% (razão de risco=1,16), 67% (razão de risco=1,67) e em 44% (razão de risco=1,44), respectivamente. Na comparação do grupo técnico com o de chefias, no Hospital A, observaram-se valores mais elevados no tocante às taxas de frequência por indivíduo e por episódio e na média de episódios por trabalhador faltante, em 20% (razão de risco=1,20), 76% (razão de risco=1,76) e de 47% (razão de risco=1,47), respectivamente.

Tabela 10 - Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo categoria dos cargos, São Paulo, 2001.

Indicador	Operacional			Administrativo			Técnico			Chefia		
	Hospital			Hospital			Hospital			Hospital		
	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B
Taxa de frequência (indivíduo)	1,00	0,85	1,17	0,68	0,55	1,25	0,71	0,61	1,15	0,59	0,00	---
Taxa de frequência (episódio)	4,64	3,78	1,23	1,64	0,82	2,01	1,73	1,71	1,01	0,98	0,00	---
Taxa de duração (dias)	15,48	14,37	1,08	3,56	1,36	2,61	4,55	5,39	0,84	7,27	0,00	---
Proporção de tempo perdido (%)	4,12	3,74	1,10	0,97	0,37	2,60	1,24	1,46	0,85	1,96	0,00	---
Duração média dos episódios (dias)	3,34	3,81	0,88	2,17	1,67	1,30	2,64	3,14	0,84	7,40	0,00	---
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	15,55	16,88	0,92	5,20	2,50	2,08	6,44	8,80	0,73	12,33	0,00	---
Média de episódios por trabalhador faltante	4,66	4,44	1,05	2,40	1,50	1,60	2,44	2,80	0,87	1,67	0,00	---

Tabela 11 - Razão de risco entre categorias de cargos dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Indicador	O/A		O/T		O/C		A/T		A/C		T/C	
	Hospital		Hospital		Hospital		Hospital		Hospital		Hospital	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Taxa de freqüência (indivíduo)	1,45	1,56	1,41	1,39	1,69	--	0,97	0,89	1,16	--	1,20	--
Taxa de freqüência (episódio)	2,83	4,61	2,69	2,20	4,73	--	0,95	0,48	1,67	--	1,76	--
Taxa de duração (dias)	4,35	10,54	3,40	2,67	2,13	--	0,78	0,25	0,49	--	0,63	--
Proporção de tempo perdido (%)	4,25	10,02	3,33	2,56	2,10	--	0,78	0,26	0,50	--	0,63	--
Duração média dos episódios (dias)	1,54	2,28	1,27	1,21	0,45	--	0,82	0,53	0,29	--	0,36	--
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	2,99	6,75	2,41	1,92	1,26	--	0,81	0,28	0,42	--	0,52	--
Média de episódios por trabalhador faltante	1,94	2,96	1,91	1,58	2,80	--	0,98	0,54	1,44	--	1,47	--
O=operacional	T=técnico		C=chefe		A=administrativo							

- **Tempo de trabalho no Serviço:** Em todos os indicadores a diferença foi positiva para o Hospital A em relação ao Hospital B, na faixa de 5 a 14 anos, chegando ao valor máximo de 38% (razão de risco=1,38) na proporção de tempo perdido. No intervalo entre 0 a 4 anos a situação se inverteu, observando-se valores inferiores no Hospital A em relação ao B, exceto nas taxas de frequência por indivíduo e por episódio que foram, respectivamente, 20% (razão de risco=1,20) e 18% (razão de risco=1,18) mais elevadas. Também na faixa de 15 anos e mais de trabalho, observaram-se valores superiores chegando a ser 59% maior (razão de risco=1,59) no Hospital A em relação ao B na taxa de frequência por episódio (Tabela 12).

Comparando-se as razões de risco entre as faixas, no Hospital A (Tabela 13), observou-se elevação das diferenças com o aumento dos anos de trabalho, isto é, as diferenças foram maiores na comparação dos intervalos entre 5 a 14 anos e 15 anos e mais, atingindo o valor de 161% (razão de risco=2,61) na taxa de duração. No Hospital B, o comportamento foi semelhante, a razão de risco nessas faixas foi de 3,03 na taxa de duração.

Tabela 12 - Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo tempo de trabalho no Serviço, São Paulo, 2001.

Indicador	0 – 4 anos			5 – 14 anos			15 e + anos		
	Hospital			Hospital			Hospital		
	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B
Taxa de freqüência (indivíduo)	0,88	0,74	1,20	0,96	0,92	1,04	0,93	0,66	1,40
Taxa de freqüência (episódio)	4,05	3,44	1,18	4,22	3,70	1,14	3,27	2,06	1,59
Taxa de duração (dias)	11,35	13,18	0,86	19,32	14,26	1,36	7,40	4,71	1,57
Proporção de tempo perdido (%)	3,05	3,46	0,88	5,08	3,69	1,38	2,00	1,28	1,56
Duração média dos episódios (dias)	2,80	3,83	0,73	4,58	3,86	1,19	2,26	2,29	0,99
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	12,87	17,88	0,72	20,12	15,51	1,30	7,96	7,11	1,12
Média de episódios por trabalhador faltante	4,59	4,67	0,98	4,39	4,02	1,09	3,52	3,11	1,13

Tabela 13 - Razão de risco entre tempos de trabalho no Serviço dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Indicador	0-4 / 5-14 anos		0-4 / 15 e +		5-14 / 15 e + anos	
	Hospital		Hospital		Hospital	
	A	B	A	B	A	B
Taxa de freqüência (indivíduo)	0,92	0,80	0,95	1,11	1,03	1,39
Taxa de freqüência (episódios)	0,96	0,93	1,24	1,67	1,29	1,79
Taxa de duração (dias)	0,59	0,92	1,53	2,80	2,61	3,03
Proporção de tempo perdido (%)	0,60	0,94	1,52	2,70	2,54	2,88
Duração média dos episódios (dias)	0,61	0,99	1,24	1,68	2,03	1,69
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	0,64	1,15	1,62	2,51	2,53	2,18
Média de episódios por trabalhador faltante	1,04	1,16	1,30	1,50	1,25	1,29

- **Área de atuação:** O Hospital A apresentou valores mais elevados que o Hospital B na área de produção, exceto na média de episódios por trabalhador faltante (inferior em 6% ou razão de risco=0,94). Na área de internação, somente as taxas de frequência por indivíduo e por episódios e a média de episódios por trabalhador faltante foram superiores no Hospital A em relação ao B, respectivamente em 8% (razão de risco=1,08), em 14% (razão de risco=1,14) e em 5% (razão de risco=1,05). Quanto ao setor de expediente, todas as taxas foram mais elevadas no Hospital A em relação ao B, chegando a ser de 989% (razão de risco=10,89) na taxa de duração. Não foi observada nenhuma ocorrência na área de ambulatório do Hospital A e no Hospital B não havia nenhum servidor atuante nessa área (Tabela 14).

Ao se comparar as razões de risco entre as áreas (Tabela 15), o comportamento não foi o mesmo nos dois hospitais. Enquanto que no Hospital B, a área de produção apresentou valores inferiores em relação à área de internação, no Hospital A, foram observados valores mais elevados, na área de produção em relação a área de internação, na taxa de duração (em 13% ou razão de risco=1,13), na proporção de tempo perdido (em 12% ou razão de risco=1,12), na duração média dos episódios (em 71% ou razão de risco=1,71) e na média de dias perdidos por trabalhador faltante (em 25% ou razão de risco=1,25). Analisando-se as razões de risco entre as áreas de produção e o setor de expediente, os valores foram bem superiores na área de produção, principalmente no Hospital B. Esse mesmo comportamento foi observado na análise da razão de risco entre as áreas de internação e de setor de expediente, com exceção da duração média dos episódios, no Hospital A, que foi menor na área de internação em relação ao setor de expediente em 18%, ou seja, com razão de risco de 0,82.

Tabela 14 - Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo área de atuação, São Paulo, 2001.

Indicador	Produção			Internação			Ambulatório			S. Expediente		
	Hospital			Hospital			Hospital			Hospital		
	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B	A	B	A/B
Taxa de frequência (indivíduo)	0,90	0,72	1,25	0,99	0,92	1,08	0,00	---	---	0,84	0,36	2,33
Taxa de frequência (episódios)	3,21	2,74	1,17	4,87	4,27	1,14	0,00	---	---	2,51	0,73	3,44
Taxa de duração (dias)	14,21	8,88	1,60	12,61	17,65	0,71	0,00	---	---	7,95	0,73	10,89
Proporção de tempo perdido (%)	3,78	2,34	1,61	3,38	4,57	0,74	0,00	---	---	2,15	0,20	10,75
Duração média dos episódios (dias)	4,42	3,24	1,36	2,59	4,14	0,63	0,00	---	---	3,17	1,00	3,17
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	15,82	12,35	1,28	12,68	19,23	0,66	0,00	---	---	9,50	2,00	4,75
Média de episódios por trabalhador faltante	3,58	3,81	0,94	4,90	4,65	1,05	0,00	---	---	3,00	2,00	1,50

Tabela 15 - Razão de risco entre áreas de atuação dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Indicador	P/I		P/AB		P/Exp		I/AB		I/Exp		A/Exp	
	Hospital		Hospital		Hospital		Hospital		Hospital		Hospital	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Taxa de frequência (indivíduo)	0,90	0,78	--	--	1,07	1,98	--	--	1,19	2,53	--	--
Taxa de frequência (episódio)	0,66	0,64	--	--	1,28	3,77	--	--	1,94	5,87	--	--
Taxa de duração (dias)	1,13	0,50	--	--	1,79	12,22	--	--	1,59	24,29	--	--
Proporção de tempo perdido (%)	1,12	0,51	--	--	1,79	11,78	--	--	1,58	22,98	--	--
Duração média dos episódios (dias)	1,71	0,78	--	--	1,40	3,24	--	--	0,82	4,14	--	--
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	1,25	0,64	--	--	1,67	6,17	--	--	1,33	9,62	--	--
Média de episódios por trabalhador faltante	0,73	0,82	--	--	1,19	1,90	--	--	1,63	2,33	--	--

P = produção

I = internação

AB = ambulatório

Exp = expediente

- **Responsabilidade com crianças:** Entre os trabalhadores com responsabilidade no cuidado a crianças, o Hospital A apresentou valores mais elevados em todos os indicadores, exceto quanto à duração média dos episódios que foi 6% menor (razão de risco=0,94) em relação ao Hospital B. E entre os trabalhadores sem essa mesma responsabilidade, observaram-se taxas mais elevadas no Hospital A em relação ao B, de frequências por indivíduo (razão de risco=1,18) e por episódio (razão de risco=1,08). As demais taxas foram inferiores, com valor mínimo de 8% (razão de risco=0,92) na média de episódios por trabalhador faltante e máximo de 29% (razão de risco=0,71) na média de dias perdidos por trabalhador faltante (Tabela 16).

Na análise da razão de risco entre os servidores (Tabela 17) com responsabilidade no cuidado a crianças e àqueles sem essa mesma responsabilidade, no Hospital A, a relação foi positiva em todos os indicadores, chegando ao valor máximo de 147% (razão de risco=2,47) na taxa de duração. No Hospital B, essa relação mostrou-se também positiva na maioria dos indicadores, embora em menor grau. Somente na duração média dos episódios a razão de risco foi de 0,97.

Tabela 16 - Indicadores e razão de risco dos Hospitais A e B, segundo responsabilidade com crianças, São Paulo, 2001.

Indicador	Responsabilidade					
	Sim			Não		
	Hospital			Hospital		
	A	B	A/B	A	B	A/B
Taxa de freqüência (indivíduo)	1,06	0,91	1,16	0,79	0,67	1,18
Taxa de freqüência (episódio)	5,36	4,24	1,27	2,54	2,34	1,08
Taxa de duração (dias)	18,67	15,75	1,19	7,55	8,98	0,84
Proporção de tempo perdido (%)	4,94	4,09	1,21	2,04	2,38	0,86
Duração média dos episódios (dias)	3,48	3,72	0,94	2,98	3,84	0,78
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	17,67	17,35	1,02	9,56	13,39	0,71
Média de episódios por trabalhador faltante	5,07	4,67	1,09	3,21	3,49	0,92

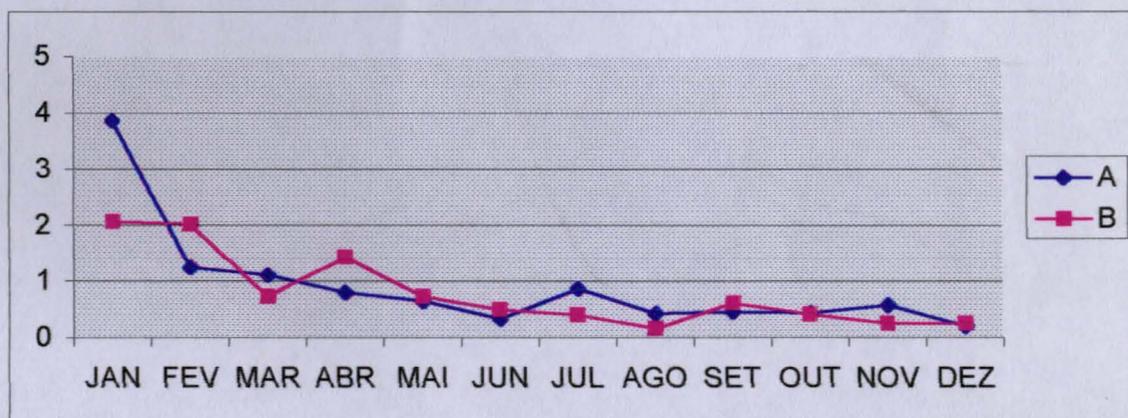
Tabela 17 - Razão de risco entre responsabilidade com crianças dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Indicador	Sim/Não	
	A	B
Taxa de freqüência (indivíduo)	1,34	1,35
Taxa de freqüência (episódio)	2,11	1,81
Taxa de duração (dias)	2,47	1,75
Proporção de tempo perdido (%)	2,42	1,72
Duração média dos episódios (dias)	1,17	0,97
Média de dias perdidos por trabalhador faltante	1,85	1,30
Média de episódios por trabalhador faltante	1,58	1,34

- **Mês do ano:** Em ambos os hospitais, o mês de janeiro foi o que apresentou as maiores taxas de freqüência por indivíduo (Figura 1), sendo maior no Hospital A que no B em 87% ou razão de risco=1,87. Entretanto, a maior diferença entre os dois hospitais foi observada no mês de agosto, sendo de 159% ou razão de risco=2,59 do Hospital A em relação ao B. Quanto às taxas de freqüência por episódios (Figura 2), não houve grandes variações na distribuição ao longo do ano. Os valores mais elevados foram observados no mês de agosto no Hospital A (taxa de freqüência por episódio=5,16) e no mês de outubro no Hospital B (taxa de freqüência por episódio=4,65). As taxas de duração (Figura 3) e a proporção de tempo perdido (Figura 4) tiveram comportamento idêntico, com picos nos meses de setembro e de outubro no Hospital A e no mês de janeiro no Hospital B. A maior diferença entre o Hospital A em relação ao B foi verificada no mês de setembro, sendo de 212% ou razão de risco=3,12 na taxa de duração e de 202% ou razão de risco=3,02 na proporção de tempo perdido. Quanto à duração média dos episódios (Figura 5), o Hospital A apresentou valor mais elevado no mês de outubro (5,05) e o Hospital B no mês de janeiro (7,03). Com exceção dos meses de julho, setembro e outubro, no Hospital B, foram

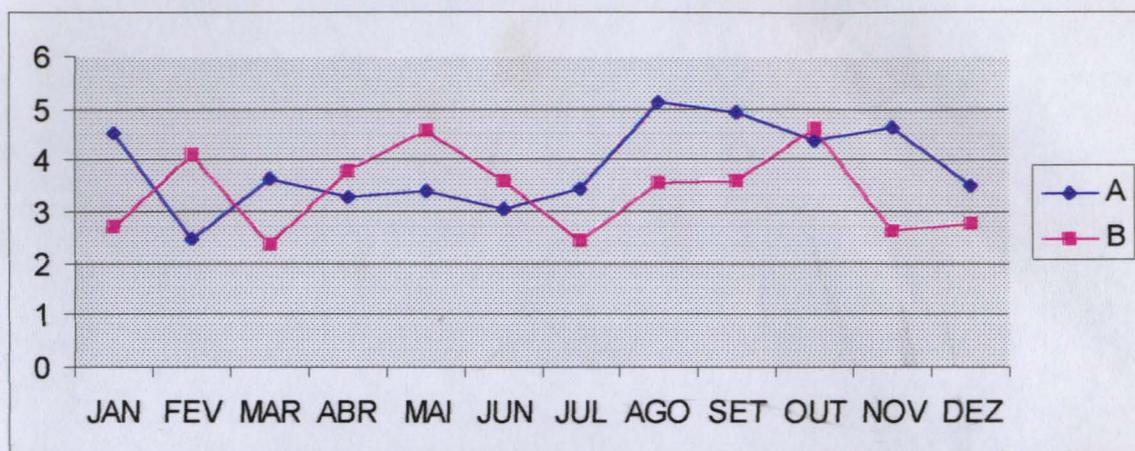
observadas taxas mais elevadas que no Hospital A. A média de dias perdidos por trabalhador faltante (Figura 6) teve um comportamento bastante irregular ao longo do ano, com picos em dezembro (59,5) no Hospital A e em agosto (74,5) no Hospital B. Razões de risco superiores no Hospital A em relação ao B somente foram observadas nos meses de setembro (4,09), outubro (2,71) e dezembro (1,16). Na média de episódios por trabalhador faltante (Figura 7) também foram verificados picos em dezembro no Hospital A e em agosto no Hospital B. Na maioria dos meses, o Hospital B apresentou médias mais elevadas que o Hospital A, exceto nos meses de março, abril, junho, setembro e dezembro, em que as razões de risco foram superiores no Hospital A em relação ao B, respectivamente, em 2%, 56%, 26%, 79% e 50%.

Figura 1 - Taxa de frequência por indivíduo dos Hospitais A e B, segundo mês do ano, São Paulo, 2001.



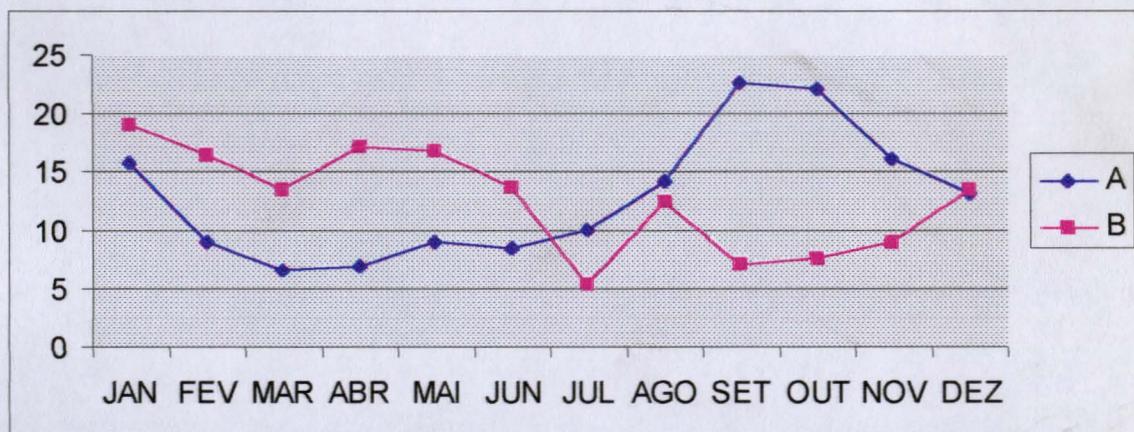
HOSPITAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
A	3,87	1,25	1,11	0,8	0,66	0,34	0,87	0,44	0,47	0,45	0,59	0,22
B	2,07	2,02	0,73	1,44	0,74	0,51	0,41	0,17	0,62	0,43	0,27	0,26
A/B	1,87	0,62	1,52	0,56	0,89	0,67	2,12	2,59	0,76	1,05	2,19	0,85

Figura 2 - Taxa de frequência por episódios dos Hospitais A e B, segundo mês do ano, São Paulo, 2001.



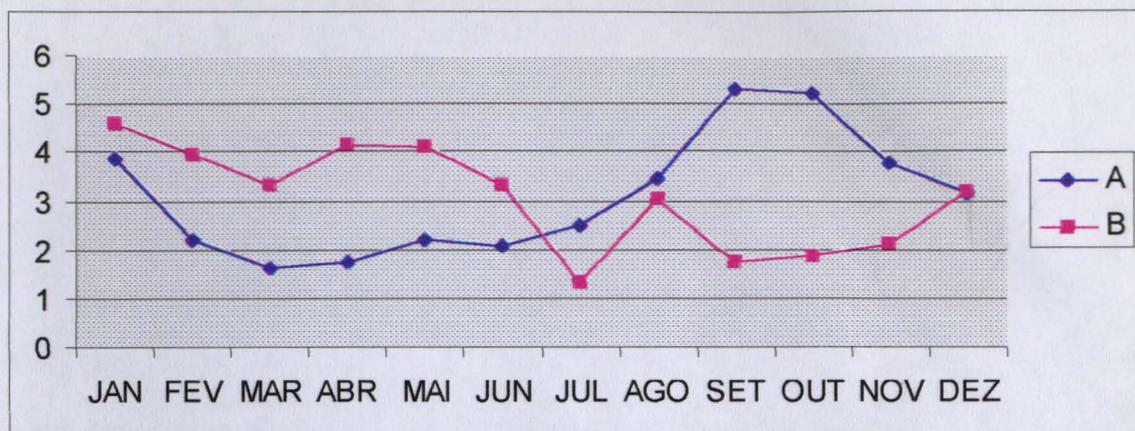
HOSPITAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
A	4,55	2,5	3,66	3,32	3,43	3,09	3,48	5,16	4,93	4,42	4,68	3,55
B	2,73	4,14	2,36	3,82	4,58	3,63	2,45	3,57	3,61	4,65	2,63	2,82
A/B	1,67	0,60	1,55	0,87	0,75	0,85	1,42	1,45	1,37	0,95	1,78	1,26

Figura 3 - Taxa de duração dos Hospitais A e B, segundo mês do ano, São Paulo, 2001.



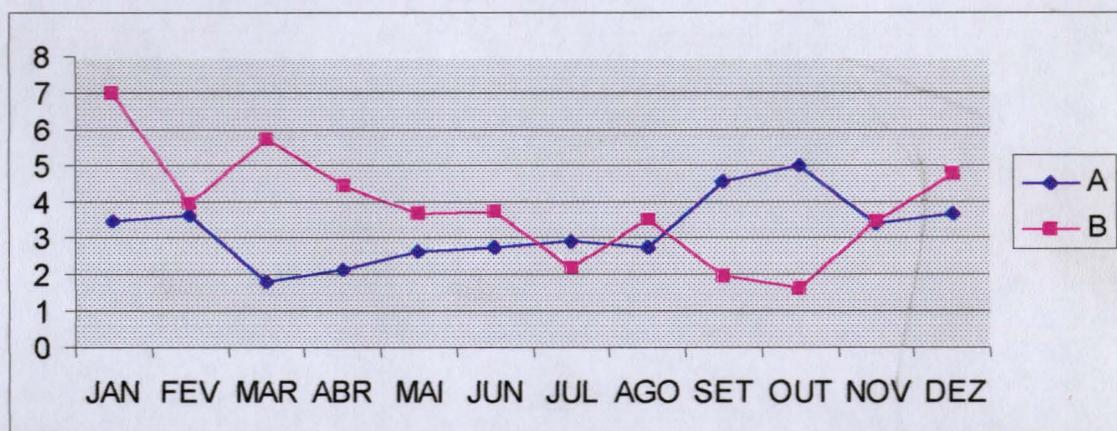
HOSPITAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
A	15,94	9,14	6,65	7,12	9,08	8,59	10,22	14,27	22,78	22,31	16,16	13,19
B	19,19	16,56	13,69	17,24	16,92	13,74	5,46	12,67	7,31	7,84	9,16	13,55
A/B	0,83	0,55	0,49	0,41	0,54	0,63	1,87	1,13	3,12	2,85	1,76	0,97

Figura 4 - Proporção de tempo perdido dos Hospitais A e B, segundo mês do ano, São Paulo, 2001.



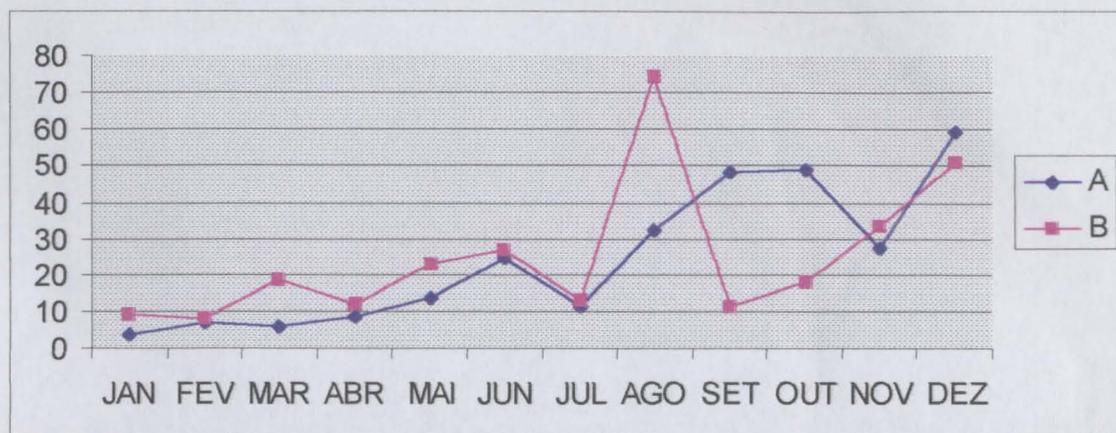
HOSPITAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
A	3,87	2,23	1,65	1,79	2,24	2,12	2,51	3,47	5,35	5,25	3,81	3,2
B	4,62	3,97	3,35	4,18	4,12	3,36	1,36	3,08	1,77	1,89	2,17	3,23
A/B	0,84	0,56	0,49	0,43	0,54	0,63	1,85	1,13	3,02	2,78	1,76	0,99

Figura 5 - Duração média de episódios dos Hospitais A e B, segundo mês do ano, São Paulo, 2001.



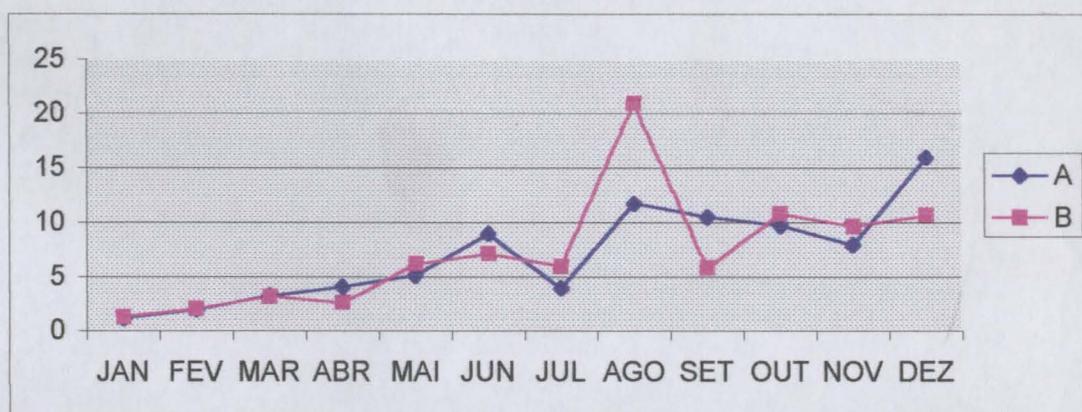
HOSPITAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
A	3,5	3,65	1,82	2,17	2,65	2,78	2,94	2,77	4,62	5,05	3,45	3,72
B	7,03	4	5,79	4,51	3,7	3,79	2,23	3,55	2,02	1,69	3,48	4,81
A/B	0,50	0,91	0,31	0,48	0,72	0,73	1,32	0,78	2,29	2,99	0,99	0,77

Figura 6 - Média de dias perdidos por trabalhador faltante dos Hospitais A e B, segundo mês do ano, São Paulo, 2001.



HOSPITAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
A	4,12	7,3	6	9	13,67	25	11,75	32,5	48,5	49,25	27,6	59,5
B	9,28	8,18	18,67	11,94	23	27,17	13,4	74,5	11,86	18,2	33,67	51,33
A/B	0,44	0,89	0,32	0,75	0,59	0,92	0,88	0,44	4,09	2,71	0,82	1,16

Figura 7 - Média de episódios por trabalhador faltante dos Hospitais A e B, segundo mês do ano, São Paulo, 2001.



HOSPITAL	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
A	1,18	2	3,3	4,14	5,17	9	4	11,75	10,5	9,75	8	16
B	1,32	2,05	3,22	2,65	6,22	7,17	6	21	5,86	10,8	9,67	10,67
A/B	0,89	0,98	1,02	1,56	0,83	1,26	0,67	0,56	1,79	0,90	0,83	1,50

4.2.2 Análise estatística dos indicadores

Comparando as taxas de frequência por episódios dos Hospitais A e B verificou-se que gênero, tempo de trabalho, responsabilidade com crianças e a interação entre gênero e responsabilidade com crianças tiveram

efeitos significativos sobre a taxa de freqüência por episódios. As razões estimadas, pelo modelo, das taxas de freqüência por episódios são apresentadas na Tabela 18. Como as variáveis faixa etária e estado conjugal não foram significativas foram excluídas do modelo final.

Tabela 18 - Razão estimada e intervalo de confiança das taxas de freqüência por episódios dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Variável	Razão	Estimativa	Intervalo de confiança 95%
Hospital	A/B	1,16	0,88 - 1,53
Gênero	Homem/Mulher (com responsabilidade com crianças)	0,48	0,30 - 0,76
	Homem/Mulher (sem responsabilidade com crianças)	1,00	0,63 - 1,57
Tempo de trabalho	0-4 / 5-14 anos	0,94	0,71 - 1,26
	0-4 / 15 e + anos	1,47	0,98 - 2,19
	5-14 / 15 e + anos	1,56	1,03 - 2,35
Responsabilidade com crianças	Sim/Não (homem)	1,03	0,58 - 1,81
	Sim/Não (mulher)	2,16	1,58 - 2,95

A razão estimada entre hospitais foi de 1,16, mas não significativa. Portanto, não houve diferença entre Hospitais A e B quanto à taxa de freqüência por episódios. Entre homens e mulheres, a razão foi significativa somente para os funcionários que tinham responsabilidade com crianças e estimada em 0,48. Assim, entre os homens com responsabilidade com

crianças, nos dois hospitais, a taxa foi 52% menor em relação à mulheres. Quanto aos trabalhadores sem responsabilidade com crianças, não houve diferença significativa entre homens e mulheres, em ambos os hospitais.

Em relação ao tempo de trabalho, nos dois hospitais, constatou-se que houve diferença significativa somente entre funcionários com 5 - 14 anos e com 15 anos ou mais de trabalho, sendo a taxa 56% maior entre os servidores com 5-14 anos em relação aos com 15 anos e mais de trabalho. O fato de ter responsabilidade com crianças foi também significativamente positivo entre as mulheres, a taxa daquelas com responsabilidade foi 116% maior que as que não tinham esta mesma responsabilidade, independente do hospital. Entre os homens, o efeito da responsabilidade com crianças não foi significativo nos dois hospitais.

Na análise comparativa das proporções de dias perdidos dos Hospitais A e B foram significativos os efeitos de gênero, tempo de trabalho e responsabilidade com crianças sobre o número de dias perdidos. As razões estimadas, pelo modelo, de dias perdidos são apresentadas na Tabela 19.

Tabela 19 - Razão estimada e intervalo de confiança da proporção de dias perdidos dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Variável	Razão	Estimativa	Intervalo de confiança 95%
Hospital	A/B	1,01	0,68 - 1,49
Gênero	Homem/Mulher	0,50	0,31 - 0,79
Tempo de trabalho	0-4 / 5-14 anos	0,95	0,64 - 1,42
	0-4 / 15 e + anos	1,91	1,11 - 3,27
	5-14 / 15 e + anos	2,00	1,16 - 3,47
Responsabilidade com criança	Sim / Não	1,62	1,12 - 2,36

A razão entre hospitais estimada em 1,01 não foi significativa, portanto não houve diferença entre os hospitais com relação ao número de dias perdidos. Comparando homens e mulheres, a razão estimada foi de 0,50, ou seja, os dias perdidos entre homens foi 50% menor em relação às mulheres, nos dois hospitais. Estatisticamente, não foi observada interação significativa entre gênero e responsabilidade com crianças.

Quanto ao tempo de trabalho, verificou-se que independentemente dos hospitais, não houve diferença significativa entre funcionários com 0-4 anos e 5-14 anos de trabalho, e que esses dois grupos tiveram mais dias perdidos que o de 15 ou mais anos de trabalho, ou seja, 91% e 100% maior, respectivamente.

Em relação aos trabalhadores que tinham responsabilidade com crianças, o número de dias perdidos foi 62% maior comparado com os que não tinham essa mesma responsabilidade, em ambos os hospitais.

4.2.3 Motivos das ausências

A distribuição do número de episódios de ausências está demonstrada na Tabela 20. Em ambos os hospitais, os episódios de doença própria contribuíram com o maior percentual (43% no Hospital A e 75% no Hospital B), seguidos por motivos voluntários (faltas abonadas, justificadas e injustificadas), com um percentual bem maior no Hospital A (34%) que no Hospital B (17%). As ausências por doença na família só foram verificadas no Hospital A, aparecendo em terceiro lugar dentre os motivos das ausências. Essa diferença deveu-se à concessão de licença às mães para tratamento de saúde de seus filhos no Hospital A, fato que não ocorreu no Hospital B.

Tabela 20 - Distribuição dos episódios de ausências dos Hospitais A e B por motivos, São Paulo, 2001.

Motivo	Hospital				Total	
	A		B			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doença própria	180	43	373	75	553	61
Doença na família	59	14	0	0	59	6
Acidente trabalho	24	6	24	5	48	5
Voluntário	145	34	82	17	227	25
Legal	8	2	14	3	22	2
Compulsório	4	1	1	0	5	1
Total	420	100	494	100	914	100

O número de episódios por acidentes de trabalho foi idêntico nos dois hospitais, contribuindo com 6% e 5%, respectivamente nos Hospitais A e B, do total de episódios ocorridos no ano. Vale ressaltar, entretanto, que o número de servidores participantes do estudo do Hospital B foi 32% maior em relação ao Hospital A.

Analisando-se os episódios de ausências por doença própria, os de curta duração representaram 75% no Hospital A e 73% no Hospital B (Tabela 21), totalizando, respectivamente, 191 e 428 dias perdidos.

Tabela 21 - Distribuição dos episódios de ausências por doença própria dos Hospitais A e B, segundo duração, São Paulo, 2001.

Duração (dias)	Hospital				Total		/
	A		B				
	No	%	No	%	No	%	
0 a 3	134	75	271	73	405	73	
4 a 15	44	24	88	23	132	24	
16 e +	2	1	14	4	16	3	
Total	180	100	373	100	553	100	

Pela Tabela 22, verificou-se que os episódios totais de ausências não ocorreram em maior frequência nos finais de semana e, sim, durante a semana em ambos os hospitais. Entretanto, é interessante notar que as ausências por motivo voluntário foram bem superiores às sextas-feiras (17%), sábados (17%) e domingos (20%) no Hospital B, que as ocorridas de segundas às quintas-feiras (de 4 a 9%).

Tabela 22 - Distribuição do número de episódios de ausências dos Hospitais A e B; segundo o dia de início na semana e motivos, São Paulo, 2001.

Motivo	Hospital																
	A								B								
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	Total	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	Total	
Doença própria	32	31	24	31	31	16	15	180	57	71	61	72	50	36	26	373	
Doença família	13	11	7	14	7	4	3	59	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ac. Trabalho	6	2	5	4	4	2	1	24	3	4	3	3	5	1	5	24	
Voluntário	29	23	18	22	26	11	16	145	8	4	7	9	17	17	20	82	
Legal	3	2	1	0	1	0	1	8	2	1	2	3	1	3	2	14	
Compulsório	0	0	1	2	1	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	1	
Total	83	69	56	73	70	33	36	420	70	80	74	87	73	57	53	494	
(%)	(20)	(16)	(13)	(17)	(17)	(8)	(9)	(100)	(14)	(16)	(15)	(18)	(15)	(12)	(10)	(100)	

Do total de participantes (123 do Hospital A e 162 do Hospital B), 26 servidores do Hospital A e 28 do Hospital B não tiveram nenhuma ocorrência no ano, correspondendo a 21% e 17%, respectivamente, do contingente total de cada hospital.

Analisando-se por motivos de ausências (Tabela 23), os percentuais de empregados que não tiveram nenhuma ocorrência foram semelhantes, exceto por motivo voluntário (53% no Hospital A e 74% no Hospital B) e por doença na família (85% no Hospital A e 100% no Hospital B), diferença essa devida às normas de cada instituição mencionadas anteriormente. Considerando as ausências por doença própria, causa principal das ausências, em ambos os hospitais, 39% dos participantes do estudo, não apresentaram nenhum episódio no ano. Dentre aqueles que tiveram episódios, 49% no Hospital A e 37% no Hospital B apresentaram de 1 a 3 episódios. O número máximo de episódios foi de 11 no Hospital A e de 13 no Hospital B, correspondendo a 1% do contingente do Hospital A e a 4% do Hospital B.

Adotando-se $\alpha = 10\%$ não houve diferenças significativas entre os funcionários dos dois hospitais em relação as ausências por motivos legais, compulsórios e por acidentes de trabalho.

Tabela 23 - Distribuição do número de participantes dos Hospitais A e B por motivos das ausências e número de episódios, São Paulo, 2001.

Motivo	Episódio-n	Hospital				p*
		A		B		
		Nº	%	Nº	%	
Doença própria	0	48	39	63	39	0,0233 (a)
	1 a 3	61	49	60	37	
	4 a 6	12	10	28	17	
	7 e +	2	2	11	7	
Doença na família	0	105	85	162	100	<0,0001 (b)
	1 a 3	13	10	0	0	
	4 a 6	3	3	0	0	
	7 e +	2	2	0	0	
Acidente de trabalho	0	105	85	142	88	0,5735 (a)
	1 a 3	18	15	20	12	
Voluntário	0	65	53	120	74	0,0008 (b)
	1 a 3	44	36	36	22	
	4 a 6	12	9	5	3	
	7 e +	2	2	1	1	
Legal	0	114	93	147	91	0,5587 (a)
	1 a 3	9	7	15	9	
Compulsório	0	121	98	161	99	0,5798 (b)
	1 a 3	2	2	1	1	

(a) Teste de homogeneidade de proporção (qui-quadrado de Pearson)

(b) Teste exato de Fisher (bilateral)

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de homogeneidade quando verdadeira

4.2.4 Absenteísmo por doenças e por acidentes de trabalho

As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Tabela 24) foram as mais freqüentes em ambos os hospitais (19% no Hospital A e 32% no Hospital B), seguidas das doenças do aparelho digestivo (17%) no Hospital A e do aparelho respiratório (16%) no Hospital B. As ausências por problemas ginecológicos representaram a terceira causa de ausências por doenças no Hospital B. No Hospital A, apesar do contingente feminino ser maior que no Hospital B, foi a oitava causa de absenteísmo por doenças.

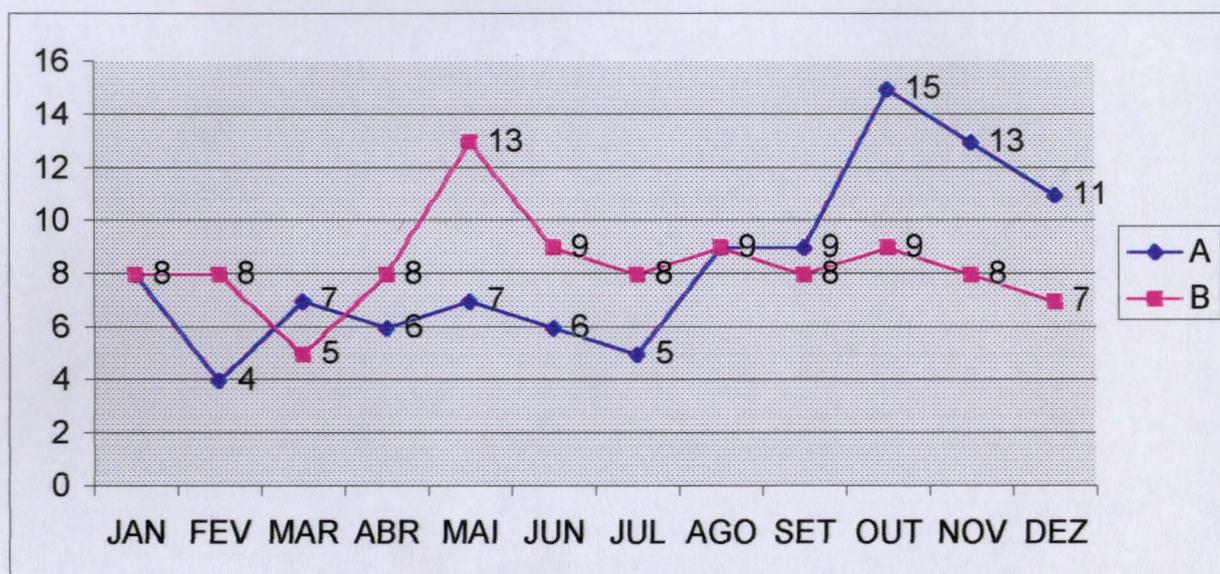
Tabela 24 - Distribuição dos casos de doenças dos Hospitais A e B, segundo especialidade, São Paulo, 2001.

Especialidade	Hospital				Total	
	A		B			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cabeça e pescoço	0	0	2	1	2	1
Cardiologia	11	6	12	3	23	4
Clínica geral	0	0	1	0	1	0
Dermatologia	14	7	28	7	42	8
Endocrinologia	1	1	0	0	1	0
Gastroenterologia	30	17	38	10	68	12
Ginecologia	5	3	39	10	44	8
Hematologia	2	1	0	0	2	1
Infectologia	10	6	4	1	14	2
Nefrologia	10	6	2	1	12	2
Neurologia	11	6	18	5	29	5
Ortopedia	34	19	118	32	152	27
Odontologia	0	0	6	2	6	1
Oftalmologia	0	0	17	4	17	3
Otorrinolaringologia	0	0	59	16	59	11
Pneumologia	27	15	2	1	29	5
Psiquiatria	8	4	7	2	15	3
Urologia	0	0	8	2	8	1
Vascular	0	0	3	1	3	1
Outros	17	9	9	2	26	5
Total	180	100	373	100	553	100

Fonte: Serviço de Medicina do Trabalho dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Os casos de doenças não tiveram a mesma distribuição no decorrer do ano (Figura 8). Enquanto que no Hospital A os maiores percentuais foram observados nos últimos meses do ano, no Hospital B observou-se um maior percentual no mês de maio, seguido de uma distribuição equitativa no decorrer dos demais meses do ano. Os picos nos meses de outubro no Hospital A e de maio no Hospital B foram decorrentes das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Figura 8 - Distribuição percentual dos casos de doenças dos Hospitais A e B, segundo mês do ano, São Paulo, 2001.



Fonte: Serviço de Medicina do Trabalho dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Os acidentes de trabalho (Tabela 25) ocorreram em maior proporção no próprio serviço (54% no Hospital A e 63% no Hospital B), entretanto, no Hospital A destaca-se o percentual (25%) de acidentes de trajeto, da casa para o trabalho. Já no Hospital B, embora os acidentes de trajeto também tenham sido o segundo local de ocorrências, os mesmos foram observados no sentido inverso, do trabalho para a casa do trabalhador (21%). As maiores proporções de acidentes foram observadas no período inicial da jornada de trabalho, ou seja, de até 4 horas após o início do trabalho (50% no Hospital A e 63% no Hospital B). As instalações (piso, vapor) e os

equipamentos (específicos da área de nutrição, incluindo os utensílios, como facas e carros para transporte dos alimentos) foram os maiores responsáveis pelos acidentes (50% no Hospital A decorrente de instalações e 46% no Hospital B devido aos equipamentos), o que justifica as conseqüências desses acidentes, a contusão em 58% dos trabalhadores no Hospital A e os ferimentos com cortes em 54% dos empregados do Hospital B, afetando em maior proporção os membros superiores (59% no Hospital A e 71% no Hospital B).

Tabela 25 - Distribuição dos episódios de acidentes de trabalho dos Hospitais A e B, segundo características dos acidentes, São Paulo, 2001.

Característica	Categoria	Hospital			
		A		B	
		n=24		n=24	
		Nº	%	Nº	%
Local de ocorrência	na seção	13	54	15	63
	fora seção	3	13	3	12
	trajeto casa/trabalho	6	25	1	4
	trajeto trabalho/casa	2	8	5	21
Dia da semana	2ª a 6ª feira	21	88	19	79
	Sáb. e Dom.	3	12	5	21
Horas após início do trabalho	0 a 4	12	50	15	63
	5 a 9	4	17	3	12
	antes do serviço	7	29	1	4
	após serviço	1	4	5	21
Período	manhã	18	75	13	55
	tarde	5	21	8	33
	noite	1	4	3	12
Causas	instalações	12	50	2	8
	instrumento perfuro cortante	1	4	1	4
	líquidos/vapores	4	17	3	13
	equipamentos/móveis	2	8	11	46
	transporte	4	17	7	29
	outros	1	4	0	0
Conseqüência	queimadura	3	13	6	25
	ferimento com corte	1	4	13	54
	contusão	14	58	3	13
	entorse	4	17	1	4
	outros	2	8	1	4
Parte corpo atingida	cabeça	2	8	3	12
	MMSS	14	59	17	71
	MMII	6	25	4	17
	abdome	2	8	0	0

Fonte: Serviço de Medicina do Trabalho dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

4.3 Opinião dos trabalhadores sobre as condições de trabalho e a questão do absenteísmo

4.3.1 Opinião sobre o absenteísmo

A Tabela 26 mostra a distribuição dos participantes dos Hospitais A e B que responderam o questionário, segundo as características dos mesmos. As análises estatísticas, com $\alpha = 10\%$, indicaram diferenças significativas entre os funcionários dos Hospitais A e B em relação às variáveis gênero, faixa etária, estado conjugal, tempo de serviço, escolaridade, horário, jornada de trabalho e responsabilidade com crianças, como ocorreram na Tabela 2 e em relação à variável cargo.

Tabela 26 - Distribuição dos participantes dos Hospitais A e B que responderam o questionário, segundo características dos servidores, São Paulo, 2001

Característica	Categoria	Hospital				p*
		A n = 112		B n = 140		
		Nº	%	Nº	%	
Gênero	Homem	16	14	50	36	0,0001 ^(a)
	Mulher	96	86	90	64	
Faixa etária	20 a 39	58	52	108	77	0,0001 ^(a)
	40 e +	54	48	32	23	
Estado conjugal	Solteiro	48	43	33	24	0,0034 ^(a)
	Casado/ vive comp.	49	44	88	63	
Tempo de serviço	0 a 4	46	42	50	35	0,0003 ^(a)
	5 a 14	37	33	76	55	
	15 e +	29	25	14	10	

Continua

Continuação da Tabela 26

Tabela 26 - Distribuição dos participantes dos Hospitais A e B que responderam o questionário, segundo características dos servidores, São Paulo, 2001

Característica	Categoria	Hospital				p*
		A		B		
		n = 112 Nº	%	n = 140 Nº	%	
Cargo	Operacional	85	75	120	86	0,0652 ^(a)
	Administ.	8	7	4	3	
	Técnico	12	11	14	10	
	Chefia	7	7	2	1	
Área de atuação	Produção	52	46	65	47	0,8486 ^(b)
	Internação	54	48	67	48	
	Ambulatório	3	3	2	1	
	Expediente	3	3	6	4	
Responsabilidade com crianças	Sim	56	50	85	61	0,0887 ^(a)
	Não	56	50	55	39	
Filhos	Sim	71	63	101	72	0,1381 ^(a)
	Não	41	37	39	28	
Escolaridade	1º grau inc.	29	26	63	45	<0,0001 ^(a)
	1º grau comp.	15	13	26	19	
	2º grau inc.	4	4	14	10	
	2º grau comp.	44	39	19	14	
	faculdade inc.	4	4	3	2	
	fac.completa	16	14	15	10	
Horário trabalho	Manhã	70	63	86	61	0,0109 ^(b)
	Tarde	35	31	39	28	
	Noite	2	2	14	10	
	Variável	5	4	1	1	
Jornada trabalho Semanal (horas)	30	1	1	0	0	<0,0001 ^(b)
	40	90	80	1	1	
	44	0	0	131	93	
	48	0	0	8	6	
	12 x 36	21	19	0	0	

^(a) Teste de homogeneidade de proporções (qui-quadrado de Pearson).

^(b) Teste exato de Fisher (bilateral).

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de homogeneidade quando verdadeira.

Na Tabela 27, encontra-se a distribuição da opinião dos participantes absenteístas (aqueles que tiveram 1 ou mais ausências no ano) e não absenteístas (trabalhadores que não tiveram nenhuma ocorrência no ano, exceto por motivo legal) sobre a assiduidade própria e a dos demais funcionários. Tanto os absenteístas como os não absenteístas, dos dois hospitais, consideraram a sua assiduidade de boa a ótima (acima de 90% dos participantes), entretanto quando questionados sobre a assiduidade dos demais funcionários houve divergência de opinião entre os trabalhadores dos dois hospitais. Enquanto os servidores absenteístas e não absenteístas do Hospital A consideraram de regular a ruim (acima de 75% dos participantes) a assiduidade dos colegas de trabalho, somente cerca de 28% dos trabalhadores do Hospital B, tiveram a mesma opinião.

Pela análise estatística, com atribuição de valores 2, 1, 0 e -1 para os conceitos ótimo, bom, regular e ruim, respectivamente, verificou-se, pelo modelo ajustado (Anexo 4), que para "assiduidade própria" foram significativos e positivos, a um $\alpha = 20\%$, o efeito de absenteísmo (sim e não) nos dois hospitais e o efeito de hospital (A e B) somente entre absenteístas. Portanto, observou-se que houve interação entre hospital e absenteísmo. E para "assiduidade dos demais funcionários" verificou-se, pelo modelo ajustado (Anexo 4), que apenas o efeito de hospital foi significativo, sendo o conceito atribuído pelos funcionários do Hospital B, 9 vezes o do Hospital A.

Conclui-se que independentemente do hospital e do absenteísmo, a assiduidade própria obteve melhores conceitos quando comparada com a assiduidade dos demais funcionários.

Tabela 27 - Opinião dos participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B sobre a assiduidade ao trabalho, São Paulo, 2001.

Opinião	Conceito	Absenteísta				Não absenteísta			
		A		B		A		B	
		n = 87		n = 99		n = 25		n = 41	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assiduidade própria	Ótimo	42	48	58	59	21	84	32	78
	Bom	38	44	37	37	4	16	8	20
	Regular	6	7	4	4	0	0	1	2
	Ruim	1	1	0	0	0	0	0	0
Média ajustada*		1,4		1,6		1,8		1,8	
Assiduidade Demais funcionários	Ótimo	2	2	14	14	1	4	8	20
	Bom	19	22	58	59	1	4	21	51
	Regular	53	61	24	24	18	72	9	22
	Ruim	13	15	3	3	5	20	3	7
Média ajustada*		0,1		0,9		0,1		0,9	

* Média estimada pelo modelo ajustado.

A opinião dos participantes absenteístas e não absenteístas sobre os motivos das ausências dos trabalhadores que “costumam faltar ao trabalho” está demonstrada na Tabela 28. Não houve divergência entre os absenteístas e os não absenteístas, do Hospital B, de que os motivos que levaram as pessoas a faltarem no trabalho foram em decorrência de doença própria. No Hospital A, os absenteístas citaram como causas mais freqüentes os motivos pessoais (22%) e, em segundo lugar, a doença própria (19%), seguida de insatisfação no trabalho (18%). Já entre os não absenteístas, a doença própria, os motivos pessoais e familiares e a insatisfação no trabalho foram citados em proporção semelhante (cerca de 16%). No Hospital B, os motivos pessoais apareceram em 3º lugar entre os absenteístas e em 2º lugar entre os não absenteístas. A insatisfação no trabalho foi mencionada pelos participantes do Hospital B, em 5º lugar em ambos os grupos.

Tabela 28 - Motivos das ausências dos trabalhadores que "costumam faltar ao trabalho", segundo opinião dos participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Motivo *	Absenteísta				Não absenteísta			
	A		B		A		B	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pessoal	39	22	24	11	12	16	16	20
Familiar	24	13	20	9	12	16	10	13
Doença própria	35	19	71	33	13	17	25	31
Doença na família	20	11	47	22	7	10	15	19
Não terem vontade de trabalhar	9	5	12	6	8	11	1	1
Não gostarem do que fazem	6	3	8	4	4	5	3	4
Por estarem insatisfeitos	32	18	19	9	12	16	9	11
Para agredirem a chefia	12	7	8	4	3	4	1	1
Outros	3	2	4	2	4	5	0	0
Total	180	100	213	100	75	100	80	100

* Respostas múltiplas

Os trabalhadores quando questionados sobre os motivos da assiduidade daqueles que "nunca faltam ao trabalho" (Tabela 29), os absenteístas do Hospital A responderam "gostam do que fazem" (23%), "preocupação com os pacientes" (20%), "colaboração com os colegas" (20%) e os não absenteístas "preocupação com o serviço" (23%). As respostas "gostam do que fazem" e "preocupação com os pacientes" foram mencionadas em menor proporção (17% e 15%, respectivamente). No Hospital B, a resposta "preocupação com o serviço" (23%) foi a mais citada, tanto entre os absenteístas quanto os não absenteístas, seguidas de "colaboração com os colegas" (17%) e "satisfação com o trabalho" (15%) entre os absenteístas. Entre os não absenteístas foram mencionadas "satisfação com o trabalho" (16%), "colaboração com os colegas" (15%) e "colaboração com as chefias" (15%).

Tabela 29 - Motivos da assiduidade dos trabalhadores que “nunca faltam ao trabalho”, segundo opinião dos participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Motivo *	Absenteísta				Não absenteísta			
	A n=87		B n=9		A n=25		B n=41	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gostam do que fazem	28	23	28	12	12	17	13	12
Preocupação com o Serviço	19	16	54	23	17	23	25	23
Preocupação com os pacientes	24	20	29	13	11	15	14	13
Colaboração com os colegas	24	20	39	17	10	13	16	15
Colaboração com as chefias	8	6	32	14	8	11	16	15
Satisfação com o trabalho	13	11	35	15	10	13	18	16
Responsabilidade pelo que fazem	0	0	6	3	0	0	1	1
Outros	5	4	8	3	6	8	6	5
Total	121	100	231	100	74	100	109	100

* Respostas múltiplas

Na Tabela 30, encontra-se a opinião dos trabalhadores quanto ao prejuízo das ausências no desempenho do serviço. Foi unânime, como esperado, a opinião de que as ausências prejudicam o serviço (mais de 90% dos participantes), tanto entre os absenteístas quanto entre os não absenteístas dos dois hospitais. Pela análise estatística, utilizando o modelo ajustado (Anexo 4), verificou-se que somente o efeito de hospital é significativo a um $\alpha = 20\%$ sobre a proporção dos que concordam com o prejuízo no desempenho do serviço e como esse efeito é negativo em 4% tem-se, proporcionalmente, menos funcionários do Hospital B concordando com essa opinião comparados aos do Hospital A.

Tabela 30 - Opinião dos servidores quanto ao prejuízo das ausências no desempenho do Serviço, segundo os participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Prejuízo	Absentéista				Não absenteísta			
	A		B		A		B	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	84	97	91	92	25	100	39	95
Não	3	3	8	8	0	0	2	5
Total	87	100	99	100	25	100	41	100
Sim*	--	97	--	93	--	97	--	93

* Porcentagem ajustada pelo modelo.

As sugestões apresentadas, pelos participantes do estudo, para a diminuição das ausências ao trabalho, encontram-se na Tabela 31. Melhorar as condições de trabalho” (38% entre os absenteístas e 27% entre os não absenteístas) e “maior rigor das chefias com os absenteístas” (20% entre os absenteístas e 19% entre os não absenteístas) foram as respostas mais citadas pelos trabalhadores do Hospital A.

Os participantes absenteístas do Hospital B referiram necessidade de “serem ouvidos pelas chefias” (29%) e “melhorar as condições de trabalho” (24%). Já os não absenteístas, desse hospital, sugeriram “maior rigor das chefias com os absenteístas” (32%) e “absenteístas deveriam ser ouvidos pelas chefias” (25%).

Tabela 31 - Sugestões dos trabalhadores para diminuição das ausências ao trabalho, segundo os participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Sugestão *	Absenteísta				Não absenteísta			
	A		B		A		B	
	n=87		n=99		n= 25		n=41	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Maior rigor das chefias com os absenteístas	26	20	31	20	11	19	22	32
Maior rigor do médico para dar licença médica	9	7	16	10	6	11	11	16
Melhorar condições de trabalho	51	38	37	24	15	27	12	17
Absenteístas deveriam ser ouvidos pelas chefias	18	13	46	29	10	18	17	25
Melhorar atendimento do Serviço Saúde	24	18	13	8	8	14	1	1
Nada a ser feito	1	1	11	7	0	0	5	8
Outras	4	3	3	2	6	11	1	1
Total	133	100	157	100	56	100	69	100

* Respostas múltiplas.

4.3.2 Avaliação das condições de trabalho

A Tabela 32 apresenta o escore médio estimado das avaliações de condições de trabalho, segundo os 21 itens pesquisados. Considerando o ponto médio 3 (na escala de 1 a 5, aplicada na avaliação de cada item do questionário, sendo 1 o indicativo da pior condição e 5 da melhor): os itens “trabalho que exige muito esforço físico”, “ritmo de trabalho”, e “reconhecimento da empresa por esforços” obtiveram pontuação abaixo de 3

entre absenteístas do Hospital A. Entre os não absenteístas, do mesmo hospital, somente o quesito “ruído” obteve valor inferior a 3. Já nas questões “calor”, “espaço de trabalho” e “assistência médica”, tanto os absenteístas quanto os não absenteístas, do Hospital A, atribuíram valores médios inferiores a 3.

No Hospital B, apenas o item “calor”, tanto entre absenteístas quanto não absenteístas, obteve valor médio inferior a 3.

Quanto à atribuição de valores próximos ao máximo, os itens “relacionamento com chefias” e “relacionamento com outros profissionais” obtiveram valores médios superiores a 4, entre os absenteístas e os não absenteístas dos Hospitais A e B.

No Hospital A, no quesito “satisfação no trabalho” somente os não absenteístas atribuíram valor médio 4,2. Já no Hospital B, tanto os absenteístas quanto os não absenteístas atribuíram valores médios superiores a 4 em relação à “satisfação no trabalho”, à “iluminação”, ao “espaço de trabalho”, ao “treinamento e desenvolvimento de atividades” e à “assistência médica”.

Ao analisar estatisticamente o escore médio de cada item pesquisado (Anexo 4), a um nível de significância $\alpha = 20\%$, observou-se que em oito itens os resultados indicaram que o efeito de hospital e absenteísmo foram significativos sobre o escore médio das condições de trabalho. Nos itens “riscos de acidentes”, “trabalho monótono”, “esforço físico”, “ritmo de trabalho”, “reconhecimento dos esforços”, “perspectiva profissional” e “satisfação no trabalho” foram positivos, ou seja, ao passar da referência para Hospital B e/ou não absenteísmo, o escore médio aumentou. No item “ruído”, no entanto, o efeito de absenteísmo foi negativo, fazendo com que o escore médio diminuísse ao passar da referência para o não absenteísmo.

Nas avaliações quanto à “iluminação”, ao “espaço no trabalho”, ao “relacionamento com colegas, com chefias e com outros profissionais”, ao “treinamento e desenvolvimento de atividades” e às “pausas informais”, somente o efeito de hospital foi significativo e em todas essas situações o

efeito foi positivo, de forma que ao passar da referência para o Hospital B, o escore médio aumentou igualmente para absenteístas e não absenteístas. A liberdade para tomar decisões foi o único item com efeito significativo apenas para absenteísmo, indicando que escore médio dado para esse item aumentou em 17,8% ao passar da referência para não absenteísmo nos dois hospitais. Em três itens, a análise não apontou nenhum efeito significativo, indicando que o escore médio não variou entre hospital e absenteísmo. Isso ocorreu para os itens "calor", "frio" e "esforço mental" com respectivos escores médios e desvios padrão estimados em 2,57 (0,08), 3,83 (0,07) e 3,48 (0,08). Para "escala de trabalho" e "assistência médica" foi detectado que o efeito de interação foi significativo entre hospital e absenteísmo sobre o escore médio. Na "escala de trabalho", a interação esteve presente porque houve um único efeito representando a variação no escore médio de referência devido ao funcionário ser do Hospital B e/ou não ser absenteísta. Com relação à "assistência médica", a interação ocorreu porque o efeito de absenteísmo somente entre funcionários do Hospital A e o efeito de hospital (qualquer que seja o absenteísmo) foram significativos.

Tabela 32 - Escore médio estimado das avaliações de condições de trabalho, segundo itens pesquisados entre absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Item	Absenteísta		Não absenteísta	
	A n = 87	B n = 99	A n = 25	B n = 41
Risco acidente	3,1	3,8	3,3	4,0
Ruído	3,0	3,4	2,6	3,0
Calor	2,6	2,6	2,6	2,6
Frio	3,8	3,8	3,8	3,8
Iluminação	3,6	4,7	3,6	4,7
Espaço trabalho	2,1	4,2	2,1	4,2
Trab. Monótono	3,4	3,7	3,8	4,0
Trab.exige muito esforço mental	3,5	3,5	3,5	3,5
Trab. exige muito esforço físico	2,5	3,2	3,1	3,8
Ritmo trabalho	2,7	3,5	3,0	3,7
Relacionamento c/colegas trabalho	3,1	3,5	3,1	3,5
Relacionamento c/ chefias	4,0	4,5	4,0	4,5
Relacionamento c/ outros profis.	4,3	4,4	4,3	4,4
Liberdade p/ decisões	3,0	3,0	3,5	3,5

continua

continuação da Tabela 32

Tabela 32 - Escore médio estimado das avaliações de condições de trabalho, segundo itens pesquisados entre absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B, São Paulo, 2001.

Item	Absenteísta		Não absenteísta	
	A n=87	B n = 99	A n = 25	B n = 41
Reconhecimento da empresa p/ esforços	2,6	3,1	3,1	3,6
Treinamento e des. atividades	3,9	4,4	3,9	4,4
Perspectiva de desenv. profis.	3,0	3,2	3,4	3,7
Pausas informais no trabalho	3,2	4,0	3,2	4,0
Escala trabalho	3,2	3,9	3,9	3,9
Assist. médica	2,0	4,5	2,8	4,5
Satisfação trabalho	3,9	4,4	4,2	4,6

Concluiu-se que para os 21 itens analisados não se detectou nenhuma tendência baseada nos escores médios estimados pelo modelo ajustado para cada item (Anexo 4). No entanto, nos itens "relacionamento tanto com colegas, quanto com chefias e outros profissionais", "treinamento / desenvolvimento de atividades" e "pausas informais no trabalho", os trabalhadores do Hospital B avaliaram que existia uma melhor condição de trabalho em relação aos do Hospital A.

Nos quesitos "iluminação" e "espaço de trabalho", também os funcionários do Hospital B atribuíram, em média, conceitos superiores em relação aos do Hospital A.

Quanto aos itens "calor", "frio" e "esforço mental" não houve variação nas opiniões.

Em relação aos demais itens, exceto "escala de trabalho" e "assistência médica", observou-se que o Hospital B teve escore maior que o A, entretanto, houve o efeito simultâneo do absenteísmo (sim e não) interferindo igualmente nos Hospitais A e B.

5 DISCUSSÃO

A quantificação das ausências de trabalhadores por meio das taxas é importante, pois permite comparar os valores entre os locais. A maioria dos autores, da literatura consultada, utilizou, no cálculo das taxas, o número médio de empregados e não o tempo de exposição (população em risco) no denominador, o que impossibilitou a comparação quantitativa dos resultados, pois com o uso do número médio de empregados, os valores das taxas de frequência (por episódio e por indivíduo), de duração e da proporção de tempo perdido resultam em valores bem inferiores.

Neste nosso estudo, utilizamos para calcular as taxas, no denominador, o tempo de exposição (população em risco), pois fornece valor mais apurado, embora mais trabalhoso. Utilizamos o tempo real em que o trabalhador está exposto ao risco de faltar, ao invés do número médio de empregados.

Neste trabalho, verificamos que no Hospital A, público, houve um maior número de servidores absenteístas e de episódios de ausências, bem como os dias de trabalho perdidos em relação aos dias de trabalho programados foram ligeiramente superiores; mas no Hospital B, privado, a duração dos episódios foi mais longa e o número de dias perdidos pelos absenteístas foram superiores aos do hospital público. Já o total de dias perdidos e o número de episódios por trabalhador faltante foram semelhantes em ambos os hospitais.

Devido à heterogeneidade da população estudada dos Hospitais A e B, nas análises estatísticas dos indicadores foi feita modelagem considerando as variáveis estatisticamente significantes: gênero, faixa etária, estado conjugal e tempo de trabalho no Serviço. No modelo final, as variáveis faixa etária e estado conjugal foram excluídas por não terem efeito significativo. As razões estimadas, por esse modelo, da taxa de frequência por episódios e da proporção de tempo perdido entre os hospitais público e o privado demonstraram que não houve diferenças entre eles, ou seja, não

houve comprovação estatística que em relação ao absenteísmo dos trabalhadores dos Serviços de Nutrição e Dietética, o hospital público apresente situação pior que o hospital privado.

Não foi possível comparar os resultados com outros estudos semelhantes e específicos em Serviços de Nutrição e Dietética, pela carência de trabalhos na literatura pesquisada, o que reforça a necessidade de profissionais dessa área explorarem esse rico campo de pesquisa.

Analisando os indicadores segundo a variável gênero, houve interação significativa entre gênero e responsabilidade com crianças na razão estimada da taxa de freqüência por episódios. Os homens com essa responsabilidade apresentaram taxa bem menor (52%) que as mulheres. Já entre os trabalhadores sem essa mesma responsabilidade não foram observadas diferenças significativas entre os dois gêneros. Na análise da proporção de tempo perdido não foi verificada essa interação.

Na análise descritiva dos indicadores, os homens do hospital público apresentaram valores bem superiores em relação aos do hospital privado, apesar do número de participantes neste hospital ter sido maior em 19%. Já entre as mulheres a situação se inverteu, somente o número de trabalhadoras faltantes no hospital público foi maior que no hospital privado; as demais taxas, excetuando a de freqüência por episódios, foram maiores entre as trabalhadoras do hospital privado que as do hospital público, embora o contingente de mulheres no hospital público fosse maior também em 19% .

O interessante foi observar que, no hospital público, os trabalhadores apresentaram absenteísmo superior, considerando a taxa de duração e a proporção de tempo perdido em relação às trabalhadoras, contrariando os resultados obtidos por NOGUERA (1980), NIETO et al. (1987) e RITCHIE et al. (1999). Entretanto, pode-se considerar esse resultado atípico, pois um trabalhador do Hospital A teve o episódio mais longo, com 212 dias de duração por licença I.N.S.S., fato que não ocorreu entre as trabalhadoras de ambos os hospitais, nem entre os trabalhadores do Hospital B.

O fato das mulheres apresentarem absenteísmo mais elevado que os homens é um dado agravante para o Serviço de Nutrição e Dietética, cuja população é normalmente constituída por mulheres. Em nosso estudo, a população feminina representou 86% no Hospital A e 67% no Hospital B.

A diferença no absenteísmo entre homens e mulheres, segundo MASTEKAASA et al. (1998), não decorre das condições de trabalho nem da maior responsabilidade imposta às mulheres pelo cuidado a filhos, mas, sim, das condições gerais de saúde e das diferenças de personalidade. Os efeitos das diferentes fontes de estresse na vida e no trabalho sobre o bem estar físico e emocional são diferentes para homens e mulheres. Segundo HENDRIX (1994), a variável sexo modera o efeito dessas fontes de estresse, as mulheres sofrem níveis mais elevados de estresse no trabalho e de absenteísmo e baixos estados emocionais de bem estar.

Em relação à faixa etária, pela análise descritiva das razões, os trabalhadores mais jovens dos Hospitais A e B, confirmando dados em literatura pesquisada, tiveram mais episódios de ausências e perderam mais dias de trabalho que os mais idosos, sendo a situação mais grave no hospital público que no hospital privado, embora a população na faixa etária mais jovem fosse 24% maior no hospital privado que no público.

Quanto ao estado conjugal, considerando a análise descritiva da taxa de duração, os trabalhadores casados do hospital público tiveram valores mais elevados que os do privado, apesar do contingente dessa categoria ter sido 20% maior no hospital privado em relação ao público. Nas demais categorias, a situação se inverteu, entre os solteiros e os separados/viúvos, do hospital privado, a taxa foi mais elevada que a do hospital público. No hospital público, os casados tiveram valores mais elevados que os solteiros e os separados/viúvos. Já no hospital privado, entre os solteiros, observou-se razões de risco mais elevadas em relação aos casados e aos separados/viúvos, mas os casados apresentaram valor mais alto que os separados/viúvos. Esses dados corroboram os achados de NOGUEIRA (1980) e de Simpson e Lenzi, citados pelo mesmo autor,

embora, neste nosso estudo, não se tenha comparado o estado conjugal e gênero como fizeram esses dois últimos pesquisadores.

Confirmando também resultados de estudos de NOGUEIRA (1980), ROBAZZI et al. (1990) e NIETO et al. (1987), nesta nossa pesquisa, o início dos episódios de ausências predominou nos dias das semanas (às segundas-feiras no hospital público e às quintas-feiras no hospital privado) e não nos fins de semana. Destacamos, entretanto, no hospital privado, o início das ausências, por motivos voluntários, aos domingos. Inferimos que essas ausências podem ter sido por doença na família, principalmente de filhos, uma vez que na opinião dos participantes desse hospital, esse motivo foi o segundo mais citado e de acordo com a norma institucional essas faltas são justificadas quando em caso de falta das mães ao trabalho.

O grupo operacional foi o que apresentou, no hospital público, valores mais elevados de absenteísmo no tocante à análise descritiva da taxa de duração e da proporção de tempo perdido, seguidos pelos grupos de chefias, técnico e, por último, o administrativo. No hospital privado, o valor mais elevado também foi observado entre os trabalhadores do grupo operacional, entretanto, seguido pelos grupos técnico, administrativo e, por fim, o de chefias. No grupo de chefias do hospital público, do total de seis participantes, três apresentaram ocorrências, sendo que dois tiveram ausências com duração de 15 dias cada, o que contribuiu para a elevação da taxa de duração, da proporção de tempo perdido, da duração média dos episódios e da média de dias perdidos por trabalhador faltante. Já no hospital privado não foi observada nenhuma ocorrência entre os dois participantes, o que explica as menores taxas de absenteísmo entre as chefias em relação às demais categorias. Esses resultados confirmam os achados de ROBAZZI et al. (1990), GAZMURI et al. (1992) e MIRA et al. (1992) sobre o absenteísmo mais elevado entre os profissionais menos graduados, normalmente submetidos às condições de trabalho mais penosas (SHEPHERD e WALKER 1957), que exigem esforço físico e ritmo de trabalho mais intenso, com tarefas monótonas e repetitivas e com pouca

autonomia, acrescidos dos riscos de acidentes de trabalho, pela própria característica do ambiente em que atuam.

Em relação ao tempo de trabalho, pela análise descritiva das razões, em ambos os hospitais, houve elevação do número total de dias perdidos no ano (taxa de duração), com o decorrer dos anos de trabalho até 14 anos e um decréscimo acentuado após 15 anos conforme estudo de NIETO et al. (1987). O aumento na faixa de 0 a 4 anos para 5 a 14 anos de trabalho foi mais acentuado no hospital público que no privado, bem como o decréscimo, embora, nesse caso, de maneira menos acentuada. Os trabalhadores que sobrevivem até 14 anos de trabalho tendem a faltar menos ou adquirem maior senso de responsabilidade, confirmado pela análise estatística das razões estimadas das taxas de freqüência por episódios e da proporção de tempo perdido.

Quanto à área de atuação, pela análise descritiva dos dados, no hospital público, foram observados valores mais elevados, no total de dias perdidos, no Setor de Produção, seguidos de Internação (a proporção de tempo perdido foi 12% maior na Produção em relação à da Internação), do Expediente e, por último, do Ambulatório (não foi observada nenhuma ocorrência). Deve-se observar que no Ambulatório atuavam somente três servidoras de nível universitário. O que contribuiu para a elevação da taxa de duração e da proporção de tempo perdido na área de Produção do hospital público foi o episódio mais longo de ausência de 212 dias de um servidor. Desconsiderando-se essa ocorrência, o absenteísmo na área de Produção seria inferior ao da área de Internação, como observado no hospital privado.

Como era de se esperar, confirmando dados da literatura estudada, os trabalhadores com responsabilidade no cuidado a crianças (filhos, netos ou sobrinhos) tiveram absenteísmo mais elevado que aqueles sem essa mesma responsabilidade, tanto no hospital público quanto no privado. Destaca-se, com base na análise estatística, a interação entre responsabilidade com crianças e gênero. As mulheres que tinham essa responsabilidade obtiveram valores mais elevados que os homens com a

mesma responsabilidade; diferença não observada entre homens e mulheres que não tinham essa responsabilidade. As demandas familiares estão associadas a níveis elevados de *burnout* e, conseqüentemente, de ausências no trabalho. Trabalhadores que têm sob suas responsabilidades crianças menores de 6 anos ou que têm dificuldades no cuidado aos filhos são os que estão sujeitos a esse risco e necessitam de políticas de suporte familiar (ERICKSON et al. 2000). Essa questão merece atenção especial das chefias e da equipe de Medicina do Trabalho para o controle do absenteísmo nas empresas, pois observa-se que as mulheres estão assumindo a responsabilidade pelo cuidado a filhos e netos, neste caso devido à gravidez das filhas adolescentes, em idade cada vez mais jovem.

Em nosso estudo, os trabalhadores com responsabilidade no cuidado a crianças representaram cerca de 50% da população estudada.

A proporção de tempo perdido e a taxa de duração que indicam os dias perdidos, não tiveram o mesmo comportamento, entre os hospitais público e o privado, ao longo do ano. No Hospital A, público, janeiro foi o mês em que um maior número de funcionários tiveram ocorrências (34 servidores), o que justifica a taxa de freqüência por indivíduo mais elevada, com decréscimo acentuado nos meses seguintes, com um número mínimo no mês de dezembro (2 servidores). Os valores mais elevados no número de episódios totais de ausências ocorreram nos meses de agosto (47 episódios) e setembro (42 episódios), o que contribuiu para a elevação da taxa de freqüência por episódio. Quanto ao número total de dias de ausências, foi mais elevado nos meses de setembro e outubro, principalmente por doença própria, o que justifica a elevação da taxa de duração, da proporção de tempo perdido e da duração média dos episódios nesses meses.

No Hospital B, privado, o maior número de episódios (56 episódios), principalmente por doença própria, ocorreu no mês de maio, seguido pelo mês de outubro, com um número acentuado de episódios por doença própria (28 episódios) e por motivos voluntários (25 episódios), o que elevou as taxas de freqüência por episódio, embora as diferenças de um mês para outro não tenham sido muito acentuadas. Os valores mais elevados no

número de dias totais de ausências foram observados nos meses de janeiro (232 dias), abril (203 dias) e maio (207 dias), os quais justificam o aumento da taxa de duração e da proporção de tempo perdido nesses meses. No mês de janeiro, notou-se o maior número de dias de ausências, mas o número de episódios não foi tão elevado, o que aumentou a duração média de episódios. Assim como no Hospital A, observou-se um maior número de funcionários com ocorrências no início do ano, nos meses de janeiro (25 servidores) e de fevereiro (22 servidores), elevando a taxa de frequência por indivíduo. Já nos meses de agosto e de dezembro somente dois funcionários tiveram ocorrências, mas com número elevado de episódios e de dias perdidos, o que contribuiu para o pico na média de dias perdidos e na média de episódios por trabalhador faltante nos referidos meses.

Apesar dos episódios de ausências por doença própria, de curta duração, terem sido mais freqüentes em ambos os hospitais, em relação ao número de dias de trabalho perdidos, os episódios de doenças com duração de 4 a 15 dias foram os maiores responsáveis no Hospital A, público, (332 dias), seguidos de licenças I.N.S.S. (247 dias). No Hospital B, privado, as licenças I.N.S.S. representaram o maior número de dias de trabalho perdidos (713 dias) e foram seguidas de episódios com duração de 4 a 15 dias (631 dias). Essas ausências com duração de até 15 dias constituem problema de muita importância, pois não há substituição do funcionário, o que implica em acúmulo de trabalho para os demais trabalhadores, redução de suas folgas de direito no mês e, conseqüentemente, acúmulo de cansaço físico e mental que podem gerar estresse ocupacional e problemas de saúde como as doenças cardiovasculares, distúrbios gastrointestinais, distúrbios de sono e depressão, citados por PARAGUAY (1990). Esses funcionários, provavelmente, serão os futuros absenteístas, apontados nos estudos realizados por MCKEVITT et al. (1997) e GRINYER e SINGLETON (2000), tornando o círculo vicioso.

Embora, alguns hospitais adotem o critério da substituição do trabalhador em licença I.N.S.S., mediante a contratação de um novo servidor por prazo determinado, isso não ocorre de forma imediata, devido aos

trâmites burocráticos e à necessidade de averiguação do prazo de retorno do absenteísta junto aos órgãos competentes. No Hospital A, não são autorizadas as substituições dos servidores com licença menor que 90 dias. No Hospital B, as substituições são autorizadas somente em caso de licença médica sem previsão de retorno do servidor ao trabalho.

No Hospital A, a distribuição dos casos de doenças com maior percentual ocorreu nos últimos meses do ano, quando observamos uma maior proporção de tempo perdido, provavelmente devido ao acúmulo de cansaço físico e mental citado anteriormente, gerando como consequência as doenças do sistema osteomuscular e os transtornos mentais. No Hospital B, privado, o pico no mês de maio, teve como contribuinte, além das doenças do sistema osteomuscular, as doenças do aparelho respiratório, o que era de se esperar por ser um mês de temperaturas mais baixas, em que a população fica mais sujeita a contrair gripes e resfriados.

A questão do absenteísmo-doença merece investigação específica e atenção dos administradores, das chefias dos serviços e dos profissionais da área de Medicina do Trabalho para implantação de programas visando à prevenção das doenças e à promoção da saúde de seus trabalhadores. A exemplo dos estudos realizados por outros autores (NOGUEIRA, 1980; ROBAZZI et al. 1990; WRIGHT, 1997), neste nosso estudo, o absenteísmo por doença foi a primeira causa dos episódios de ausências de trabalhadores tanto no hospital público quanto no privado. Destaca-se a diferença nos percentuais entre um hospital e outro (43% no hospital público e 75% no hospital privado). Essa diferença ocorreu, provavelmente, pelas ausências por motivos de doenças dos trabalhadores, no hospital público, terem sido justificadas pelas chefias, devido aos atestados de médicos externos, apresentados pelos servidores no dia posterior à falta, não estarem de acordo com as normas institucionais para concessão de licença médica pelo médico do trabalho.

A não observância de ausências por doença na família, no hospital privado, decorreu devido a não concessão de licença às mães para tratamento de saúde dos filhos, norma existente somente no hospital

público. No hospital privado, em caso de necessidade, as faltas das mães são justificadas.

O fato das ausências por motivo voluntário representarem, no hospital público, o dobro do percentual em relação ao hospital privado, possivelmente foi conseqüente ao exposto anteriormente, em relação às ausências por doenças, a uma maior permissividade por parte das chefias imediatas e mediatas do hospital público e a um maior controle por meio de mecanismos de punição existente nos hospitais privados, conforme citado por ALVES (1994). Essas ausências, embora tenham sido em número de dias perdidos (145 dias no hospital público e 98 dias no hospital privado) a quarta causa de dias de trabalhos perdidos, em ambos os hospitais, ocorreram com grande freqüência, representando o segundo motivo do total de episódios de ausências no ano. Essa situação gera tensão e desorganização para os trabalhadores e para as chefias, pois as ausências repentinas e de curta duração são difíceis de serem administradas.

A questão do absenteísmo-doença é um assunto que preocupa há muito tempo os profissionais da área da saúde do trabalhador, haja visto os numerosos trabalhos publicados sobre o assunto nos diversos segmentos e com diferentes enfoques: ENTERLINE (1964); TAYLOR (1967 e 1968); FERGUSON (1972); COE (1975); MONIZ (1978); NOGUEIRA (1980); MEIRA (1982); SOUZA et al. (1982); GUILHERME e SILVA (1983); VALTORTA et al. (1985); REIS (1986); NIETO et al. (1987); SILVA (1989); HOVERSTAD e KJOLSTAD (1991); SANTO et al. (1992); NORTH et al. (1996); WRIGHT (1997); NIEDHAMMER et al. (1998); KIVIMÄKI et al. (2001); entre outros. Muitos desses trabalhos abordam o difícil papel do médico do trabalho diante de possíveis abusos, por parte dos empregados que se utilizam da doença nem sempre passíveis de diagnóstico por meios objetivos, para justificar as faltas ao trabalho, bem como por parte de outros médicos que não são da área e que fornecem os atestados.

Outra questão é a existência de fatores ligados à empresa e ao próprio trabalhador que dificultam a resolução do problema do absenteísmo-doença. É unânime a opinião dos estudiosos sobre a necessidade da

adoção de medidas de prevenção e de combate ao absenteísmo por meio das seguintes ações:

- das chefias na promoção da satisfação pelo trabalho e no suporte social;
- do serviço médico nas avaliações, controles e divulgações dos absenteísmos por enfermidades e por acidentes de trabalho, nas determinações e orientações das condições de trabalho e na promoção da saúde do trabalhador;
- da empresa por meio de políticas, no reconhecimento dos esforços dos trabalhadores e na melhoria da qualidade de vida no trabalho.

Atenção deve ser dada também àqueles trabalhadores que têm o hábito de faltar, pois neste estudo, verificou-se que 21% de servidores (com 6 ou mais episódios no ano) do hospital público e 12% do hospital privado foram responsáveis por 55% do total de dias perdidos, principalmente por motivo de doença. Em ambos os hospitais, um servidor teve 21 episódios, ou seja, uma média de 2 episódios no mês, contribuindo com 34 dias de ausências no hospital público e 57 dias no hospital privado. Os absenteístas frequentes devem ser identificados para dar-lhes apoio e para verificar possíveis fatores motivacionais relacionados à organização. Nesse quesito, as chefias imediatas novamente têm papel muito importante, por estarem mais próximas ao trabalhador e poderem detectar as ocorrências e oferecerem o devido suporte social e/ou atuarem junto à equipe da Medicina do Trabalho.

As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo são as que merecem atenção especial, por representarem uma grande parcela das licenças médicas, não só em nosso estudo como também no de GARCIA et al. (1998); VANTERA et al. (1997); HOOGENDOORN et al. (2002); FREDRIKSSON (2001); ÓLAFSDÓTTIR (1998), com tendência ao aumento progressivo no decorrer dos anos, devido ao uso dos computadores e de novas tecnologias, além do uso de sistemas de gerenciamento que os hospitais vêm adotando, visando à qualidade, à produtividade e à redução dos custos, mas que expõem os trabalhadores a riscos à saúde dos mesmos. Fatores como carga física elevada no trabalho que envolvam

rotação e flexão do tronco e levantamento de pesos e baixa satisfação no trabalho são relacionados ao absenteísmo-doença por lombalgias, conforme estudos de HOOGENDOORN et al. (2002). Programas de educação no trabalho sobre posturas corretas, transporte de cargas, levantamento de pesos, uso adequado dos equipamentos e análise ergonômica do trabalho são medidas recomendadas para orientação aos trabalhadores e identificação de fatores relacionados às condições de trabalho.

Os acidentes de trabalho, neste estudo, a quarta e terceira causas de episódios de ausências, com perdas de 322 dias e de 124 dias de trabalho, correspondendo a 19% e a 5%, respectivamente, do total de dias de ausências nos hospitais público e privado, são muito estudados nos Serviços de Nutrição e Dietética (MORRONE e GARCIA 1978; VALTORTA 1988; KITAHARA et al. 1982; GARCIA et al. 1998) por fazerem parte de um ambiente hospitalar, que é mais propício aos acidentes pelas próprias características e condições de trabalho em que os funcionários são submetidos, como por exemplo: altas temperaturas; pisos escorregadios; carregamento de pesos; ritmo intenso de trabalho; manuseio de equipamentos elétricos, a vapor e a gás e de utensílios cortantes; além de aspectos de organização do trabalho que podem levar ao estresse ocupacional (PARAGUAY 1990) e, conseqüentemente, aos acidentes de trabalho. Conforme observa SANT'ANA (1994), é exigido dos trabalhadores dos Serviços de Alimentação uma alta produtividade em tempo limitado, em condições muitas vezes inadequadas de trabalho, por falta de um planejamento físico correto, com cruzamentos de fluxos e espaços reduzidos em relação ao número produzido de refeições. As condições inadequadas geram insatisfações, queda de produtividade, problemas de saúde e acidentes de trabalho. Em nosso estudo, embora os acidentes tenham ocorrido em maior proporção no próprio serviço, destacou-se os acidentes de trajeto, da casa para o trabalho no hospital público e, no sentido inverso, no hospital privado. Sabe-se que a maioria dos trabalhadores, principalmente operacionais, residem longe dos locais de trabalho, que os obrigam a utilizarem vários meios de transporte; que muitos saem de suas

casas sem se alimentarem adequadamente e aqueles que têm sob seus cuidados crianças pequenas são obrigados a levá-las e a buscá-las nas creches ou escolas, além do que a maioria das trabalhadoras são submetidas a tarefas domésticas quando retornam para suas residências. Hoje, muitas mulheres estão assumindo o papel de chefe de família, o que as obriga a buscarem trabalhos extras, como realização de faxina em residências, em seus dias de folgas, para complementarem o salário. Todos esses fatores contribuem no aumento de riscos de acidentes de trabalho pelo acúmulo de cansaço e de responsabilidade. Se, durante a jornada diária de trabalho, não forem observadas pausas, o risco pode aumentar, o que pode justificar, neste estudo, o número maior de acidentes no primeiro turno de trabalho, ou seja, de até 4 horas após seu início. Esse assunto também merece um estudo específico e ações dos profissionais da Medicina do Trabalho e dos Serviços, para conscientização dos trabalhadores quanto aos riscos de acidentes e à importância do uso de equipamentos de proteção individual (EPI), para melhoria das condições de trabalho e para implantação de programas de proteção ao trabalhador.

Houve uma boa adesão dos trabalhadores na investigação sobre as condições de trabalho e na emissão das opiniões sobre a questão do absenteísmo nos locais de trabalho. A participação foi 5% maior no hospital público (91%) que no privado (86%), considerando o número de trabalhadores que foram incluídos no cálculo dos indicadores. Entretanto, é preciso ressaltar que houve demissões de um número maior de servidores no hospital privado que no hospital público, ao longo de 2001 e, portanto, não estavam mais presentes na segunda fase da pesquisa, que ocorreu no início de 2002.

Foi interessante observar que a maioria dos absenteístas, dos dois hospitais, considerou a sua assiduidade de boa a ótima, sendo a opinião de que era “ótima” mais concentrada no Hospital B, privado, que no Hospital A, público, e ao julgar a assiduidade dos colegas, esses mesmos absenteístas tenham sido mais críticos. Os motivos pessoais, familiares e as doenças próprias constituíram os maiores responsáveis pelo absenteísmo na opinião

dos trabalhadores, com percentual maior no hospital privado. A insatisfação no trabalho, tanto entre absenteístas quanto não absenteístas, principalmente no hospital público, é uma questão que merece, futuramente, investigação específica pelo percentual de respostas. Os fatores psicossociais podem estar relacionados, inclusive, aos principais motivos relatados pelos trabalhadores, conforme estudos realizados por NIEDHAMMER et al. (1998), VALTORTA et al. (1985) e NORTH et al. (1996). A satisfação no trabalho está associada à saúde do trabalhador, independentemente das características sócio-demográficas e funcionais e o trabalhador insatisfeito pode procurar formas de evitar a situação que provoca essa insatisfação, ausentando-se do trabalho ou tomando-se uma pessoa passiva e desinteressada de seu trabalho, conforme estudos de MARTINEZ (2002).

Mesmo os motivos apresentados para a assiduidade dos trabalhadores, como a "preocupação com os pacientes e com o serviço e em colaboração aos colegas" são aspectos que podem ser de risco para ausências futuras ou de longa duração, de acordo com resultados observados por MCKEVITT et al. (1997) e GRINYER e SINGLETON (2000) em empresas com baixas taxas de absenteísmo-doença. Esses estudos são importantes para detecção precoce dos fatores intrínsecos relacionados ao absenteísmo nos hospitais públicos e privados, na tentativa de reduzir a exposição ao risco de faltar e, assim, diminuir as ocorrências de ano para ano e aumentar o número de sobreviventes. No estudo de NOGUEIRA (1980) foi nítida a queda, ao longo de 5 anos, o não absenteísmo-doença, principalmente entre as mulheres, nas coortes estudadas. Em nosso estudo, o número de não absenteístas, aqueles que não tiveram nenhuma ocorrência no ano, exceto por motivo legal, também foi pequeno nos dois hospitais.

É indiscutível o prejuízo das ausências dos trabalhadores no desempenho dos hospitais, sejam públicos ou privados, mais do que de outras organizações, pelas características já apontadas. Em nosso estudo, como era de esperar, foi unânime a opinião dos servidores quanto ao

prejuízo provocado pelo absenteísmo de membros da equipe no desempenho das funções no SND, tanto em hospitais públicos quanto privados. Destaca-se, entretanto, a opinião da não concordância, em maior grau, entre os trabalhadores do hospital privado, embora, pela análise dos indicadores, não se tenha observado que a situação do absenteísmo seja melhor no hospital privado em relação ao público.

Alguns autores propõem o acréscimo de um Índice de Segurança Técnica, em torno de 20 a 30%, no dimensionamento do quadro de pessoal para a cobertura das ausências previstas e não previstas (GAIDZINSKI, 1998). Em nossa opinião, as ausências previstas (férias, folgas) devem ser computadas no cálculo do dimensionamento de pessoal por meio de indicadores como os preconizados por GANDRA (1986). E para as ausências não previstas, principalmente de longa duração, deve-se adotar critérios, como os já existentes em algumas instituições públicas e privadas, para a reposição do quadro mediante a contratação de servidores por prazo determinado, priorizando áreas como de Nutrição e Dietética. Mesmo as ausências por motivos legais, principalmente por licença-maternidade, devem ser consideradas nessa reposição, pois em nosso estudo, embora o número de episódios tenha sido pequeno, os mesmos representaram 18% e 21%, do total de 1.671 dias e de 2.526 dias de ausências no ano, respectivamente, nos hospitais público e privado.

Nas sugestões apresentadas pelos trabalhadores para diminuição das ausências ao trabalho, destacaram-se a necessidade dos mesmos serem ouvidos pelas chefias e a valorização em relação ao papel das chefias na gestão de pessoas, inferindo pela preferência às chefias mais rigorosas, mas justas e imparciais. Torna-se imprescindível, portanto, o treinamento e desenvolvimento dos profissionais que ocupam cargos de direção e que têm sob seu comando trabalhadores de diversos níveis de escolaridade, na gestão de pessoas e na aquisição de conhecimentos na área de saúde do trabalhador. Esses resultados vêm ao encontro de estudo realizado por HOVERSTAD e KJOLSTAD (1991) com grupos focais de trabalhadores, de indústria e de companhia de seguro, sobre os motivos

atribuídos pelos mesmos para o absenteísmo-doença. O papel da chefia foi citado como terceira causa, entre as condições de trabalho, que influencia o absenteísmo, precedida pela sensação de bem estar, entendida como relações sociais existentes no local, e pela organização do trabalho. A questão do relacionamento da equipe de trabalho é apontada como mais importante que outros fatores psicossociais como carga e autonomia no trabalho, no absenteísmo-doença, também entre os profissionais da área de saúde, segundo estudo de KIVIMÄKI et al. (2001).

A resposta “melhorar as condições de trabalho”, com maior percentual entre os trabalhadores do hospital público, justifica-se pela necessidade de reforma e de ampliação da área física da cozinha, decorrente do aumento progressivo do número de leitos hospitalares, com conseqüente aumento na produção de refeições, no número de equipamentos e no aumento de servidores na área. Essa necessidade de reforma na área física também explica os escores mais baixos atribuídos aos itens “espaço de trabalho”, “calor” e “ruído”, pelos trabalhadores do hospital público. Destacou-se, também no hospital público, o escore mais baixo observado na questão “assistência médica”, tanto entre absenteístas quanto não absenteístas, considerado um dos fatores de maior insatisfação entre os trabalhadores desse hospital.

A boa interação existente entre as pessoas e a atenção ao treinamento e desenvolvimento oferecido, em ambos os hospitais, foram consideradas, pelos trabalhadores, como fatores positivos. Consideramos esses quesitos de fundamental importância, pois podem contribuir como facilitadores para implantação de ações, comentadas ao longo do texto, na redução da situação do absenteísmo existente nos dois hospitais.

Diante dos inúmeros dados apresentados, destacamos alguns pontos:

- A característica da população estudada, significativamente mais jovem, com maior número de homens do que de mulheres, de trabalhadores casados do que de solteiros e com menos tempo de trabalho no Serviço no hospital privado em relação ao hospital público;

- A análise descritiva e comparativa das razões dos indicadores entre os hospitais público e o privado revelou um maior percentual de absenteístas, de episódios de ausências, de dias de trabalho perdidos em relação ao número de dias de trabalho programados no hospital público que no privado. Entretanto, no hospital privado os episódios de ausências foram mais longos e os trabalhadores faltantes perderam mais dias de trabalho que no público;
- As razões estimadas pelo modelo estatístico, considerando as características da população estudada, não apontaram diferenças significativas nas taxas de frequência por episódios e na proporção de tempo perdido entre os hospitais público e privado;
- O elevado número de episódios de ausências por motivo voluntário e por doença na família no hospital público em relação ao privado;
- A curva ascendente de casos de doenças ao longo do ano no hospital público;
- As ausências ao trabalho por motivo de doenças representaram as maiores causas, tanto no hospital público quanto no privado, mas foram mais acentuadas neste último;
- Embora o número de episódios de acidentes de trabalho tenha sido o mesmo nos dois hospitais, o hospital público apresentou mais que o dobro de dias de trabalho perdidos que o hospital privado;
- Na opinião dos trabalhadores, tanto absenteístas quanto não absenteístas, as ausências ao trabalho por motivos pessoais, familiares e por doenças própria ou na família representaram 64% das respostas no hospital público e 78% no hospital privado;
- Os motivos da assiduidade ao trabalho, segundo a opinião dos trabalhadores do hospital público e do hospital privado, foram semelhantes, como "preocupação com o serviço" e "com os pacientes", "colaboração com colegas", "satisfação com o trabalho". A maior

diferença percentual foi na resposta "gostam do que fazem" (21% no hospital público e 13% no hospital privado);

- Nas sugestões apresentadas pelos trabalhadores para diminuição das ausências, em ambos os hospitais, destacaram-se as respostas "maior rigor das chefias com os absenteístas" e "absenteístas deveriam ser ouvidos pelas chefias". No hospital público, as respostas "melhorar o atendimento do Serviço de Saúde" e "melhorar as condições de trabalho" foram mais prevalentes que no hospital privado;
- Na avaliação das condições de trabalho, os trabalhadores do hospital privado, em relação aos colegas do hospital público, opinaram que nos quesitos interação no ambiente de trabalho, treinamento, pausas durante o expediente, iluminação e espaço de trabalho, havia melhores condições que no hospital público.

O presente trabalho se propôs a caracterizar a situação do absenteísmo de trabalhadores de Serviços de Nutrição e Dietética de dois hospitais, um público e outro privado, considerados de excelência nos seus respectivos campos de atuação. Os resultados obtidos demonstram que tal objetivo foi alcançado e que estudos semelhantes abrangendo outros Serviços de Nutrição e Dietética de outros hospitais brasileiros, com características e realidades diferentes, devem ser efetuados para que se possa conhecer a amplitude do problema.

6 CONCLUSÕES

1. Os indicadores padronizados permitiram caracterizar as ausências dos funcionários ao trabalho e comparar as taxas entre os hospitais público e privado;
2. Não houve diferença estatisticamente significativa das razões estimadas da taxa de frequência por episódios e da proporção de tempo perdido entre os hospitais público e privado;
3. Os homens, nos dois hospitais, apresentaram absenteísmo menor que as mulheres, entretanto, observou-se interação com responsabilidade com crianças; não foram observadas diferenças entre homens e mulheres que não tinham essa responsabilidade;
4. Os trabalhadores mais jovens apresentaram um absenteísmo maior do que os de mais idade;
5. O absenteísmo dos trabalhadores solteiros foi maior que o dos separados e viúvos e o dos casados (exceto no hospital público). E o absenteísmo dos casados foi maior que o dos separados e viúvos;
6. O grupo operacional apresentou absenteísmo mais elevado que os grupos técnico, administrativo e de chefias. Os menores valores foram observados nos grupos administrativo e de chefias;
7. O absenteísmo aumentou no decorrer dos anos de trabalho, até 14 anos, decrescendo após esse período;
8. Os trabalhadores da área de internação apresentaram absenteísmo superior aos das áreas de produção, expediente e ambulatório;

9. O absenteísmo das trabalhadoras que têm sob suas responsabilidades crianças foi superior em relação aos que não têm essa mesma responsabilidade;
10. O absenteísmo ao longo do ano não teve o mesmo comportamento no hospital público e no privado. No hospital público foi maior no segundo semestre (setembro, outubro) e no hospital privado no primeiro semestre (janeiro, abril, maio);
11. Início dos episódios de ausências foi mais freqüente durante a semana e não nos fins de semana, mas não tiveram a mesma distribuição nos dois hospitais. No hospital público, foi mais freqüente às segundas-feiras. No hospital privado, foi mais freqüente às quintas-feiras;
12. Os episódios de doenças próprias e familiares representaram 57% e 75% das causas do absenteísmo nos hospitais público e privado, respectivamente;
13. As ausências ao trabalho por motivo de doença própria representaram, respectivamente, 56% e 99% de dias de trabalho perdidos nos hospitais público e privado. As doenças com duração de 4 a 15 dias, no hospital público, foram os maiores responsáveis por essas ausências. No hospital privado, foram as licenças I.N.S.S.
14. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram as principais responsáveis pelos episódios de ausências por doenças, com picos no mês de outubro no hospital público, e no mês de maio no hospital privado.
15. Os acidentes de trabalho ocorreram em maior proporção no local de trabalho, às quartas-feiras, nas primeiras horas de início da jornada

de trabalho, tendo como causas as instalações (no hospital público) e os equipamentos (no hospital privado) e, como conseqüências, as contusões (hospital público) e os ferimentos com corte (hospital privado) que atingiram principalmente os membros superiores do corpo;

16. Um pequeno percentual de trabalhadores com o hábito de faltar (21% no hospital público e 12% no hospital privado) foi responsável por 55% do total de dias de trabalho perdidos;
17. Os não absenteístas, exceto por motivo legal, representaram 21% no hospital público e 17% no hospital privado do total de participantes deste estudo;
18. Na opinião dos trabalhadores, as condições de trabalho e os fatores psicossociais estão envolvidos na questão do absenteísmo.

Os dados conclusivos e relacionados acima apontam para a gravidade da questão do absenteísmo dos trabalhadores do SND nas instituições de saúde, pois a sua freqüência afeta a qualidade da assistência direta prestada aos pacientes. A ausência dos trabalhadores prejudica o desenvolvimento do trabalho, sobrecarrega os presentes, gera insatisfação, diminui a produtividade e, com isso, compromete o atendimento ao paciente e a eficácia organizacional.

Pelo visto, a questão do absenteísmo não difere de outras organizações não hospitalares, o que torna a questão mais preocupante por se tratar de instituições de saúde onde a figura básica em que deve ser centrado o trabalho é o doente, mas que eles próprios (os trabalhadores) parecem não possuir plena capacidade para o trabalho, conforme observado no pequeno número de funcionários sem ocorrências de ausências e no elevado número de casos de doenças, principalmente de longa duração, com tendência ao aumento.

Nos dias atuais em que a questão da humanização nos hospitais está sendo amplamente discutida e desejada, é importante dar maior atenção também em nossos próprios trabalhadores, pois, nem sempre as causas do absenteísmo estão no próprio empregado, mas na organização, na administração que visa somente o cumprimento da rotina de trabalho, na dificuldade de comunicação, no ténue suporte social e nas condições de trabalho nem sempre ideais.

Torna-se necessário, portanto, além de reestudos específicos com trabalhadores dos Serviços de Nutrição e Dietética, praticar ações efetivas e conjuntas por parte das chefias dos serviços, dos administradores e de todos que se preocupam com a saúde dos trabalhadores, visando à melhoria da qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, à melhoria na prestação de serviços por toda a organização.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. **R. Gaúcha Enferm.** 1994; 15(1/2) 71-75.

Blatter BM, Houtman ILD, Bijl R, Schoemaker C. Interventions among employees absent from work due to psychological problems: baseline results of a cohort study. In: **Anais do 26th International Congress on Occupational Health**; 2000, 27 agosto-1^o setembro; Singapore, China: ICOH; 2000. p. 264.

Brasil. **Consolidação das leis do trabalho.** Art.392, Seção V, Cap. III, de julho de 1999. Da Proteção à Maternidade. São Paulo: IOB; 2001 [Atualizável].

Brasil. **Consolidação das leis do trabalho.** Art.473, Cap. IV, de agosto de 1999. Da Suspensão e da Interrupção. São Paulo: IOB; 2001 [Atualizável].

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia Básica em Saúde.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.

Cardoso E, Isosakil M, Nazima MKN, Nakasato M. Anamnese e diagnóstico na assistência nutricional ao cardiopata. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 1997; 5(supl A):63-8.

Carvalho OO. **Divisão de Alimentação.** São Paulo: Departamento Regional do SESI; 1965.

Chiavenato I. **Recursos Humanos**. Edição compacta. São Paulo: Atlas; 1990.

Coe J. The physician's role in sickness absence certification: a reconsideration. **Journal of Occupational Medicine** 1975; 17(11):722-724.

Conselho Regional de Nutricionistas - 3ª região. **Ato Normativo CRN-3 Nº 06/2001**. São Paulo, jun 2001. Disponível em <URL: <http://www.crn3.org.br/index1.htm>> [2002 set 27].

Costa G. Effects on health and well-being. In: Colquhoun WP, Costa G, Folkard S, Knauth P. **Shiftwork Problems and Solutions**. Arbeitswissenschaft in der betrieblichen Praxis. Frankfurt am Main: Peter Lang 1996; 7:113-139.

Dejours C. Por um novo conceito de saúde. **Rev Bras Saúde Ocupacional** 1986; 14(54):7-11.

Enterline PE. Sick absence for men and women by marital status. **Archives of Environmental Health** 1964; 8:466-470.

Erickson RJ, Nichols L, Ritter C. Family influences on absenteeism: testing an expanded process model. **Journal of Vocational Behavior** 2000; 57(2): 246-272.

Ferguson D. Some characteristics of repeated sickness absence. **Brit J Industr Med** 1972; 29:420-431.

Fischer FM. Retrospective study regarding absenteeism among shiftworkers. **Int Arch Occup Environ Health** 1986; 58:301-320.

Fischer FM. **Condições de trabalho e de vida em trabalhadores de setor petroquímico**. São Paulo; 1990. [Tese de Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Foucault M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1981. O nascimento do hospital; p. 99 -111.

Fredriksson K. The impact on musculoskeletal disorders of changing physical and psychosocial work environment conditions in the automobile industry. **International Journal of Industrial Ergonomics** 2001; 28:31-45.

Gaidzinski RR. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. São Paulo; 1998. [Tese de Livre-Docência - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Gandra YR. Coordenador. **Avaliação de Serviço de Nutrição e Dietética**. São Paulo: Sarvier; 1986.

Garcia ME, Martins ABK, Hirata EE, Braggio EF, Rossi JCB, Nogueira DP et al. Distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho na Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo. **Rev Méd HU-USP** 1998; 8 (1):21-4.

Gazmuri AM, Lopez I, Sandoval L H. Estudio de ausentismo en trabajadores de un hospital. **Rev Méd Chile** 1992; 120:1053-1059.

Gonçalves EL. As funções do hospital moderno. In: **O hospital é a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira; 1989. p 3-17.

Grinyer A , Singleton V. Sickness absence as risk-taking behaviour: a study of organizational and cultural factors in public sector. **Health, Risk & Society** 2000; 2:7-21.

Guilherme SD, Silva GDC da. A preferência dos atestados em Medicina do Trabalho. **Rev Bras Saude Ocupacional** 1983; 11(41):58-63.

Hayashi T, Nakatani A. Job stress and sickleave of 7 days or longer in Japanese workers. **Anais do 26th International Congress on Occupational Health**; 2000, 27 agosto-1^o setembro; Singapore, China: ICOH; 2000. p. 263.

Hendrix WH, Spencer BA, Gibson GS. Organizational and extraorganizational factors affecting stress, employee well-being, and absenteeism for males and females. **Journal of Business and Psychology** 1994; 9(2):103-128.

Hoogendoorn WE, Bongers PM, Vet HCW de, Ariëns GAM, Mechelen W van, Bouter LM. High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. **Occupational and Environmental Medicine** 2002; 59:323-328.

Hoverstad T, Kjolstad S. Use of focus groups to study absenteeism due to illness. **Journal of Occupational Medicine** 1991; 33(10):1046-1050.

Hsieh CF, Holdt CS, Zahler LP, Gates GE. Manager attitudes toward performance appraisals and effect of evaluations on employee absenteeism and turnover. **Journal of food service systems** 1994; 7(4):243-254.

Kitahara A, Belau A, Oliveira AV, Coimbra IJS, Neto JAG, Pereira MG, Jean RP, Frenkiel S. Levantamento das condições de segurança, higiene e medicina do trabalho em Serviço de Nutrição e Dietética de um Hospital Geral. In: **Anais do XX Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho**; 1982, set 26-30; São Paulo, Brasil. São Paulo: Fundacentro; 1982. p.770-802.

Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S et al. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. **Occup Environ Med** 2001; 58:361-366.

Kumashiro M. New technologies in the workplace and their impact on health. In: **Anais do 26th International Congress on Occupational Health**; 2000, 27 agosto-1^o setembro; Singapore, China: ICOH; 2000. p. 67-76.

Larocque D. [Absenteeism] L'absenteisme. **Can Nurse** 1996; 92(9):42-6.

Lipscomb M. Early days of hospital dietetics. **J Am Diet Assoc** 1966; 49(2): 103-9.

Martinez MC. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Martocchio JJ. Age-related differences in employee absenteeism: a meta-analysis. **Psychol Aging** 1989; 4:409-14.

Mastekaasa A, Olsen KM. Gender, absenteeism, and job characteristics - a fixed effects approach. **Work and Occupations** 1998; 25(2):195-228.

Mckevitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and working through illness: a comparison of two professional groups. **Journal of Public Health Medicine** 1997; 19:295-300.

Meira JBB. Absentismo por enfermidade - sugestões para seu controle. **Rev Bras Saude Ocupacional** 1982; 10(40):68-76.

Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev Saúde Pública** 1991; 25(5):341-9.

Mezomo IFB. **O Serviço de Nutrição: Administração e Organização**. São Paulo: CEDAS; 1985.

Minayo - Gomes C, Fonseca SM da, Costa T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública** [periódico on line] 1997; 13(2). Disponível em <http://www.scielo.br/> [2001 mai 23].

Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz JM, Herrero JF et al. Absenteeism as a symptom of occupational ill-health in hospitals and its repercussion on quality assurance. **Qual Assur Health Care** 1992; 4(4):273-87.

Moniz, A E. Controle estatístico do ausentismo-doença. **Saúde Ocup Seg.** 1978; XIII (1):26-33.

Morrone LC, Garcia M. Acidentes de trabalho em um hospital. In: **Anais do XVII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho**; 1978 out 1-4; São Paulo.

Moura MA de. Novas tecnologias. **Rev Bras Saúde Ocupacional**. 1993; 21:63-75.

Niedhammer I , Bugel I, Goldberg M, Leclerc A, Guéguen A. Psychosocial factors at work and sickness absence in Gazel cohort: a prospective study. **Occup Environ Med** 1998; 55:735-741.

Nielsen ML, Kristensen TS, Smidt-Hansen L. Psychosocial factors and their association with absence from work. In: **Anais do 26th International**

Congress on Occupational Health; 2000, 27 agosto-1º setembro; Singapore, China: ICOH; 2000. p. 263.

Nieto ZO, Tapias BH, Ortiz AC Maturana M. Ausentismo laboral por enfermedad Hospital Regional de Caldas Antioquia 1985. **Bol Epidemiol Antioq** 1987; 12(2):169-83.

Niosh. **Musculoskeletal disorders and workplace factors: a critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of neck, upper extremity and low back**. [chapter 7: work - related musculoskeletal disorders and psychosocial factors]. Available from: <http://www.cdc.gov/niosh/ergtx7.html> [03/10/2000].

Nogueira DP. **Absenteísmo-Doença: Aspectos epidemiológicos**. São Paulo; 1980. [Tese de Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP].

North FM, Syme L, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among British Civil Servants: The Whitehall II Study. **Am J Public Health** 1996; 86(3):332-40.

Ólafsdóttir H. Increase in musculoskeletal symptoms of upper limbs among women after introduction of the flow-line in fish-fillet plants. **International Journal of Industrial Ergonomics** 1998; 21:69-77.

Oliveira CB de, organizador. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 6ª ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.

Oliveira NFW de, Nery M. **Administração em Serviço de Nutrição**. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural Edições Ltda; 1982.

Paraguay AIBB. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhoria das condições de trabalho. **Rev Bras de Saúde Ocupacional** 1990; 18(70):40-43.

Passos C. **Organização de cozinhas hospitalares** [Prefácio]. 2ª ed. São Paulo: Associação Paulista de Hospitais; 1978.

Quick TC, Lapertosa JB. Análise do absentismo em usina siderúrgica. **Rev Brás Saúde Ocupacional** 1982; 10(40):62-71.

Reis IN. Doenças ocupacionais: estudo retrospectivo em unidades hospitalares do Distrito Federal. **HFA Publ Téc Cient** 1986; 1(2):113-22.

Ritchie KA, Macdonald EB, Gilmour WH, Murray KJ. Analysis of sickness absence among employees of four NHS trusts. **Occup Environ Med** 1999; 56:702-708.

Robazzi MLCC, Paracchini SA, Gir E, Santos WDF dos, Moriya TM. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. **Rev Bras Saúde Ocupacional** 1990; 18(69):65-70.

Sánchez L, Yanes, L. El abordaje de la salud de los trabajadores en el escenario de reajuste económico, la reconversión industrial y los cambios tecnológicos. **Salud de los trabajadores** 1995; 3(1): 35-42.

Sant'ana HMP, Azevedo RM, Castro JR. Estudo ergonômico em Serviços de Alimentação. **Saúde em Debate** 1994; 42:45-48.

Santo AME do, Faria GHDC, Cavarsan A, Costa S. Absenteísmo por licença médica na Universidade Federal de Goiás. **Rev Bras Saúde Ocupacional** 1992; 20(75):17-37.

Shepherd RD, Walker J. Absence and the physical conditions of work. **Brit J Industr Méd** 1957; 14:266-274.

Silva CG, Baechler R. Licencias medicas en personal hospitalario. **Rev Méd Chile** 1989; 117:829-833.

Souto DF. Absenteísmo, preocupações constantes das organizações. **Saúde ocupacional e segurança** 1979; XIV(3):131-152.

Souza JMP de, Laurenti R, Nogueira DP. O uso do método de tábuas de vida no estudo do absentismo-doença. **Rev Bras Sade Ocupacional** 1982; 10(40):16-21.

Szubert Z. Causes of absenteeism not related to illness - model analysis. **Med Pr** 1988; 39:142-8.

Takeuchi K, Kobayashi F, Kawakami N, Haratanl T, Ishizaki M, Hayashi T et al. Job stress and sick absenteeism in Japan – from Japan work stress and health cohort study. In: **Anais do 26th International Congress on Occupational Health**; 2000, 27 agosto-1^o setembro; Singapore, China: ICOH; 2000. p. 263.

Taylor PJ. Individual variations in sickness absence. **Brit J Industr Med** 1967; 24:169-177.

Taylor PJ. Personal factors associated with sickness absence: a study of 194 men with contrasting sickness absence experience in a refinery population. **Brit J Med** 1968; 25:106-118.

Taylor PJ, Pocock SJ, Sargean R. Shift and dayworkers' absence: relationship with some terms and conditions of service. **Brit J Industr Med** 1972; 29:338-340.

Taylor WC. Absenteeism in health care food service. **J Am Diet Assoc** 1981; 79: 699-701.

Valtorta A, Sidi E, Bianchi SCL. Estudo do absenteísmo médico num hospital de grande porte. **Rev Bras Saúde Ocupacional** 1985; 13:55-61.

Valtorta A. Acidentes do trabalho no triênio 1983/1985 num hospital geral. **Fundacentro Atualidades em Prevenção de Acidentes** 1988; 19(222): 12-16.

Vantera J, Kivimäki M, Pentti J. Effect of organisational downsizing on health of employees. **The Lancet** 1997; 350:1124-1128.

West BB, Wood L, Harger VF. **Servicio de alimentos em instituciones**. Washington DC:OPS/OMS; 1973.

Westgaard RH. Work-related musculoskeletal complaints: some ergonomics challenges upon the start of a new century. **Applied Ergonomics** 2000; 31:569-580.

Wright ME. Long-term sickness absence in an NHS teaching hospital. **Occup Med Oxf** 1997; 47(7):401-6.

Anexo 1

Descrição de cargos

A) DESCRIÇÃO DOS CARGOS DOS PARTICIPANTES DO HOSPITAL A

Atendente de Nutrição:

1 Finalidade do cargo: executar, sob supervisão, tarefas de rotina relacionadas com o preparo e distribuição da alimentação, obedecendo normas técnicas e padrões preestabelecidos; executar as tarefas relacionadas com o recebimento, estocagem, distribuição e controle de gêneros alimentícios e material do serviço; desempenhar tarefas de ordem e limpeza.

2 **Atividades típicas na área-meio:**

- Receber e transportar os gêneros alimentícios e materiais para as áreas de estocagem;
- Armazenar convenientemente e controlar os gêneros alimentícios, materiais, utensílios e equipamentos em estoque, zelando pela conservação dos mesmos;
- Separar e distribuir para as áreas de preparo prévio e de cocção, de distribuição e refeitório os gêneros alimentícios e utensílios requisitados;
- Efetuar, periodicamente, levantamento do estoque de gêneros não perecíveis, verificando o estado de conservação dos mesmos;
- Executar, conforme técnica apropriada, as operações de pré-preparo dos alimentos, de acordo com os cardápios;
- Auxiliar o cozinheiro em tarefas afins;
- Identificar e distribuir alimentos previamente pré-preparados, destinados às áreas de cocção, distribuição e copas;
- Preparar local, material e alimentos necessários à composição das refeições dos pacientes e acompanhantes;
- Compor as dietas normais e especiais destinadas aos pacientes de acordo com as instruções do nutricionista;
- Transportar, para as Unidades de Internação, carros com a alimentação aos pacientes internados e acompanhantes;
- Distribuir as refeições aos pacientes nos diversos horários;
- Aquecer e distribuir alimentação infantil, dietas fracionadas e por sonda;
- Preparar local, material e alimentos destinados às refeições de comensais e proceder a sua distribuição;

- Recolher louça e utensílios utilizados para distribuição das refeições e transportá-los para a área de higienização;
 - Proceder a limpeza e manter a ordem e o controle dos materiais, equipamentos e áreas de trabalho;
 - Descarregar os carros com os utensílios usados para distribuição das refeições nas enfermarias e no refeitório;
 - Lavar, enxugar e guardar os utensílios de cozinha e copa usados;
 - Lavar ou limpar equipamentos da área, de acordo com instruções;
 - Participar de reuniões de serviço e de programas de ensino;
 - Cumprir normas e regulamentos do hospital;
 - Desempenhar tarefas afins;
- 3 Qualificações necessárias:
- Comprovante de conclusão de 1º grau;
 - Entrevista.
- 4 Forma de preenchimento:
- Concurso ou prova de seleção.
- 5 Posição hierárquica:
- Subordinado ao técnico em nutrição ou nutricionista

Cozinheiro:

- 1 Finalidade do cargo: executar o preparo prévio e a cocção dos alimentos para dietas normais e especiais, de acordo com os cardápios estabelecidos e técnica apropriada.
- 2 Atividades típicas na área-meio:
- Consultar os cardápios de dietas normais e especiais e tomar conhecimento dos pratos a serem preparados;
 - Receber os gêneros alimentícios necessários à confecção do cardápio, conferir e responsabilizar-se pelos mesmos;
 - Executar o preparo prévio dos alimentos;
 - Proceder à cocção dos alimentos destinados às dietas normais e especiais de acordo com as instruções técnicas do nutricionista, nas quantidades determinadas e nos horários previstos;
 - Obedecer a técnica recomendada pelo nutricionista na preparação e acondicionamento de dietas a serem ministradas por sonda e da alimentação de pacientes submetidos à transplante/isolamento reverso;
 - Zelar pela qualidade e higiene dos alimentos preparados;
 - Enviar para as áreas de distribuição os alimentos necessários à composição das refeições de pacientes e de pessoal;
 - Colaborar na elaboração de receitas culinárias;

- Proceder a limpeza e manter a ordem e controle de utensílios, equipamentos, instalações e área de trabalho, informando ao nutricionista qualquer ocorrência;
 - Participar de programas de ensino e de reuniões de serviço;
 - Cumprir ordem de serviço, portarias e regulamentos do hospital;
 - Desempenhar tarefas afins.
- 2 **Qualificações necessárias:**
- Comprovante de conclusão do 1º grau;
 - Experiência profissional em cozinha hospitalar ou industrial.
- 3 **Forma de preenchimento:**
- Concurso ou prova de seleção.
- 4 **Posição hierárquica:**
- Subordinado ao técnico em nutrição.

Técnico em nutrição:

- 1 **Finalidade do cargo:** Supervisionar o recebimento de gêneros alimentícios, bem como o pré-preparo, o preparo e a distribuição da alimentação fornecida aos clientes.
- 2 **Atividades típicas na área-meio:**
- Verificar a qualidade e a quantidade de gêneros alimentícios e de materiais, por ocasião do recebimento, de acordo com as especificações pré-estabelecidas;
 - Requisitar, de acordo com o movimento de pacientes, o número necessário de refeições normais, especiais e infantis, conferindo qualitativa e quantitativamente;
 - Elaborar cardápios com o auxílio dos cozinheiros, bem como planejar e testar receitas culinárias;
 - Orientar e supervisionar o pré-preparo, o preparo e a distribuição, em esteira rolante, das dietas aos pacientes internados e pessoal autorizado;
 - Supervisionar e orientar a higiene dos utensílios, equipamentos e local de trabalho, de acordo com as normas preconizadas;
 - Orientar o pessoal operacional na execução de métodos uniformes de trabalho;
 - Providenciar consertos de equipamentos e controlar os materiais e utensílios;
 - Colaborar na execução dos programas de ensino e de pesquisas realizados pelo Serviço de Nutrição e Dietética;
 - Colaborar e participar do treinamento do pessoal auxiliar;

- Colaborar em atividades de levantamento e tabulação de dados necessários às análises de qualidade das refeições fornecidas aos clientes;
- Participar de reuniões técnico-administrativas;
- Elaborar e encaminhar à chefia relatórios periódicos de atividades;
- Cumprir e fazer cumprir ordens de serviço, portarias e regulamentos da instituição;
- Desempenhar tarefas afins.

3 Qualificações necessárias:

- Certificado de conclusão do Curso Técnico de Nutrição;
- Registro no Conselho Regional de Nutricionistas (CRN);
- Experiência de 2 a 3 anos em cozinhas hospitalares, industriais e hoteleiras.

4 Forma de preenchimento:

- Processo seletivo.

5 Posição hierárquica:

- Subordinado à nutricionista encarregada ou nutricionista chefe.

Escriturário:

1 Finalidade do cargo: Executar serviços burocráticos.

2 Atividades típicas na área-meio:

- Registrar, encaminhar e arquivar documentos;
- Executar trabalhos de digitação;
- Registrar entradas e saídas de gêneros alimentícios e materiais;
- Conferir e encaminhar notas fiscais de gêneros alimentícios e manter atualizada a relação de preços;
- Preparar, atualizar e manter em ordem fichas de ordem de alimentação infantil, dietas por sondas e cartões de identificação de dietas;
- Preencher etiquetas para identificação de dietas especiais, dietas por sonda e mamadeiras;
- Preparar relatório diário do movimento de dietas e alimentação infantil distribuídas, para fins estatísticos;
- Participar de reuniões do serviço e de programas de ensino;
- Zelar pela manutenção, ordem e controle do material, equipamentos e área de trabalho;
- Substituir o encarregado de Setor de Expediente em seus impedimentos e os escriturários de outras áreas do Serviço de Nutrição e Dietética, de acordo com determinação superior;
- Cumprir ordens de serviço e regulamentos do hospital;
- Desempenhar tarefas afins.

- 3 Qualificações necessárias:
 - Certificado de conclusão do 2º grau;
 - Noções de microinformática.
- 4 Forma de preenchimento:
 - Concurso ou prova de seleção.
- 5 Posição hierárquica:
 - Subordinado à nutricionista chefe ou encarregado de Setor de Expediente.

Contínuo:

1 Finalidade do cargo: Executar atividades de distribuição de correspondências internas e externas, bem como serviços de correio, arquivo, xerox, banco e compras de gêneros alimentícios e materiais, quando necessário.

- 2 Atividades típicas na área-meio:
 - Efetuar a coleta e distribuição de documentos nas áreas, protocolando-os sempre que necessário;
 - Elaborar arquivo de documentos relativos ao setor, mantendo-os organizados;
 - Providenciar cópias de documentos, quando solicitado;
 - Efetuar compras de gêneros alimentícios e de materiais, sempre que necessário;
 - Enviar ao Lactário sacos protetores de mamadeiras, devidamente identificados para confecção de fórmulas lácteas, chá e água destinados aos pacientes internados nas unidades infantis;
 - Levar amostras de alimentos para análise bacteriológica e/ou bromatológica, quando necessário;
 - Colaborar com o escriturário e com o encarregado de Setor de Expediente nas atividades da área;
 - Atender telefone e o público que se dirige ao setor e transmitir recados;
 - Cumprir normas e regulamentos do hospital;
 - Desempenhar tarefas afins.
- 3 Qualificações necessárias:
 - 1º grau.
- 4 Forma de preenchimento:
 - Processo seletivo.

5 Posição hierárquica:

- Subordinado ao encarregado de Setor de Expediente.

Encarregado do Setor de Expediente:

1 Finalidade do cargo: Coordenar e orientar as atividades do Setor de Expediente.

2 Atividades típicas na área-meio:

- Propor sistemática para a execução das atividades do setor;
- Preparar, anotar e encaminhar o expediente do Serviço de Nutrição e Dietética;
- Manter atualizado e completo os arquivos do expediente, do material de ensino e de dietas padronizadas;
- Manter atualizado o fichário da vida funcional do pessoal do Serviço de Nutrição e Dietética;
- Executar trabalhos de datilografia;
- Elaborar relatório estatístico das atividades, de acordo com os dados encaminhados pelas áreas do Serviço de Nutrição e Dietética;
- Receber, conferir, separar e distribuir os benefícios aos servidores do Serviço de Nutrição e Dietética;
- Executar atividades administrativas com auxílio da microinformática;
- Receber, conferir e alterar, se necessário, por meio de codificação, as divergências de registro de ponto dos servidores;
- Providenciar levantamento da necessidade de material permanente para o Setor, pesquisar preços e elaborar Requisição de Compra (RC) para a aquisição;
- Solicitar, através de RC autorizada, os uniformes dos escriturários;
- Providenciar, em casos especiais, RC ou solicitação de adiantamento de verba para aquisição de material de escritório/ impressos;
- Informar e orientar pessoas que se dirijam à secretaria para resolver problemas relacionados ao Serviço;
- Cooperar no treinamento de pessoal e estágios em geral;
- Manter relacionamento funcional com os diversos órgãos do hospital;
- Elaborar previsão de material de escritório e impressos, de acordo com a necessidade;
- Zelar pela conservação de equipamentos e instalações da área de trabalho;
- Participar de reuniões de serviço e de programas de ensino;
- Cumprir ordens de serviço e regulamento do hospital;

- Desempenhar tarefas afins.

3 Qualificações necessárias:

- Certificado de conclusão do 2º grau;
- Noções de informática;
- Experiência profissional do dois anos.

4 Forma de preenchimento:

- Indicação do Diretor do Serviço de Nutrição e Dietética.

5 Posição hierárquica:

- Subordinado ao Diretor do Serviço de Nutrição e Dietética.

Nutricionista:

1 Finalidade do cargo: Planejar e formular dietas, supervisionar a distribuição e aceitação das dietas e avaliar os resultados obtidos; colaborar em programas de educação alimentar, orientação nutricional e em programas de pesquisas.

2 Atividades típicas na área-meio:

- Planejar cardápios e formular dietas normais e especiais;
- Orientar e supervisionar a distribuição da alimentação aos pacientes internados e acompanhantes;
- Requisitar, de acordo com o movimento de pacientes o número necessário de refeições normais, especiais e infantis, conferindo qualitativa e quantitativamente;
- Verificar, cumprir e fazer cumprir as prescrições médicas referentes às dietas;
- Entrevistar pacientes e/ou familiares, orientando-os sobre a dieta prescrita e a necessidade de sua observância;
- Constatar aceitação das dietas introduzindo possíveis modificações, a fim de atender solicitações dos pacientes;
- Participar de visitas médicas aos pacientes;
- Proceder a orientação nutricional e educação alimentar para pacientes internados e externos;
- Avaliar os resultados de aplicação das dietas normais, especiais e infantis;
- Participar de equipes multiprofissionais no atendimento aos pacientes internados e externos;

- Colaborar na execução e atualização do Manual de Dietas do Hospital e do Manual de Organização do Serviço de Nutrição e Dietética;
- Participar de equipes multiprofissionais na elaboração, execução e avaliação de programas de atendimento a pacientes internados e externos;
- Manter registros relativos à orientação dietética dos pacientes;
- Fazer anotações necessárias à estatística do Serviço de Nutrição e Dietética;
- Colaborar ou participar de atividades de pesquisas médicas ligadas à nutrição;
- Realizar trabalhos técnico-científicos e pesquisas em nutrição;
- Orientar o pessoal operacional na execução de métodos uniformes de trabalho;
- Orientar, supervisionar e avaliar o desempenho dos servidores de sua área de trabalho;
- Participar de programas de estágio, de treinamento e de educação em serviço;
- Zelar pela limpeza, ordem e controle do material, equipamento e áreas de trabalho;
- Participar de reuniões técnico-administrativas;
- Providenciar consertos e reposição de material e equipamento;
- Elaborar e encaminhar relatório periódico de atividades;
- Cumprir e fazer cumprir ordens de serviço, portarias e regulamentos do hospital;
- Desempenhar tarefas afins.

3 Qualificações necessárias:

- Diploma de Nutricionista;
- Registro no Conselho Regional de Nutricionistas (CRN).

4 Forma de preenchimento:

- Concurso ou prova de seleção.

5 Posição hierárquica:

- Subordinado à nutricionista chefe.

Nutricionista encarregado:

1 Finalidade do cargo: Planejar e elaborar previsão de gêneros e materiais, elaborar cardápios, supervisionar a estocagem dos gêneros, supervisionar o preparo, o porcionamento e distribuição das dietas e avaliar os resultados obtidos.

- 2 Atividades típicas na área-meio:
- Colaborar no estudo de métodos uniformes de trabalho e garantir sua adoção;
 - Constatar a presença dos servidores e remanejar de acordo com as necessidades do serviço;
 - Distribuir tarefas, orientar e supervisionar sua execução;
 - Estudar e propor medidas para melhoria da execução das atividades da área;
 - Elaborar a previsão de consumo periódico de gêneros alimentícios, utensílios e material necessários;
 - Elaborar cardápios de dietas normais e especiais que atendam aos princípios da nutrição;
 - Supervisionar o recebimento de gêneros alimentícios e materiais do Serviço, quanto à qualidade e quantidade, providenciando medidas necessárias quanto ao fornecimento de mercadorias em desacordo;
 - Providenciar a estocagem e o controle do estoque de gêneros alimentícios, utensílios, equipamentos e outros materiais;
 - Controlar a distribuição e o consumo de gêneros alimentícios e materiais;
 - Supervisionar os controles diário, mensal e posição de estoque de gêneros alimentícios e de materiais, a fim de se posicionar para tomada de decisões;
 - Calcular e controlar o custo da unidade refeição;
 - Supervisionar as fases de preparo, cocção e porcionamento da alimentação;
 - Providenciar número de refeições normais e especiais de acordo com o movimento de comensais;
 - Supervisionar a limpeza e ordem de equipamentos, utensílios e áreas de trabalho;
 - Participar de programas de estágio, de treinamento, de educação em serviço e de pesquisas do Serviço de Nutrição e Dietética;
 - Orientar, supervisionar e avaliar o desempenho dos servidores de sua área de trabalho;
 - Colaborar na execução e atualização do Manual de Dietas do Hospital e do Manual de Organização do Serviço de Nutrição e Dietética;
 - Participar de reuniões técnico-administrativas;
 - Providenciar consertos e reposição de material e de equipamentos;
 - Promover reuniões com seus subordinados;
 - Elaborar e encaminhar relatório mensal de atividades;
 - Substituir a nutricionista chefe em seus impedimentos;
 - Cumprir e fazer cumprir ordens de serviço, portarias e regulamentos do hospital;
 - Desempenhar tarefas afins.

- 3 **Qualificações necessárias:**
 - Diploma de Nutricionista;
 - Registro no Conselho Regional de Nutricionista (CRN);
 - Curso de administração hospitalar;
 - Experiência de, no mínimo, dois anos no campo hospitalar.
- 4 **Forma de preenchimento:**
 - A critério do Diretor de Serviço.
- 5 **Posição hierárquica:**
 - Subordinado à nutricionista chefe.

Nutricionista Chefe:

- 1 **Finalidade do cargo:** Planejar, orientar, supervisionar e avaliar os programas de trabalho desenvolvidos pela Seção.
- 2 **Atividades típicas na área-meio:**
 - Elaborar escalas mensais de serviço e anuais de férias;
 - Providenciar o conserto e reposição de equipamentos e utensílios;
 - Orientar o pessoal na execução de métodos uniformes de trabalho;
 - Supervisionar os controles diário, mensal e posição de estoque de gêneros alimentícios e de materiais a fim de se posicionar para tomada de decisões;
 - Orientar o controle do custo da unidade–refeição;
 - Estudar e propor, junto com o Diretor, especificação de material de consumo, utensílios e equipamentos para uso do Serviço de Nutrição e Dietética;
 - Orientar as fases de preparo, cocção, porcionamento e distribuição da alimentação;
 - Orientar e avaliar a qualidade dos cuidados dietéticos dispensados aos pacientes;
 - Avaliar o desempenho do trabalho dos servidores da Seção;
 - Planejar (com o Diretor), orientar, desenvolver e/ou coordenar e avaliar programas de treinamento, educação continuada para funcionários e de orientação dietética para pacientes internados e externos;
 - Elaborar previsão e orientar recebimento e armazenamento de materiais;
 - Promover e participar de reuniões com os subordinados e demais Serviços;

- Participar de reuniões para integração dos trabalhos desenvolvidos pelas Seções do Serviço de Nutrição e Dietética;
- Colaborar na execução de estágios práticos;
- Participar da revisão do Manual de Organização do Serviço de Nutrição e Dietética e na execução e atualização do Manual de Dietas;
- Planejar, realizar ou orientar a realização de trabalhos científicos / pesquisas em nutrição;
- Apresentar periodicamente relatórios de atividades;
- Substituir o Diretor de Serviço de Nutrição e Dietética nos casos de seus impedimentos;
- Cumprir e fazer cumprir ordens de serviço, portarias e regulamentos do hospital;
- Desempenhar tarefas afins.

3 Qualificações necessárias:

- Diploma de Nutricionista;
- Registro no conselho regional de Nutricionista (CRN);
- Curso de administração hospitalar;
- Experiência profissional de, no mínimo, três anos no campo hospitalar.

4 Forma de preenchimento:

- A critério do Diretor do Serviço.

5 Posição hierárquica:

- Subordinado ao Diretor de Serviço.

B) DESCRIÇÃO DE CARGOS DOS PARTICIPANTES DO HOSPITAL B

Copeira – Unidades de Internação:

1 Atividades:

- Familiarizar-se com as rotinas e tipos de dietas e alimentos manipulados no setor;
- Receber treinamento sobre as formas de distribuição de alimentos e acondicionamento de bandejas;
- Manter limpas e organizadas as instalações da copa, lavando utensílios, e dando destinação às sobras, acondicionando os resíduos em embalagens apropriadas;
- Aprender a esterilizar frutas e caixas de suco concentrado e preparar soluções;
- Receber orientação quanto à utilização do forno microondas, lavadora de louças, aquecedor, espremedor de frutas e liquidificador utilizados na copa;
- Preparar bandejas de café da manhã, distribuindo bolachas, manteiga, geléia, café, leite e chá, seguindo dietas pré-estabelecidas pela nutricionista para cada paciente;
- Acondicionar bandejas nos carrinhos, efetuando a distribuição pelos quartos e recolhendo as bandejas de água e copos para esterilização;
- Elaborar lista de requisição de mantimentos, colher a assinatura da nutricionista responsável e encaminhar à cozinha para providências;
- Recolher as bandejas do café e repor a bandeja de água;
- Lavar louças recolhidas do café, utilizando cloro e máquina de lavar, secando e acondicionando-as em local próprio;
- Esterilizar frutas e embalagens de sucos, mantendo-as imersas em solução própria durante períodos pré-determinados;
- Preparar e servir sucos/vitaminas, conforme dietas prescritas pelas nutricionistas, servindo-os aos respectivos pacientes;
- Preparar bandejas para almoço dos pacientes, aquecendo, em forno microondas, as dietas e alimentos a serem servidos, juntando sobremesas, sucos, frutas e saladas, distribuindo-as em seguida;
- Preencher impressos para solicitação de dietas à cozinha, identificando cada tipo de dieta por paciente;
- Efetuar contagem de talheres, bules, jarras, açucareiros, etc, anotando os casos de extravio;
- Retirar, no Lactário, os frascos descartáveis de sondas, aquecendo-os e encaminhando-os para as enfermeiras para administração nos pacientes.

2 Formação básica:

- 1º grau.

3 Experiência:

- Mínima de 6 meses em atividades específicas de organização e preparação de alimentos e de dietas em hospital.

Copeira – Lactarista:

1 Atividades:

- Preparar dietas, atuando sob orientação;
- Auxiliar as demais lactaristas na higienização de utensílios e preparar das dietas;
- Receber treinamento sobre a destinação de resíduos, data de validade de dietas, valores nutricionais, entre outros;
- Familiarizar-se com as dependências físicas do hospital, bem como com as unidades de internação;
- Atuar na manutenção, limpeza e organização da área de trabalho, bem como das embalagens, utensílios e instalações;
- Auxiliar na preparação dos carrinhos de dietas envasadas, acondicionando-as em sacos esterilizados e entregando-as nos andares;
- Fazer a higienização das embalagens de dietas industrializadas, utensílios e balcões de preparo das mesmas, utilizando produtos específicos e autoclave para esterilização, controlando tempo e medidas;
- Preparar as dietas, fazendo diluições, adicionando água, sal, flavorizantes, etc, acondicionando-as em recipientes específicos, para posterior distribuição aos pacientes;
- Coletar amostras das dietas utilizadas, acondicionando-as em frascos apropriados e encaminhando-as posteriormente ao laboratório para análise de eventuais contaminações;
- Preparar e organizar o carrinho das dietas a serem distribuídas nos andares, providenciando todos os cuidados relacionados a sua esterilização;
- Preparar mamadeiras, adicionando leite, achocolatados, farinha láctea, etc, respeitando as medidas pré definidas;
- Preencher formulários de cobrança, registrando nome do paciente, código, convênio, quantidade de dietas e frascos, equipamentos utilizados, etc, para posterior envio ao serviço de digitação e setores responsáveis;
- Controlar os produtos estocados no Lactário, solicitando e informando ao seu superior a necessidade de reposição;
- Controlar a temperatura da geladeira e autoclave, obedecendo aos parâmetros preestabelecidos;

- Identificar a necessidade de manutenção de equipamentos, geladeira, autoclave, balanças, carrinhos, etc, informando tais ocorrências ao seu superior para providências;
- Identificar os frascos de dietas e mamadeiras com etiquetas contendo: nome do paciente, horário de preparo, volume, adicionais, entre outras informações;
- Efetuar o balanço mensal dos materiais, utensílios e produtos utilizados no Lactário, contando-os e registrando-os em impresso próprio, para posterior envio à digitação.

2 Formação:

- 1º grau;
- Curso de formação em lactário.

3 Experiência:

- Mínima de 6 meses para adaptação e aprendizado prático na execução das atividades inerentes ao cargo.

Copeira – Centro Cirúrgico:

1 Atividades:

- Familiarizar-se com as rotinas e tipos de alimentos manipulados no setor;
- Receber treinamento sobre as formas de distribuição e acondicionamento de vários tipos de alimentos;
- Manter limpas e organizadas as instalações da copa, lavando, desinfetando utensílios e acondicionando os resíduos em embalagens apropriadas;
- Auxiliar na preparação e montagem de lanches variados, envolvendo pães, frutas, sucos, chá, café, etc;
- Zelar pela limpeza e organização do setor onde executa suas tarefas, recolhendo copos, talheres e guardanapos do balcão, lavando equipamentos e utensílios com água e sabão, secando-os e sanitizando-os;
- Abastecer a máquina de café, substituindo os grãos utilizados pelos novos e acrescentando água mineral;
- Manter abastecido o balcão com biscoitos, doces e salgados, bem como a geladeira com refrigerantes e água;
- Preparar bandejas de café da manhã, distribuindo biscoitos, pães, bolos fatiados, manteiga, geléia, café, leite e chá;
- Preparar lanches variados, montando-os conforme solicitação de médicos;
- Preparar frutas, lavando-as e descascando-as conforme solicitações de médicos;
- Comunicar seu superior quanto à necessidade de reposição de produtos e alimentos para o estoque.

2 Formação:

- 1º grau.

3 Experiência:

- Mínima de 6 meses em atividades específicas de organização e preparação de alimentos e lanches em hospital.

Cozinheiro:**1** Atividades:

- Familiarizar-se com as rotinas e tipos de alimentos existentes no setor;
- Receber treinamento sobre as formas de acondicionamento, armazenagem e controle dos prazos de validade de alimentos em geral;
- Auxiliar na movimentação de verduras, legumes e outros alimentos, visando agilizar a preparação e armazenagem dos mesmos;
- Auxiliar na limpeza e organização das instalações da cozinha, lavando bancadas, pias e utensílios, removendo sobras de verduras, legumes, molhos, massas, etc, acondicionando-as em embalagens apropriadas, para posterior coleta do setor responsável;
- Zelar pela higienização e esterilização de instalações e utensílios utilizados na cozinha, lavando-os com água e sabão líquido e desinfetando-os com álcool;
- Preparar temperos para os alimentos, cortando legumes, ervas, etc, adicionando molhos e refogando-os;
- Executar a lavagem dos alimentos, tais como verduras e legumes, lavando-os com água e deixando-os no cloro por tempo pre determinado;
- Preparar as refeições programadas diariamente, refogando, assando, cozendo e/ou fritando, obedecendo aos padrões estipulados nas receitas;
- Comunicar seu superior quanto à falta de produtos e alimentos no almoxarifado, para sua reposição;
- Executar a higienização dos carrinhos de acondicionamento e transporte dos alimentos, lavando-os com água e sabão;
- Verificar o cardápio programado diariamente, para posterior dimensionamento dos utensílios e produtos a serem utilizados na preparação das refeições;
- Distribuir as tarefas entre os auxiliares do setor, orientando-os quanto aos alimentos a serem preparados;
- Identificar a necessidade da compra de alimentos/produtos específicos em falta no estoque, visando à preparação de refeições especiais destinadas aos pacientes;

- Orientar novos cozinheiros quanto à preparação de pratos, bem como sobre as rotinas e sistema de funcionamento do setor.

2 Formação:

- 1º grau.

3 Experiência:

- Mínima de 02 anos de experiência prática na função, bem como vivência em liderança de equipe.

Auxiliar de Cozinha:

1 Atividades:

- Familiarizar-se com as rotinas e tipos de alimentos e sobremesas existentes no setor;
- Receber treinamento sobre as formas de preparo e acondicionamento de alimentos em geral;
- Auxiliar na movimentação de verduras, legumes e outros alimentos, visando agilizar a preparação e armazenagem dos mesmos;
- Manter limpas e organizadas as instalações da cozinha, lavando bancadas, aquecedores e utensílios, removendo sobras de verduras, legumes, molhos, massas, etc., acondicionando-as em embalagens apropriadas, para posterior coleta do setor responsável;
- Zelar pela limpeza e organização dos locais onde executa suas tarefas, lavando bancadas, aquecedores e utensílios, removendo sobras de verduras, legumes, molhos, massas, etc;
- Higienizar verduras e legumes, colocando-os em cloro durante tempo predeterminado;
- Preparar saladas de verduras e legumes, limpando-os, lavando-os, descascando-os, seguindo padrões e medidas preestabelecidas e acondicionando-os em recipientes próprios;
- Organizar os alimentos preparados em banho-maria, montando os pratos de acordo com o mapa de dietas, para posterior transporte aos andares;
- Identificar as baixelas de refeições dietéticas, etiquetando-as e acondicionando-as no carrinho de transporte aos pacientes;
- Auxiliar o confeitoiro no preparo das sobremesas, descascando e cortando frutas, bem como, montando os pratos estabelecidos pelas nutricionistas;
- Preparar tempero para feijão e arroz, cortando, misturando e refogando ingredientes;
- Auxiliar no balcão de refeições dos funcionários, trocando as cubas, posicionando as sobremesas, limpando o local, acondicionando bandejas, pratos e talheres;

- Retirar na copa, as solicitações dos pacientes, para o preparo de refeições específicas;
- Controlar a temperatura das cubas, por meio de termômetros, visando mantê-las aquecidas;
- Preparar o café, abastecendo garrafas térmicas, cortando pães, passando manteiga e fatiando frios;
- Montar carrinhos com bandejas para distribuição nos andares;
- Embalar talheres e guardanapos, acondicionando-os em sacos plásticos.

2 Formação:

- 1º grau.

3 Experiência:

- Mínima de 1 ano para adaptação e aprendizado dentro do próprio cargo.

Auxiliar de Cozinha – Açougueiro:

1 Atividades:

- Familiarizar-se com as rotinas e tipos de alimentos existentes no setor;
- Receber treinamento sobre as formas de acondicionamento, corte, peso, armazenagem e controle dos prazos de validade de carnes em geral;
- Auxiliar na movimentação de carne bovina, suína, peixes e aves, providenciando carrinhos para transporte, visando agilizar a preparação e armazenagem das mesmas;
- Manter limpas e organizadas as instalações e utensílios do setor de açougue;
- Informar a nutricionista sobre quantidade de carne (peixe, frango, bovina e/ou suína) a ser utilizada na preparação dos cardápios e refeições destinadas aos pacientes e funcionários do hospital, baseando-se em quantidade e padrões preestabelecidos;
- Efetuar inspeção visual das carnes, medindo a temperatura, observando datas de validade nas etiquetas de identificação e considerando aspectos físicos como coloração, textura, odor, entre outros;
- Preparar as carnes, de acordo com o prato a ser confeccionado, fatiando, cortando, moendo, desossando e pesando;
- Fornecer aos cozinheiros, as quantidades determinadas de carnes para tempero e pré-preparo;
- Providenciar o armazenamento das carnes temperadas, acondicionando-as em embalagens específicas, identificando-as com etiqueta contendo nome e data, mantendo-as na geladeira sob tempo e temperatura predeterminados;

- Efetuar o controle das quantidades utilizadas e sobras de carnes, registrando os dados levantados em impresso próprio, para conferência dos totais recebidos x consumidos;
- Verificar os estoques e solicitar compra de carnes, conforme necessidade do cardápio.

2 Formação:

- 1º grau.

3 Experiência:

- Mínima de 6 meses em atividades específicas de organização e preparação de carnes, aves e peixes em restaurante industrial.

Confeiteiro:

1 Atividades:

- Preparar sobremesas variadas existentes nos cardápios, atuando sob supervisão;
- Receber treinamento sobre as formas de acondicionamento, armazenagem e controlar dos prazos de validade de produtos e alimentos em geral;
- Auxiliar na movimentação de frutas e alimentos perecíveis, visando agilizar a preparação e armazenagem dos mesmos;
- Manter limpas e organizadas as instalações da cozinha, lavando mesas, máquinas e utensílios, removendo sobras de frutas, massas, etc, acondicionando-as em embalagens apropriadas, para posterior coleta do setor responsável;
- Verificar o cardápio programado diariamente, para posterior confecção de sobremesas destinadas aos empregados e aos pacientes;
- Preparar sobremesas variadas, seguindo o cardápio elaborado pelas nutricionistas, lavando, descascando e cortando frutas, fazendo misturas, recheios, cremes, etc;
- Distribuir as tarefas entre os auxiliares do setor, orientando-os quanto aos alimentos a serem preparados;
- Conferir as bandejas de sobremesas a serem distribuídas nos andares;
- Repassar ao pessoal do próximo turno, o cardápio a ser preparado para o dia seguinte, detalhando receitas, alimentos, entre outros ingredientes;
- Desenvolver novas receitas, consultando livros, revistas e programas de culinária;
- Acondicionar as sobremesas preparadas em embalagens apropriadas, para posterior identificação e armazenagem;
- Controlar/regular a temperatura da geladeira, obedecendo aos parâmetros preestabelecidos;

- Verificar os estoques e solicitar a compra de gêneros conforme necessidade do cardápio.

2 Formação:

- 1º grau.

3 Experiência:

- Mínima de 02 anos de experiência prática na função, bem como vivência em liderança de equipes.

Auxiliar Administrativo:

1 Atividades:

- Receber as orientações de trabalho, bem como executar tarefas básicas do cargo, sob supervisão;
- Familiarizar-se com todas as rotinas, formulários, documentos e atividades desenvolvidas no Serviço de Nutrição e Dietética;
- Familiarizar-se com a distribuição física das áreas e dependências do setor e do hospital, como um todo;
- Aprender sobre o regulamento, horários, escalas e esquemas de funcionamento do hospital;
- Digitar, através de sistema SAH, Logix, Word e Excel, escalas de trabalho, textos, planilhas e informações diversas, seguindo modelos e rascunhos, alimentando banco de dados do setor, imprimindo cartas, tabelas, avisos e relatórios, providenciando seu encaminhamento;
- Manter atualizados e disponíveis, em rede interna de dados, os arquivos com cardápios servidos no refeitório, para consulta dos funcionários do hospital;
- Emitir etiquetas adesivas relacionando nome, data de fabricação, período de validade, etc, para identificação de produtos alimentícios diversos;
- Preencher impressos de requisição e ordem de compras, colhendo assinaturas e encaminhando-os à tesouraria para providências;
- Controlar, em livro de fundo fixo, os valores recebidos e gastos pelo setor;
- Arquivar documentos do setor, retirando-os e encaminhando-os, sempre que solicitado, cuidando da sua organização, manutenção e controle;
- Protocolar e providenciar a entrega de documentos, notas fiscais, atas de reuniões e correspondências internas para diversos setores do hospital.

2 Formação:

- 2º grau.

- 3 Experiência:
- Mínima de 06 meses para a completa adaptação ao cargo, bem como para atuar com maior autonomia e segurança.

Auxiliar de Almojarifado:

- 1 Atividades:
- Familiarizar-se com as rotinas e tipos de alimentos/produtos alocados no Almojarifado;
 - Receber treinamento sobre as formas de acondicionamento, armazenagem e controle dos alimentos/produtos estocados no Almojarifado;
 - Auxiliar eventualmente, na descarga de caminhões, bem como, providenciar carrinhos para transporte dos alimentos/produtos e materiais, visando agilizar o fluxo de recebimento;
 - Receber orientações quanto às formas de atendimento aos usuários do Almojarifado e fornecedores;
 - Manter limpas e organizadas as instalações do Almojarifado, varrendo, retirando excesso de poeira, armazenando os alimentos nas caixas de monobloco e acondicionando os resíduos em embalagens apropriadas para posterior coleta do setor responsável;
 - Zelar pela limpeza e organização dos locais onde executa suas tarefas, varrendo, retirando excesso de poeira e armazenando os alimentos nas caixas de monobloco;
 - Receber junto aos fornecedores, mercadorias como: carnes, frangos, açúcar, leite em pó, iogurte, bolachas, chás, óleo, enlatados, arroz, feijão, sucos, descartáveis, produtos de limpeza, etc, verificando nota fiscal, data de validade, latas amassadas e quantidade, para acondicioná-los nos locais predeterminados;
 - Efetuar requisição das mercadorias a serem repostas no almojarifado, relacionando nome e código do produto, para posterior envio ao seu superior, bem como complementar as requisições das copas;
 - Comunicar seu superior quanto ao fato das mercadorias recebidas, não estarem no prazo preestabelecido para seu vencimento;
 - Providenciar o armazenamento dos alimentos perecíveis, acondicionando-os em embalagens específicas, identificando-os com etiqueta contendo nome e data de validade, acondicionando-os em caixas de monobloco;
 - Separar os itens em quantidades predeterminadas, acondicionando-os nos carrinhos específicos para entrega nos locais definidos pelos solicitantes;
 - Manter as copas abastecidas com água mineral, bem como a creche com gêneros alimentícios;

- Atender empregados na entrega de solicitações diversas;
- Separar os alimentos solicitados pelos cozinheiros da noite, deixando-os nas câmaras para conservação da temperatura;
- Auxiliar as copeiras na distribuição dos alimentos solicitados pelos pacientes e nutricionistas clínicas, acondicionando-os nos carrinhos e encaminhando-os aos andares predeterminados;
- Controlar a temperatura das geladeiras, câmaras frigoríficas e freezers, visando mantê-los na temperatura correta para a conservação dos alimentos, bem como processar sua higienização nas datas preestabelecidas;
- Fazer a contagem dos gêneros alimentícios para fins de balanço mensal, bem como requisitar os itens para uso semanal.

2 Formação:

- 1º grau.

3 Experiência:

- Mínima de 1 ano em atividades específicas de organização, controle e movimentação de alimentos e produtos, preferencialmente com vivência na área de Nutrição Hospitalar.

Nutricionista – Área Administrativa:

1 Atividades:

- Atender chamados das áreas do hospital, em solicitação de serviços em nutrição e dietética, resolvendo/encaminhando assuntos e providenciando o que for necessário, bem como acionar os supervisores e/ou equipe para providenciarem o atendimento às solicitações das áreas;
- Prestar suporte a seu superior na intermediação de assuntos relacionados à higiene e à limpeza, avaliando situações conflitantes, estudando e propondo soluções para os problemas surgidos, facilitando as relações, etc;
- Coletar, compilar e gerar informações relacionadas à gestão da área, apresentando-as a seu superior, para posterior análise e tomada de decisões;
- Fazer avaliações de satisfação dos clientes, partindo dos registros telefônicos e pareceres por escrito, para análise e adoção de ações futuras em conjunto com seu superior e demais encarregados;
- Efetuar levantamento dos problemas, irregularidades e queixas ocorridas, para suporte ao planejamento de ações de treinamento e desenvolvimento profissional e pessoal da equipe;
- Prestar suporte no dimensionamento e controle do estoque de materiais, produtos e outros itens de consumo da área;

- Pesquisar materiais e tecnologias para as áreas de Produção e Clínica, visando buscar inovações ou melhorias a serem implementadas no hospital;
- Buscar fontes de fornecimento e/ou distribuição de produtos, equipamentos, itens nutricionais, alimentos de nutrição enteral, etc, partindo das necessidades apresentadas pelos supervisores do Serviço de Nutrição e Dietética, contatando empresas especializadas, para levantamento de tais produtos e das condições de comercialização;
- Apresentar a seu superior as opções de fornecimento de produtos e respectivos orçamentos levantados, bem como participar da definição sobre a aquisição de novos produtos e tecnologias para a área, emitindo pareceres e sugestões de acordo com as necessidades do hospital;
- Acompanhar os testes de utilização de novos equipamentos, materiais e produtos, avaliando os resultados práticos, atuando em conjunto com os demais supervisores e membros da equipe;
- Recepcionar e acompanhar fornecedores de produtos para a área de nutrição e dietética;
- Participar de feiras e eventos ligados à área, buscando inovações a serem introduzidas no hospital;
- Desenvolver planilhas, impressos, formulários e outros instrumentos de controle, visando agilização e racionalização dos processos internos da área;
- Providenciar a manutenção dos equipamentos da área, solicitando seu reparo, discutindo e acompanhando os problemas, cobrando retorno e avaliando seu funcionamento;
- Participar dos projetos de melhorias da cozinha do hospital, visando otimizar os serviços da área;
- Assessorar seu superior no planejamento, organização, coordenação e acompanhamento da gestão técnica, administrativa e de pessoal da área, buscando o cumprimento das diretrizes definidas e alcance dos resultados esperados;
- Prestar suporte aos demais supervisores da área na gestão de suas equipes de trabalho e cumprimento dos compromissos previstos;
- Participar do desenvolvimento, implementação e divulgação dos programas de trabalho relacionados à nutrição e dietética;
- Acompanhar e avaliar o desempenho dos supervisores frente ao papel designado a eles, bem como atuar no desenvolvimento de cada parte, conforme aspectos individuais diagnosticados, prestando suporte a seu superior;
- Desenvolver, em conjunto com a chefia da área, o processo de integração da equipe do Serviço de Nutrição e Dietética com as demais unidades/setores do hospital, atuando como elo de ligação e facilitador das relações de trabalho e estreitamento das parcerias internas;

- Participar da gestão de pessoal do Serviço de Nutrição e Dietética, no que se refere ao controle de frequência, às licenças médicas, aos aspectos disciplinares, ao quadro de pessoal, às questões salariais e promoções, à seleção, à admissão, ao treinamento, ao desempenho, à segurança do trabalho, etc;
- Participar de reuniões com a chefia da área e demais supervisores para avaliações de papéis, repasse de diretrizes, troca de informações, orientações em geral, busca de soluções para problemas surgidos, levantamento de impressões profissionais e pessoais, integração do grupo, entre outros objetivos;
- Substituir seu superior em casos da ausência do mesmo.

2 Formação:

- Básica: Superior em Nutrição;
- Complementar: Especialização em Administração Hospitalar.

3 Experiência:

- Mínima de 2 anos no cargo para amadurecimento dentro do papel exercido e desafios inerentes, possuindo experiência anterior em função técnica e administrativa nos Serviços de Nutrição e Dietética em unidades hospitalares, além de vivência em coordenação e acompanhamento de equipes operacionais de trabalho.

Nutricionista – Área de Produção:

1 Atividades:

- Familiarizar-se com as atividades a serem desenvolvidas, bem como quanto aos resultados esperados de sua atuação no cargo;
- Receber treinamento teórico e prático sobre os procedimentos, rotinas e métodos de trabalho relacionados ao papel a ser exercido na área de Nutrição e Dietética;
- Familiarizar-se com as dependências internas de seu setor, bem como com as demais dependências do hospital e áreas de interface;
- Estudar os tipos de aparelhos, materiais e equipamentos com os quais irá desenvolver suas atividades;
- Executar atividades e rotinas básicas do cargo na área de Nutrição e Dietética, como forma de aprendizado e desenvolvimento para o perfeito desempenho do cargo;
- Elaborar cardápios semanais para alimentação de pacientes e funcionários, considerando os valores nutricionais dos alimentos;
- Acompanhar a confecção de refeições, saladas e sobremesas, degustando amostras dos alimentos, orientando e esclarecendo dúvidas;

- Inspecionar a montagem de baixelas, conferindo-as com pedidos de dietas (pacientes), bem como a distribuição e reposição dos alimentos no refeitório (empregados);
- Cuidar da organização e identificação de bandejas, pratos e do refeitório em geral, elaborando e distribuindo *displays*, cardápios, impressos, etc;
- Efetuar o controle de sobras de alimentos, comparando as quantidades produzidas x consumidas, para evitar o desperdício e propor formas de redução de custos;
- Acionar o setor de manutenção interna para solução de problemas relacionados às instalações e/ou equipamentos sob responsabilidade;
- Acionar fornecedores de gêneros alimentícios para suprimento das necessidades, bem como encaminhar solicitações ao almoxarifado do hospital;
- Elaborar programas de treinamento para subordinados da cozinha, definindo temas como: higiene profissional e pessoal, diluição de cloro, controle de tempos, confecção e organização, entre outros, elaborando materiais, distribuindo manuais e treinando-os para melhoria no desempenho do cargo;
- Avaliar pedidos de dietas, efetuando contatos prévios e providenciando ajustes/alterações na composição e orientando cozinheiros na preparação diferenciada;
- Promover discussões sobre temas relacionados às formas de alimentação de pacientes e empregados, analisando sugestões e providenciando alterações dos cardápios;
- Elaborar cartazes de orientação nutricional a serem afixados nos quadros de avisos do refeitório;
- Planejar eventos em datas comemorativas;
- Atuar como agente multiplicador, participando de congressos, palestras e cursos, divulgando assuntos e materiais apresentados, discutindo e adotando medidas propostas para aperfeiçoamento dos serviços prestados pelo hospital;
- Supervisionar, controlar e orientar a equipe da cozinha, auxiliando no desenvolvimento de suas atividades, definindo prioridades, discutindo problemas, propondo soluções e repassando diretrizes da área e do hospital;
- Fazer a supervisão técnica dos procedimentos adotados pela equipe, orientando suas ações, avaliando o atendimento, discutindo condutas, diminuindo dúvidas e mantendo-as atualizada;
- Desenvolver mecanismos para integração e desenvolvimento da equipe;
- Buscar melhoria/otimização no atendimento prestado aos pacientes e empregados, fluxos e rotinas do setor, evitando ociosidade e distribuindo as tarefas adequadamente de acordo com as necessidades;

- Fazer, em conjunto com a encarregada de nutrição, a gestão das questões de pessoal da equipe, voltadas ao treinamento, à seleção, etc;
- Promover reuniões periódicas com a equipe, para posicionamento e *feedback* sobre aspectos relacionados aos serviços prestados, reclamações, alterações, etc.

2 Formação:

- Básica: Superior em Nutrição;
- Complementar: Pós-graduação em controle de qualidade em serviços de alimentação.

3 Experiência:

- Mínima de 1 ano no cargo com vivência em atividades voltadas a dietoterapia dentro da filosofia de trabalho do hospital, para atuar com a maturidade e competência esperadas do ocupante.

Nutricionista – Área Clínica:

1 Atividades:

- Familiarizar-se com as atividades a serem desenvolvidas, bem como quanto aos resultados esperados de sua atuação no cargo;
- Receber treinamento teórico e prático sobre os procedimentos, rotinas e métodos de trabalho relacionados ao papel a ser exercido na área de Nutrição e Dietética;
- Familiarizar-se com as dependências internas de seu setor, bem como com as demais dependências do hospital e áreas de interface;
- Estudar os tipos de aparelhos, materiais e equipamentos com os quais irá desenvolver suas atividades;
- Executar atividades e rotinas básicas do cargo na área de Nutrição e Dietética, como forma de aprendizado e desenvolvimento para o perfeito desempenho do cargo;
- Efetuar visitas técnicas aos pacientes internados, levantando dados como: patologia, motivos de internação, outras doenças associadas, hábitos alimentares, mastigação, deglutição e hábitos intestinais, avaliando o estado nutricional, observando peso, altura e pregas cutâneas, entre outros, para definição do diagnóstico nutricional;
- Definir o tipo de assistência nutricional por paciente classificando-o por tipo: primário, secundário ou terciário, observando riscos de desnutrição ou obesidade, verificando taxas de glicemia, peso, altura, pressão arterial, etc;
- Calcular e determinar periodicamente as necessidades calóricas para alimentação dos pacientes sob sua responsabilidade, seguindo tabelas específicas, bem como o volume e os tipos de

dietas a serem administradas, especificando-as de acordo com a patologia constante na ficha médica;

- Efetuar cálculos diários sobre quantidades calóricas e protéicas administradas em cada paciente, comparando estas quantidades, anotando divergências, verificando o motivo e providenciando a correção ou solução dos problemas detectados;
- Avaliar os medicamentos administrados e resultados de exames realizados em pacientes, discutindo com médicos, enfermeiras e/ou fisioterapeutas, propondo e efetuando ajustes/alterações compatíveis das dietas relacionadas aos valores, quantidades, modo de administração, horários, etc. para evitar a perda das necessidades nutricionais;
- Acionar o Lactário e a Cozinha para solicitar dietas enterais e/ou dietas via oral, orientando na preparação e fornecendo informações adicionais, bem como providenciando a troca das que não estão em conformidade ao solicitado;
- Participar da Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral, discutindo sobre formas de alimentação de pacientes para redução dos períodos de internação, em cumprimento às exigências legais;
- Elaborar, em conjunto com a equipe, manuais de dietas, definindo tipos, padrões, quantidades e indicações, efetuando revisões e reformulações, sempre que necessário;
- Atuar como agente multiplicador, participando de congressos, palestras e cursos, divulgando assuntos e materiais apresentados, discutindo e adotando medidas propostas para aperfeiçoamento dos serviços prestados pelo hospital;
- Supervisionar, controlar e orientar as copeiras e lactaristas, auxiliando-as no desenvolvimento de suas atividades, definindo prioridades, discutindo problemas e propondo soluções, repassado diretrizes da área e do hospital;
- Fazer a supervisão técnica dos procedimentos adotados pela equipe, orientando suas ações, avaliando históricos de pacientes, discutindo condutas, dirimindo dúvidas e mantendo-a atualizada;
- Desenvolver mecanismos para integração e desenvolvimento da equipe;
- Planejar a escala de trabalho do pessoal, atuando em conjunto com a supervisora de nutrição, bem como providenciando os acertos necessários para posterior aprovação de seu superior;
- Identificar as necessidades de manutenção nos equipamentos utilizados no setor, providenciando e acionando os responsáveis pelos reparos;
- Buscar melhoria/otimização no atendimento prestado aos pacientes, fluxos e rotinas do setor, evitando ociosidade e distribuindo as tarefas adequadamente e de acordo com as necessidades;
- Fazer, em conjunto com seu superior, a gestão das questões de pessoal da equipe, voltadas ao treinamento e à seleção;

- Controlar o estoque de materiais e equipamentos utilizados no setor;
- Participar de reuniões semanais da equipe de Nutrição e Dietética.

2 Formação:

- Básica: Superior em Nutrição;
- Complementar: Pós-graduação em nutrição clínica.

3 Experiência:

- Mínima de 1 ano no cargo com vivência em atividades voltadas à dietoterapia dentro da filosofia de trabalho do hospital, para atuar com a maturidade e competência esperada do ocupante.

Nutricionista Senior (Responsável pela Área de Produção):

1 Atividade:

- Analisar dados relativos aos levantamentos efetuados sobre a quantidade de refeições servidas;
- Elaborar manuais de rotinas, roteiros e procedimentos para a equipe da cozinha do hospital, bem como acompanhar a implementação dos mesmos;
- Acompanhar e orientar tecnicamente novos nutricionistas nas atividades executadas;
- Receber visitantes diversos e/ou órgãos fiscalizadores, apresentando as dependências e instalações, bem como características do Serviço de Nutrição e Dietética do hospital;
- Realizar treinamento e reciclagem da equipe de nutricionistas, bem como acompanhar o seu desenvolvimento profissional;
- Avaliar e auxiliar nas atividades práticas desenvolvidas pelo pessoal sob sua responsabilidade, no que diz respeito a aspectos de preparação, confecção, disposição e cardápio servido;
- Testar novas receitas por meio da montagem de cozinhas experimentais;
- Verificar condutas e pratos elaborados pela equipe, bem como a correta execução dos planos e procedimentos estabelecidos;
- Elaborar cardápios e provisão de gêneros perecíveis e não perecíveis, de acordo com o desjejum, almoço, jantar e ceia de funcionários, pacientes e eventos;
- Participar da elaboração de programas de treinamento, discutindo com demais nutricionistas e estabelecendo consenso sobre temas e materiais a serem desenvolvidos e aplicados;
- Avaliar mapa de refeições, selecionando as diferenciadas das convencionais para orientação aos cozinheiros na preparação dos pratos;
- Realizar o *check list* para conferir a organização, validade dos produtos, identificação e demais irregularidades na cozinha;

- Preparar embalagens para coleta de amostras de refeições para análise laboratorial externa, acompanhando e orientando os funcionários responsáveis pela coleta;
- Avaliar a organização do refeitório, higienização, distribuição de bandejas, talheres, temperatura do aquecedor, etc;
- Efetuar cotação e comparação de preços de gêneros alimentícios, analisando propostas, definindo fornecedores, fornecendo dados para ficha cadastral e negociando prazos de entrega/condições de pagamento e faturamento;
- Supervisionar, controlar e orientar a equipe do setor, auxiliando o pessoal no desenvolvimento de suas atividades, distribuindo tarefas, definindo prioridades, discutindo problemas e propondo soluções, repassando diretrizes da área e do hospital;
- Fazer a supervisão técnica dos procedimentos adotados pela equipe de nutricionistas, orientando suas ações, avaliando cardápios, dirimindo dúvidas e mantendo-a atualizada;
- Coordenar a elaboração de cardápios semanais, aplicando conhecimentos e técnicas dietéticas, considerando: cor, aroma, textura, palatabilidade, parte gastronômica, etc;
- Desenvolver mecanismos para integração e desenvolvimento da equipe;
- Planejar a escala de trabalho do pessoal, atuando em conjunto com as nutricionistas sob sua responsabilidade, bem como providenciar os acertos necessários para posterior aprovação de seu superior;
- Identificar as necessidades de manutenção nos equipamentos utilizados no setor, providenciando e acionando os responsáveis pelos reparos;
- Buscar melhorias/otimização no atendimento prestado aos funcionários e pacientes, fluxos e rotinas do setor, evitando ociosidades e distribuindo as tarefas adequadamente e de acordo com as necessidades;
- Estimular a equipe para participar de trabalhos/atividades científicas e para autodesenvolvimento;
- Fazer a gestão das questões de pessoal da equipe, voltadas ao treinamento, à seleção, aos salários, à escala de férias, etc, bem como selecionar e supervisionar estagiários;
- Controlar o estoque de materiais e equipamentos utilizados no setor, bem como identificar necessidades de compras;
- Promover reuniões periódicas com a equipe, para posicionamento e *feedback* sobre aspectos relacionados aos serviços.

2 Formação:

- Básica: Superior em Nutrição;
- Complementar: Pós-graduação em administração hospitalar ou gestão hoteleira ou qualidade em nutrição.

3 Experiência:

- Mínima de 2 anos em atividades relacionadas à liderança de equipes técnicas de nutrição, com vivência anterior em atividades voltadas à dietoterapia.

Nutricionista Senior (Responsável pela Área Clínica):

1 Atividades:

- Visitar os pacientes internados, realizando a *anamnese* alimentar dos mesmos, levantando motivo da internação, patologia, cirurgias, alergias, perda ou ganho de peso, hábito intestinal, alterações gastrointestinais, intolerância alimentar, entre outros, visando a elaboração da conduta dietoterápica;
- Classificar os pacientes por tipo: primário, secundário ou terciário, observando risco de desnutrição ou obesidade, verificando taxas de glicemia, peso, altura, pressão arterial, etc., para posterior definição da assistência a ser prestada aos mesmos;
- Controlar os atendimentos ambulatoriais efetuados;
- Analisar dados relativos aos levantamentos efetuados sobre a quantidade de refeições servidas;
- Elaborar manuais de rotina, roteiros e procedimentos para a equipe de copeiras, lactaristas e nutricionistas, bem como acompanhar a implementação dos mesmos;
- Acompanhar e orientar tecnicamente novos nutricionistas nas atividades executadas;
- Realizar treinamento e reciclagem da equipe de nutricionistas, bem como acompanhar o seu desenvolvimento profissional;
- Avaliar e auxiliar nas atividades práticas desenvolvidas pelo pessoal das unidades de internação, no que diz respeito a aspectos nutricionais;
- Verificar as condutas e dietas elaboradas pela equipe, bem como a correta execução dos planos e procedimentos estabelecidos;
- Supervisionar, controlar e orientar a equipe do setor, auxiliando o pessoal no desenvolvimento de suas atividades, distribuindo tarefas, definindo prioridades, discutindo problemas e propondo soluções, repassando diretrizes da área e do hospital;
- Fazer a supervisão técnica dos procedimentos adotados pela equipe de nutricionistas, orientando suas ações, avaliando históricos de pacientes, discutindo condutas, dirimindo dúvidas e mantendo-os atualizados;
- Desenvolver mecanismos para integração e desenvolvimento da equipe;
- Participar da Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral, atuando em conjunto com médicos, enfermeiros e farmacêuticos,

discutindo questões voltadas à alimentação de pacientes, bem como normas e procedimentos a serem adotados;

- Planejar a escala de trabalho do pessoal, atuando em conjunto com as nutricionistas responsáveis pelos andares, bem como providenciar os acertos necessários para posterior aprovação de seu superior;
- Identificar as necessidades de manutenção nos equipamentos utilizados no setor, providenciando e acionando os responsáveis pelos reparos;
- Buscar melhorias/otimização no atendimento prestado aos pacientes, fluxos e rotinas do setor, evitando ociosidades e distribuindo as tarefas adequadamente e de acordo com as necessidades;
- Estimular a equipe para participar de trabalhos/atividades científicas e para autodesenvolvimento;
- Fazer a gestão das questões de pessoal da equipe, voltadas aos treinamentos, à seleção, aos salários, à escala de férias, etc;
- Controlar o estoque de materiais e equipamentos utilizados no setor;
- Promover reuniões periódicas com a equipe, para posicionamento e *feedback* sobre aspectos relacionados aos serviços.

2 Formação:

- Básica: Superior em Nutrição.
- Complementar: Pós-graduação em administração hospitalar ou gestão hoteleira ou qualidade em nutrição.

3 Experiência:

- Mínima de 2 anos em atividades relacionadas à liderança de equipes técnicas de Nutrição e Dietética, com vivência anterior em atividades voltadas à dietoterapia.

Anexo 2

Questionário de auto-avaliação de condições de trabalho e opinião sobre absenteísmo

Solicitamos a sua colaboração no projeto de pesquisa, "ABSENTEÍSMO ENTRE TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA DE DOIS HOSPITAIS EM SÃO PAULO-SP", que visa, a partir do diagnóstico da situação existente nos Serviços de Nutrição e Dietética e junto com as chefias, com o Serviço Médico e com a Administração Superior, melhorar as condições de trabalho e minimizar a questão do absenteísmo porventura existente no Serviço.

I - CARACTERIZAÇÃO

NOME (opcional): _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

SEXO: M () F ()

ESTADO CONJUGAL: Solteiro ()

Casado/vive com companheiro(a) ()

Separado ()

Viúvo ()

ESCOLARIDADE - assinalar o mais elevado:

Primário completo (terminou apenas a 4ª série) ()

Ginásio incompleto (não terminou a 8ª série) ()

Ginásio completo (terminou a 8ª série) ()

Curso técnico de primeiro grau incompleto ()

Curso técnico de primeiro grau completo ()

Colégio incompleto (não terminou o 3º colegial) ()

Colégio completo (terminou o 3º colegial) ()

Curso técnico de 2º grau incompleto ()

Curso técnico de 2º grau completo ()

Faculdade incompleta ()

Faculdade completa ()

Tem filhos? Sim () Não ()

Você é quem cuida dos filhos ou netos ou sobrinhos ou outras crianças na sua casa? Sim () Não ()

E isto interfere no seu trabalho? Sim () Não ()

Há quanto tempo você trabalha no SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA?

De 0 a 4 anos ()

De 5 a 14 anos ()

De 15 a mais anos ()

Qual a sua área atual de trabalho?

Produção () Internação () Ambulatório () Setor Expediente ()

Outra (citar):.....

Qual o seu horário atual de trabalho?

6 às 15 () 7 às 16 () 8 às 17 () 9 às 18 ()

10 às 19 () 11 às 20 () 12 às 21 () 19 às 7 ()

Outro (qual): Não tenho horário fixo ()

Qual a sua jornada semanal de trabalho?

30 horas () 40 horas () 44 horas ()

12 x 36 horas ()

outra – qual?:

Qual o seu cargo atual (que exerce na prática)?

Atendente de nutrição ()

Auxiliar de cozinha ()

Cozinheiro ()

Confeiteiro ()

Copeiro ()

Auxiliar de almoxarifado ()

Auxiliar administrativo/escriturário ()

Contínuo/mensageiro ()

Encarregado de setor de expediente ()

Técnico em nutrição ()

Nutricionista ()

Nutricionista encarregada ()

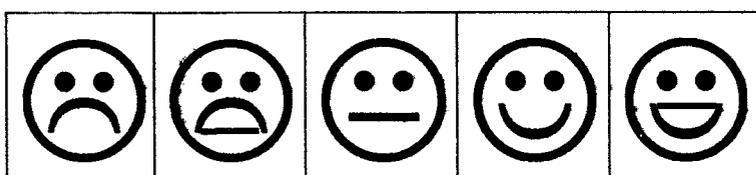
Nutricionista chefe/nutricionista sênior ()

II - AUTO-AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES DE TRABALHO

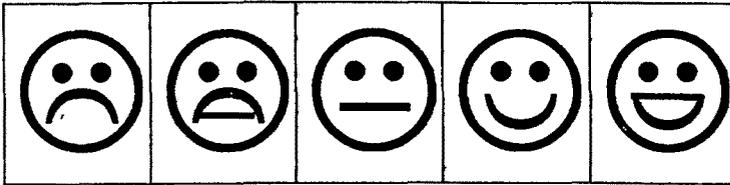
Adaptado de Fischer (1990)

Avalie a qualidade do seu ambiente de trabalho em relação aos itens abaixo, marcando um "X" sobre um número correspondente a cada item

(Os números de 1 a 5 representam da pior à melhor condição)



1	2	3	4	5	Risco de acidentes
1	2	3	4	5	Ruído (barulho)
1	2	3	4	5	Calor
1	2	3	4	5	Frio
1	2	3	4	5	Iluminação
1	2	3	4	5	Espaço de trabalho
1	2	3	4	5	Trabalho monótono e repetitivo
1	2	3	4	5	Trabalho que exige muito esforço mental
1	2	3	4	5	Trabalho que exige muito esforço físico
1	2	3	4	5	Ritmo de trabalho
1	2	3	4	4	Relacionamento com colegas de trabalho



1	2	3	4	5	Relacionamento com a chefia
1	2	3	4	5	Relacionamento com outros profissionais
1	2	3	4	5	Liberdade para tomar decisões
1	2	3	4	5	Reconhecimento da empresa por seus esforços
1	2	3	4	5	Orientação e treinamento que recebe no desempenho das atividades
1	2	3	4	5	Perspectiva de desenvolvimento profissional
1	2	3	4	5	Pausas/descanso informais durante o trabalho
1	2	3	4	5	Escala de trabalho
1	2	3	4	5	Assistência médica
1	2	3	4	5	Satisfação com seu trabalho

III - OPINIÃO SOBRE ABSENTEÍSMO E NÃO-ABSENTEÍSMO NO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Dê a sua opinião sobre a situação de ausências e de não ausências de funcionários ao trabalho, respondendo as questões abaixo:

Como você considera a sua assiduidade ao trabalho?

- Ótima ()
Boa ()
Regular ()
Ruim ()

E a dos demais funcionários do Serviço?

- Ótima ()
Boa ()
Regular ()
Ruim ()

Na sua opinião as pessoas que costumam faltar ao trabalho o fazem por qual motivo?

Assinalar quantas respostas quiser.

- a) resolver problemas pessoais ()
b) resolver problemas familiares ()
c) doença própria ()
d) doença na família ()
e) não terem vontade de trabalhar ()
f) não gostarem do que fazem ()
g) por estarem insatisfeitos com o trabalho que fazem ()
h) para agredirem a chefia ()
i) outros motivos (citar): _____

E as pessoas que nunca faltam ao trabalho, na sua opinião, o fazem por quê?

Assinalar quantas respostas quiser.

- a) gostam do que fazem ()
b) se preocupam com o serviço ()
c) se preocupam com os pacientes ()
d) em colaboração aos colegas ()
e) em colaboração às chefias ()
f) por estarem satisfeitos com o trabalho que fazem ()
g) outros motivos (citar): _____

Você acha que as ausências dos funcionários ao trabalho têm prejudicado o desempenho do Serviço?

Sim ()

Não ()

Se você acha que as ausências dos funcionários têm prejudicado o desempenho do Serviço, o que você sugere para diminuir essas ausências?

a) nada ()

b) a chefia deveria ser mais rigorosa com os funcionários que faltam ()

c) o médico deveria ser mais rigoroso ao dar licença médica ()

d) melhorar as condições de trabalho ()

cite exemplos: _____

e) os servidores que faltam deveriam ser ouvidos pelas chefias ()

f) melhorar o atendimento do serviço de saúde dos funcionários ()

g) outros (citar): _____

Utilize as linhas abaixo para comentários adicionais:

**GRATA PELA COLABORAÇÃO
TENHA UM BOM DIA!**

Anexo 3

Termo de Consentimento Esclarecido

Conforme o regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1997) e a resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (1996):

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu,

 Idade _____ anos, RG _____ aceito
 participar da Pesquisa "ABSENTEÍSMO ENTRE
 TRABALHADORES DE SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
 DE DOIS HOSPITAIS EM SÃO PAULO-SP", autorizando aos seus
 pesquisadores, sob a responsabilidade do Prof. Emérito Diogo
 Pupo Nogueira, a utilização dos dados por mim voluntariamente
 informados para fins acadêmicos. Fica, todavia acordado, que os
 mesmos serão tratados com **absoluto sigilo** e que dados
 pessoais, que possibilitem minha identificação, não serão, em
 nenhuma ocasião, revelados.

São Paulo, _____ de _____ de 2002.

 Assinatura

Anexo 4

Análise de dados categóricos

ANÁLISE DE DADOS CATEGÓRICOS: assiduidade ao trabalho; prejuízo das ausências no desempenho do serviço; avaliação das condições de trabalho.

Codificação usada na análise: Absenteísta = 0
 Não absenteísta = 1
 Hospital A = 0
 Hospital B = 1

Conceito: Ótimo = 2
 Bom = 1
 Regular = 0
 Ruim = -1

Opinião dos participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B sobre assiduidade ao trabalho.

PARA ASSIDUIDADE PRÓPRIA:

Modelo Ajustado:

Conceito médio = $\beta_0 + \beta_1$ hospital entre absenteístas + β_2 absenteísmo

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$p = 0,4251$ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira).

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Conceito médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	1,3908	0,0715	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B se funcionário absenteísta	0,1546	0,0918	0,0922
β_2	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo	0,4084	0,0888	<0,0001

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

PARA ASSIDUIDADE DOS DEMAIS FUNCIONÁRIOS:

Modelo Ajustado:

$$\text{Conceito médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,4017 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p* (χ^2 de Wald)
β_0	Conceito médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	0,0670	0,0622	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,7693	0,0873	<0,0001

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

Opinião dos servidores quanto ao prejuízo das ausências no desempenho do serviço, segundo participantes absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B.

Codificação de Prejuízo: Sim=1 Não=0

Modelo Ajustado:

Probabilidade de resposta Sim = $\beta_0 + \beta_1$ hospital.

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$p = 0,6908$ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira).

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Probabilidade do funcionário absenteísta do Hospital A ter resposta sim (referência)	0,9705	0,0159	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	-0,0386	0,0266	0,1464

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

Escore médio estimado das avaliações de condições de trabalho segundo itens pesquisados entre absenteístas e não absenteístas dos Hospitais A e B.

RISCO DE ACIDENTE

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital} + \beta_2 \text{ absenteísmo.}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$p = 0,3528$ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	3,1469	0,0889	
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,6385	0,1256	<0,0001
β_2	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo	0,1855	0,1297	0,1526

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

RUÍDO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital} + \beta_2 \text{ absenteísmo}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,1246 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	2,9867	0,1198	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,3666	0,1597	0,0217
β_2	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo	-0,3537	0,1756	0,0440

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

CALOR

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,8378 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	2,5717	0,0831

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

FRIO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,7059 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado
β_0	Escore médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	3,8330	0,0683

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

ILUMINAÇÃO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,9389 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	3,6357	0,1054	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	1,0529	0,1202	<0,0001

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

ESPAÇO DE TRABALHO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,2016 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	2,1151	0,1244	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	2,0806	0,1553	<0,0001

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

TRABALHO MONÓTONO E REPETITIVO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital} + \beta_2 \text{ absenteísmo}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,2943 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	3,4445	0,1039	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,2256	0,1466	0,1238
β_2	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo	0,3761	0,1606	0,0192

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

TRABALHO QUE EXIGE MUITO ESFORÇO MENTAL

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$p = 0,6345$ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado
β_0	Escore médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	3,4784	0,0758

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

TRABALHO QUE EXIGE MUITO ESFORÇO FÍSICO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital} + \beta_2 \text{ absenteísmo}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$p = 0,8008$ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	2,5262	0,1150	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,6517	0,1698	0,0001
β_2	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo	0,5810	0,1999	0,0037

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

RITMO DE TRABALHO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital} + \beta_2 \text{ absenteísmo}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,7644 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	2,7464	0,1048	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,7422	0,1506	<0,0001
β_2	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo	0,2472	0,1691	0,1438

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

RELACIONAMENTO COM COLEGAS DE TRABALHO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,6618 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	3,1482	0,0774	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,3715	0,1030	0,0003

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

RELACIONAMENTO COM A CHEFIA

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$p = 0,3153$ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	3,9898	0,0943	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,5314	0,1172	<0,0001

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

RELACIONAMENTO COM OUTROS PROFISSIONAIS

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$p = 0,6062$ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	4,2761	0,0816	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,1689	0,1059	0,1107

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

LIBERDADE PARA TOMAR DECISÕES

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ absenteísmo}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$p = 0,5749$ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	2,9758	0,0913	-
β_1	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo	0,5296	0,1536	0,0006

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

RECONHECIMENTO DA EMPRESA POR ESFORÇOS

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital} + \beta_2 \text{ absenteísmo}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$p = 0,9043$ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	2,5913	0,1159	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,4724	0,1620	0,0035
β_2	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo	0,5103	0,1804	0,0047

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO QUE RECEBE NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,5467 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	3,8540	0,1027	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,5950	0,1251	<0,0001

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

PERSPECTIVA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital} + \beta_2 \text{ absenteísmo}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,8339 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p^* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	2,9974	0,1201	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,2513	0,1722	0,1444
β_2	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo	0,4107	0,1906	0,0312

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

PAUSAS INFORMAIS NO TRABALHO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,6249 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	3,1578	0,1075	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,8492	0,1469	<0,0001

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

ESCALA DE TRABALHO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \begin{cases} \beta_0, & \text{se funcionário é ausente do Hospital A} \\ \beta_0 + \beta_1, & \text{caso contrário} \end{cases}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,9962 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário ausente do Hospital A (referência)	3,2184	0,1232	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B ou não ausenteísmo	0,6976	0,1498	<0,0001

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

ASSISTÊNCIA MÉDICA

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital} + \beta_2 \text{ absenteísmo} \mid \text{hospital A}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,7652 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	2,0115	0,1243	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	2,4994	0,1416	<0,0001
β_2	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo se funcionário do Hospital A	0,7485	0,2835	0,0083

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.

SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Modelo Ajustado:

$$\text{Escore médio} = \beta_0 + \beta_1 \text{ hospital} + \beta_2 \text{ absenteísmo}$$

Qualidade do Ajuste (χ^2 de Wald):

$$p = 0,0.2319 \text{ (probabilidade de rejeitar a hipótese de que os resíduos são nulos, quando verdadeira)}$$

Estimativas dos Coeficientes do Modelo:

Coeficiente	Interpretação	Estimativa	Erro padrão estimado	p* (χ^2 de Wald)
β_0	Escore médio do funcionário absenteísta do Hospital A (referência)	3,9436	0,0936	-
β_1	Varição em β_0 devido ao Hospital B	0,4209	0,1197	0,0004
β_2	Varição em β_0 devido ao não absenteísmo	0,2541	0,1174	0,0305

* Probabilidade de rejeitar a hipótese de que o coeficiente é nulo, quando for verdadeira.