

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

JAQUELINE DO CARMO MACHADO LOPES

**PERFIL DE ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM TRABALHADORES DE
HIGIENIZAÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**

**CURITIBA
2015**

JAQUELINE DO CARMO MACHADO LOPES

**PERFIL DE ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM TRABALHADORES DE
HIGIENIZAÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde (PPGTS), da Escola Politécnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Tecnologia em Saúde. Área de concentração: Avaliação em Tecnologia em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Auristela Duarte de Lima Moser

CURITIBA

2015

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

L864p
2015

Lopes, Jaqueline do Carmo Machado
Perfil de absenteísmo-doença em trabalhadores de higienização de uma instituição de ensino superior / Jaqueline do Carmo Machado Lopes ; orientadora, Auristela Duarte de Lima Moser. – 2015.
84 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2015
Bibliografia: f. 67-76

1. Absenteísmo (Trabalho). 2. Saúde e trabalho. 3. Serviços de saúde ocupacional. 4. Universidades e faculdades. 5. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. I. Moser, Auristela Duarte de Lima. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. III. Título.

CDD 20. ed. – 610.28



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola Politécnica
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 220

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: TECNOLOGIA EM SAÚDE

Aos 17 dias do mês de agosto de 2015, no Auditório Valdemiro Teixeira de Freitas realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: "**Perfil de absenteísmo-doença em trabalhadores de higienização de uma instituição de ensino superior**", apresentada pela aluna **Jaqueline do Carmo Machado Lopes**, sob orientação da **Prof.^a Dr.^a Auristela Duarte de Lima Moser**, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Tecnologia em Saúde**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Auristela de Lima Moser,
PUCPR (Presidente)


(assinatura)

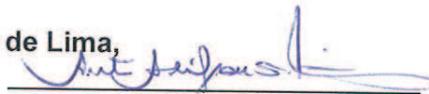
APROVADO
(Aprov/Reprov.)

Prof. Dr. Prof. Dr. Sérgio Ossamu Ioshii,
PUCPR (Examinador)


(assinatura)

A PROVA DO
(Aprov/Reprov.)

Prof. Dr. Antonio Adilson Soares de Lima,
UFPR (Examinador)


(assinatura)

APROVADO
(Aprov/Reprov.)

Início: 14.30

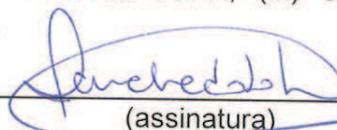
Término: 16.20.

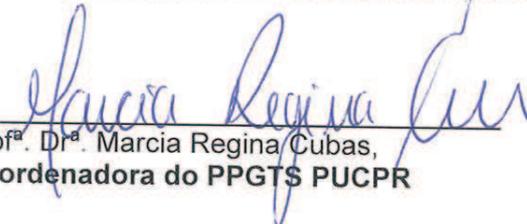
Conforme as normas regimentais do PPGTS e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado APROVADO (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

Observações: _____

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 30 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGTS/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

ALUNO(A): Jaqueline do Carmo Machado Lopes


(assinatura)


Prof.^a Dr.^a Marcia Regina Cubas,
Coordenadora do PPGTS PUCPR

Dedico esta dissertação de mestrado a todos que entendem que um ambiente de trabalho saudável pode transformar a vida das pessoas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus que me concedeu saúde, sabedoria, força e persistência para chegar aqui.

Agradeço a minha filha Julia e ao meu esposo Renato por compreenderem que precisei estar ausente, em diversos momentos, para me dedicar a este trabalho.

Agradeço aos professores, colegas e alunos do curso de odontologia da Universidade Federal do Paraná por terem me ajudado e apoiado em todos os momentos que deles precisei.

Agradeço aos professores, colegas e funcionários da Pontifícia Universidade Católica do Paraná por toda ajuda que me proporcionaram para que eu pudesse alcançar meu objetivo.

Agradeço ao médico Dr. Carlos Eduardo da Silva Santos e à equipe do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da PUCPR por terem contribuído para a realização desta pesquisa.

Agradeço a minha família por ter me apoiado neste sonho, em especial a minha irmã Jane que sempre me incentivou e orientou.

Agradeço ao Professor Doutor Sérgio Ossamu Ioshii por ter contribuído com este trabalho.

Meu sincero agradecimento ao Professor Doutor Antônio Adilson Soares de Lima, da Universidade Federal do Paraná, por ter enriquecido este trabalho com seus conhecimentos.

Meu sincero agradecimento à Professora Doutora Auristela Duarte de Lima Moser por ter me orientado neste trabalho e me ajudado em todos os momentos de tensão. Mais que uma professora, mais que uma orientadora, ajudou-me a construir conhecimentos e me oportunizou seguir em frente.

“Felicidade é crescimento. Somos felizes quando estamos crescendo e nos desenvolvendo. E pessoas felizes são mais motivadoras do que pessoas infelizes”.

(Steve Chander e Scott Richardson, 2008, p.125)

RESUMO

LOPES, Jaqueline do Carmo Machado. **Perfil de absenteísmo-doença em trabalhadores de higienização de uma instituição de ensino superior**. 2015. 84 f. (Mestrado em Tecnologia em Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

INTRODUÇÃO: No Brasil, é grande a preocupação com o absenteísmo que é a ausência do trabalhador no momento em que é esperada a sua presença. O absenteísmo-doença é considerado um indicador relevante para a saúde pública, pois pode demonstrar um risco de aposentadoria precoce ou de mortalidade. O entendimento desse indicador em contextos específicos pode contribuir tanto para a prevenção, a promoção e a reabilitação dos trabalhadores, quanto para reduzir o alto índice de absenteísmo que vem afetando as empresas. **OBJETIVO:** Traçar o perfil do absenteísmo-doença em trabalhadores de higienização em uma instituição de ensino superior. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de cunho quantitativo que foi desenvolvido em um Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da instituição em estudo. Os dados levantados foram extraídos de 196 Prontuários Médicos, dos documentos do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), das Estatísticas de Auxílio-doença e Absenteísmo. Quanto ao absenteísmo, foram levantados dados de 486 trabalhadores do setor de higienização e limpeza, sendo analisados 2.880 atestados médicos referentes aos anos de 2010 a 2014. Esses dados foram classificados de acordo com a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Os dados foram organizados no Software Microsoft Excel 2010 e tratados no IBM SPSS Statistics 20.0. **RESULTADOS:** Os resultados sociodemográficos encontrados demonstraram predomínio do sexo feminino (92,9%), baixa escolaridade, analfabetos, ensino fundamental incompleto e completo, totalizando (51,5%), idade entre 31 a 45 anos (46,0%). Em relação ao estado civil, 37,2% eram casadas e 70,4% tinham filhos. Quanto aos resultados sobre o absenteísmo, a predominância foi relacionada com o capítulo Z da CID-10 que corresponde aos Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde (57,5%). Desse capítulo, o código da CID-10 que teve maior representatividade foi o Z00 - Exame geral e investigação de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado (95%) seguido das doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (10,7%) com a maior predominância com o código (M54) correspondente à dorsalgia (39,5%). A média de atestados por ano foi de 6,24 e a média de dias de afastamento por trabalhador/ano foi de 1,88. Os riscos apontados pelo Programa de Prevenção de Riscos Ocupacionais (PPRO) para os auxiliares de limpeza foram físico, químico e ergonômico. **CONCLUSÃO:** Os achados deste estudo podem ser utilizados para maior compreensão do perfil dos trabalhadores de higienização e limpeza e as causas das ausências ao trabalho. No entanto, não foi possível identificar com precisão os fatores de adoecimento em relação ao capítulo Z da CID-10.

Palavras-chave: Absenteísmo. Atestado de saúde. Saúde do Trabalhador. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

ABSTRACT

LOPES, Jaqueline do Carmo Machado. Absenteeism-disease profile of sanitation workers of an educational institution. 2015. 84 f. (Master in Technology in Health) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

INTRODUCTION: In Brazil, there is a great concern about absenteeism that is the absence of the employee at the time that its presence is expected. The absenteeism-disease is considered an important public health indicator since it can indicate an early retirement or mortality risk. The understanding of this indicator in specific contexts can contribute to the prevention, promotion and rehabilitation of workers, as well as to reduce the high rate of absenteeism that is affecting the companies. **OBJECTIVE:** To describe the profile of absenteeism and illness of sanitation workers in an educational institution. **METHODOLOGY:** This is a descriptive, retrospective and quantitative study developed in a specialized center of Safety Engineering and Occupational Medicine (SESMT) of the institution under study. The collected data were extracted from 196 medical records from documents of the Environmental Risk Prevention Program (PPRA), the Medical Control of Occupational Health Program (PCMSO), and the statistics of Aid-disease and absenteeism. Data from 486 workers in the hygiene and cleaning industry absenteeism were collected. 2,880 medical certificates were analyzed for the years 2010 to 2014. These data were classified according to the 10th edition of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). The data were organized in the Microsoft Excel Software 2010 and analyzed by IBM SPSS Statistics 20.0. **RESULTS:** The socio-demographic results showed a predominance of females (92.9%), low education, illiterates, incomplete and complete primary school (51.5%), aged 31-45 years (46.0%). Regarding marital status, 37.2% were married and 70.4% had children. As for the results of absenteeism, the prevalence was related to the Chapter Z of ICD-10 that corresponds to the Factors Influencing Health Status and Contact with Health Services (57.5%). From this chapter, of the CID code -10, the factor that had greater representation was the Z00 – General examination and investigation of persons without complaint or reported diagnosis (95%) followed by diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissues (10.7%) with the highest prevalence for the code M54, corresponding to back pain (39.5%). The average of certificates per year was 6.24 and the average days off per employee / year was 1.88. The risks pointed out by the Occupational Risk Prevention Program (PPRA) for cleaning employees were physical, chemical and ergonomic. **CONCLUSION:** The findings of this study can be used to better understand the profile of hygiene and cleaning workers and causes of absence from work. However, it was not possible to accurately identify the illness factors with respect to chapter Z ICD-10.

Keywords: Absenteeism. Health certificate. Occupational health. Environmental Risk and Prevention Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|---|----|
| Quadro 1 - | Quadro descritivo de riscos ocupacionais..... | 29 |
| Quadro 2 - | Riscos de acordo com o PPRA da instituição para a função de auxiliar de limpeza..... | 46 |
| Quadro 3 - | Riscos de acordo com o PPRA da instituição para a função de supervisor de higienização e limpeza..... | 47 |
| Quadro 4 - | Riscos de acordo com o PPRA da instituição para a função de auxiliar administrativo..... | 47 |
| Quadro 5 - | Riscos de acordo com o PPRA da instituição para a função de coletor de resíduo..... | 48 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Características sociodemográficas da população do estudo..... | 40 |
| Tabela 2 - Características de estilo de vida..... | 41 |
| Tabela 3 - Características em relação ao Peso corporal e Altura..... | 41 |
| Tabela 4 - Afastamento de acordo com a CID-10..... | 42 |
| Tabela 5 - Capítulos e categorias da CID-10 com maior frequência de atestados..... | 43 |
| Tabela 6 - Afastamento de acordo com a CID-10 por ano..... | 44 |
| Tabela 7 - Número total de atestados por ano e número de dias de afastamento por trabalhador/ano..... | 44 |
| Tabela 8 - Frequência de auxílio-doença de acordo com a função..... | 45 |
| Tabela 9 - Tempo médio de permanência dos trabalhadores na instituição..... | 45 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| ASO | Atestado de Saúde Ocupacional |
| CEP/PUCPR | Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná |
| CNS/MS | Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde |
| CID -10 | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde – 10ª edição |
| CIF | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde |
| CIPA | Comissão Interna de Prevenção de Acidentes |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| CNAE | Classificação Nacional de Atividades Econômicas |
| CRM | Conselho Regional de Medicina |
| DCNT's | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DORT | Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| EUA | Estados Unidos da América |
| IMC | Índice de Massa Corpórea |
| INSS | Instituto Nacional de Seguridade Social |
| LER | Lesão por Esforços Repetitivos |
| MD | Média |
| MP | Medida Provisória |
| NR | Norma Regulamentadora |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PPRA | Programa de Prevenção de Riscos Ambientais |
| PCMSO | Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional |
| QV | Qualidade de Vida |
| QVT | Qualidade de Vida no Trabalho |
| RH | Recursos Humanos |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SPSS | <i>Statistical Package for Social Science</i> (SPSS, Chicago) |
| SESMT | Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho |
| USP | Universidade de São Paulo |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 | OBJETIVOS | 16 |
| 2.1 | GERAL | 16 |
| 2.2 | ESPECÍFICOS | 16 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 17 |
| 3.1 | ABSENTEÍSMO | 17 |
| 3.2 | TRABALHO DE HIGIENIZAÇÃO | 21 |
| 3.3 | ROTATIVIDADE | 24 |
| 3.4 | AUXÍLIO-DOENÇA | 26 |
| 3.5 | PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS – PPRA | 28 |
| 3.6 | PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO | 31 |
| 4 | METODOLOGIA | 35 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 35 |
| 4.2 | LOCAL DA PESQUISA | 35 |
| 4.3 | AMOSTRA | 36 |
| 4.4 | FONTES DE DADOS | 36 |
| 4.5 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | 36 |
| 4.6 | CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO | 37 |
| 4.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 37 |
| 4.8 | INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS | 37 |
| 4.9 | ANÁLISE ESTATÍSTICA | 37 |
| 5 | RESULTADOS | 39 |
| 6 | DISCUSSÃO | 49 |
| 7 | CONCLUSÃO | 65 |
| | REFERÊNCIAS | 67 |
| | ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 77 |
| | ANEXO 2 - FICHA PARA EXAME MÉDICO ADMISSIONAL | 79 |
| | ANEXO 3 - FICHA DO PPRA | 80 |
| | ANEXO 4 - FICHA DO PCMSO | 81 |

| | |
|---|-----------|
| APÊNDICE 1- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS..... | 83 |
| APÊNDICE 2- AUTORIZAÇÃO | 84 |

1 INTRODUÇÃO

O absenteísmo é a ausência do empregado ao trabalho quando é esperada a sua presença. Dentro de toda organização, sempre há uma grande preocupação com o alto índice de absenteísmo (PENATTI *et al.*, 2006).

No Brasil, é grande a preocupação com o absenteísmo em muitos setores produtivos, sendo que alguns são mais afetados que outros devido à natureza das atividades desenvolvidas. O alto índice de absenteísmo pode aumentar a ocorrência do auxílio-doença que, por sua vez, aumenta a probabilidade de aposentadoria precoce e risco de mortalidade (ROELEN *et al.*, 2010).

O trabalhador que tem alta frequência de absenteísmo ou que está em auxílio-doença pode desenvolver problemas crônicos de saúde que irão cada vez mais gerar demandas à saúde pública. Esses acometimentos podem ser físicos, emocionais e por fatores estressantes relacionados às atividades desenvolvidas no trabalho (PENATTI *et al.*, 2006).

As principais causas do absenteísmo são as doenças comprovadas, as não comprovadas, problemas familiares, financeiros, de transporte, atrasos involuntários, ausências voluntárias por motivos particulares, desmotivação com o trabalho, dificuldade com a chefia e políticas inadequadas da própria organização (PENATTI *et al.*, 2006).

Outro fator preocupante para os gestores de pessoas, além das causas do absenteísmo, é a síndrome do presenteísmo. Isso ocorre quando o trabalhador está fisicamente presente no ambiente de trabalho, no entanto, mental e emocionalmente ausente. Esse fato reduz a produtividade. Suas causas podem estar relacionadas às doenças ou a problemas pessoais e familiares (ALTOE, 2010).

A portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. No seu art. 3º, parágrafo único, alinha-se com o conjunto de Políticas de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), isso considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos fatores que se pode entender como um dos determinantes do processo saúde-doença. O objetivo dessa portaria é o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, focando na vigilância, almejando a promoção e a

proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

O art.162 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) determina que as empresas, de acordo com as normas ditadas pelo Ministério do Trabalho, ficam obrigadas a manter serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho.

A lei orgânica de Saúde nº. 8.080/90 coloca, no artigo 6º, parágrafo 3º, que a saúde do trabalhador é definida como “um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos das condições de trabalho”.

Vale ressaltar ainda que, de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em seu art.157, cabe às empresas:

- I - Cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho;
- II - Instruir os empregados, através de ordens de serviço, quanto às preocupações a tomar no sentido de evitar acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais;
- III - Adotar as medidas que lhes sejam determinadas pelo órgão regional competente;
- IV - Facilitar o exercício da fiscalização pela autoridade competente.

É fundamental que a empresa pesquisada possa estar ciente dessas normas e orientar seus trabalhadores. No caso dos trabalhadores de higienização que desenvolvem seu trabalho em pé, conforme a seção XIV da prevenção da fadiga em seu parágrafo único, os empregados terão à sua disposição assentos para serem utilizados nas pausas que o serviço permitir.

Em consonância com a Constituição da República Federativa do Brasil, no capítulo II dos direitos sociais, no seu artigo 7º, são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

Inciso XXII – redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.

As organizações públicas e privadas precisam se engajar na preservação da saúde de seus trabalhadores. Portanto, saber por que os trabalhadores faltam ao trabalho será fundamental para traçar o perfil dessa população e possibilitar um planejamento estratégico, contemplando ações e metas, contribuindo, assim, para a mudança desse cenário dentro das organizações.

Quando o empregado falta ao trabalho, os custos para as empresas aumentam consideravelmente, pois não se considera, apenas, a ausência do empregado, mas também a redução da produtividade (DIAS, 2005).

Ao estudar os serviços de higienização, pode-se observar que os mesmos caracterizam-se por atividades manuais com pouco uso de auxílio mecânico e frequentemente manuseio de carga, levando ao risco de se desenvolver LER/DORT (Lesão por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) (BRASIL, 2001; HARUTUNIAN *et al.*, 2011).

Esse pode ser um dos problemas de saúde que contribui para o absenteísmo, pois as doenças musculoesqueléticas podem causar desconforto e dor persistente em diversas regiões do corpo, podendo ser ocasionadas pela repetição dos movimentos (HARUTUNIAN *et al.*, 2011).

Quando as dores começam a aparecer, devido às atividades laborativas que o trabalhador de higienização desenvolve e por falta de conhecimento e princípios de boa postura corporal, pode ocorrer a redução da produtividade (PEREIRA, 2003).

Outro fator agravante é a sobrecarga do efetivo de trabalho em decorrência do absenteísmo-doença, alimentando o círculo vicioso dor-absenteísmo-dor-absenteísmo, contribuindo para a queda do índice de produtividade (CHIAVENATO, 2002; PICANÇO, 2004).

A realização de um estudo que pode estabelecer um perfil de absenteísmo-doença em trabalhadores da categoria de higienização e limpeza, a partir dos dados produzidos pela própria empresa por meio dos prontuários médicos, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e das estatísticas de absenteísmo e auxílio-doença, pode revelar, além do padrão de adoecimento encontrado, uma possível relação com as condições de trabalho e as características dos trabalhadores do setor.

Esse conhecimento, quando considerado referência para a empresa, pode servir de subsídio a ações que promovam a melhoria das condições de trabalho e sua organização como um todo.

Nesse contexto, delineou-se a questão norteadora a seguir:

O absenteísmo-doença atinge em que proporção os trabalhadores do setor de higienização de uma instituição privada de ensino e quais as suas causas?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Traçar o perfil de absenteísmo-doença em trabalhadores de higienização em uma instituição de ensino superior.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas.
- Definir os indicadores de absenteísmo, auxílio-doença e causas prevalentes no setor de higienização.
- Analisar os registros de risco laboral nos documentos oficiais da empresa.
- Delinear o perfil de absenteísmo-doença com base nos dados obtidos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

ABSENTEÍSMO

O absenteísmo é uma palavra de origem francesa (*absentéisme*) que significa pessoa que falta ao trabalho, ausência habitual do emprego, falta de assiduidade ao trabalho (FERREIRA, 2010).

Os motivos do absenteísmo nem sempre estão relacionados aos empregados. No entanto, eles podem ocorrer por problemas nas organizações, na supervisão imediata, no empobrecimento das atividades, na falta de motivação e de estímulo, na insatisfação pelo trabalho, na falta de integração do empregado com a empresa e na própria deficiência da direção (CHIAVENATO, 2002).

Define-se como um problema o absenteísmo nas empresas, pois, à medida que a ausência do trabalhador afeta a qualidade do trabalho bem como a produtividade laboral, torna-se uma situação preocupante para as organizações (BORTOLINI *et al.*, 2013).

Segundo Gehring Junior *et al.* (2007), o absenteísmo-doença é caracterizado pelo não comparecimento do trabalhador ao emprego por motivo de doença que pode ter ou não relação com o trabalho. Porém, para as empresas, o absenteísmo dificulta a concretização dos objetivos traçados, levando as mesmas a terem dificuldades para alcançá-los de maneira eficaz e eficiente.

Ao se referir sobre absenteísmo, vale ressaltar a existência do mesmo por causas conhecidas e desconhecidas. As causas conhecidas são as amparadas por lei como: férias, casamentos, nascimentos e óbitos. As causas desconhecidas são as doenças que precisam ser justificadas ao empregador por meio de atestados médicos (PENATTI *et al.*, 2006).

O absenteísmo pode, ainda, ser proveniente de doenças relacionadas às atividades laborativas. Portanto, ele é considerado um problema de saúde pública porque afeta as questões sociais, organizacionais e individuais, acarreta significativos gastos sociais e necessita ser administrado para viabilizar políticas satisfatórias de prevenção (SCHREUDER *et al.*, 2010).

A ausência do funcionário ao trabalho pode desencadear situações conflitantes, pois, muitas vezes, torna-se necessário o remanejamento de pessoal ou

situações ainda piores como a sobrecarga de trabalho para aqueles presentes na empresa. Desse modo, a falta recorrente do funcionário ao trabalho pode levar a uma condição caótica nas empresas, muitas vezes sendo imprescindível solicitar horas extras para conseguir suprir as necessidades com qualidade, onerando o setor financeiro (PICANÇO, 2004).

Mudar esse quadro não é tão simples. Para isso, o primeiro passo é levantar os motivos que estão levando os funcionários da higienização ao absenteísmo e, então, contribuir para que a empresa desenvolva um plano de ação com reformulações das estratégias para solucionar esse problema que vem colocando muitas delas em situações delicadas (PICANÇO, 2004).

Segundo uma pesquisa realizada com auxiliares de enfermagem em um hospital da cidade de Curitiba, as principais causas do absenteísmo dessa categoria são: desmotivação, doenças, excesso de trabalho e remuneração deficitária (PICANÇO, 2004).

De acordo com um estudo com profissionais de enfermagem na cidade de Campinas, há indícios de que os maiores problemas de gravidade e de frequência de afastamentos referentes à população pesquisada sejam decorrentes direta ou indiretamente do sofrimento mental (GEHRING JUNIOR *et al.*, 2007).

Outro estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – USP com profissionais de enfermagem mostra a taxa de absenteísmo elevada 8,7%, em consequência das licenças médicas 80,3% (SANCINETTI *et al.*, 2011).

Um estudo realizado com servidores públicos municipais na cidade de Belo Horizonte revelou que o resultado do absenteísmo-doença foi maior entre as mulheres e a prevalência de absenteísmo foi reduzida com os profissionais com mais idade (RODRIGUES *et al.*, 2013). Morbidades musculoesqueléticas diagnosticadas (LER/DORT e lombalgias), de um lado, e depressão/ ansiedade, percepção de cansaço mental e transtorno mental comum, de outro lado, foram associadas ao absenteísmo-doença, como também a insatisfação com a capacidade de trabalho e as condições inadequadas de trabalho (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Outra pesquisa realizada com profissionais de um banco estatal em Minas Gerais identificou que os problemas que levaram os trabalhadores ao absenteísmo foram, inicialmente, as doenças osteomusculares e os problemas com o tecido conjuntivo e, em seguida, os transtornos mentais e comportamentais (SILVA *et al.*,

2008). O transtorno mental e comportamental é considerado um problema de saúde pública. Essa doença pode trazer prejuízos no desenvolvimento das atividades laborativas dos trabalhadores e perdas econômicas para a organização (SILVA *et al.*, 2012).

As doenças do sistema osteomuscular, como as lombalgias e dorsalgias, são consideradas uma importante causa de transtorno da saúde. Esse acometimento pode levar o trabalhador ao absenteísmo-doença e, até mesmo, à invalidez permanente (CUNHA; BLANK; BOING, 2009; OENNING; CARVALHO; LIMA, 2012; CECCATO *et al.*, 2014; LEÃO *et al.*, 2015).

Na categoria de professores do município de São José dos Pinhais, revelou-se que a principal causa do absenteísmo é a sobrecarga de trabalho (CASTELANI, 2010). Por outro lado, em agentes municipais de trânsito, as principais causas do absenteísmo são as doenças e a desmotivação (SEIDEL, 2007). A desmotivação pode levar o trabalhador a um menor desempenho na organização (VELLOZO, 2010).

Adami (2009) desenvolveu um estudo com trabalhadores da construção civil em Itajaí - SC e identificou que 54% dos trabalhadores faltaram ao trabalho. O motivo para essas ausências foram as doenças. Esses achados corroboram os achados de Tomasi e Oltramare (2014).

A contabilidade tradicional e alguns sistemas de informação nem sempre geram dados que revelam o real custo com o absenteísmo, nem sempre sendo eficazes em visualizar o real impacto que tem para as organizações (BOHLANDER *et al.*, 2003).

Segundo Chiavenato (2010), é fundamental o monitoramento adequado do absenteísmo.

Realizar esse monitoramento de forma realista contribui para a identificação de onde ocorrem os problemas, colaborando com os líderes para que possam iniciar e planejar ações capazes de transformar esse panorama (BOHLANDER *et al.*, 2003).

É esperado que algumas faltas no trabalho sejam inevitáveis como em caso de doenças, acidentes e problemas familiares graves. O absenteísmo crônico pode revelar um sinal de problemas sérios no ambiente de trabalho (BOHLANDER *et al.*, 2003).

O absenteísmo também ocorre devido a acidentes de trabalho, que é o evento caracterizado por ocorrências anormais no trabalho que impedem a atividade ou que causem alguma perda, mesmo que o fato ocorrido não tenha vítimas. Caracteriza-se como acidente de trabalho sem vítima pessoal (ZOCCHIO, 2008).

O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) inclui custos indiretos para os acidentes do trabalho como: gastos com o primeiro tratamento médico, despesas sociais, custo do tempo que a vítima perde com o acidente, redução do seu rendimento quando retorna às suas atividades profissionais, tempo perdido dos colegas de trabalho para socorrer o acidentado (CHIAVENATO, 2010).

Entretanto, os acidentes de trabalho diminuíram 2,1% em 2012 em relação ao ano anterior, havendo 705.239 ocorrências, sendo que em 2011 foram registrados 720.629 acidentes (BRASIL, 2014).

A preocupação é que muitos acidentes não são notificados por falta de conhecimento de diretores, gerentes, supervisores e encarregados que entendem que o acidente ocorre quando existe vítima, mas isso não é verdade. Os acidentes sem vítimas ocasionam despesas altas para a empresa, em muitos casos despesas maiores do que os cuidados médicos com acidentes com vítimas (ZOCCHIO, 2008).

As empresas são constituídas para obter lucros, investem em prédios, instalações, maquinarias e, principalmente, em pessoas, pois sem as pessoas as empresas não sobrevivem. Assim, prevenir os acidentes de trabalho pode ser uma estratégia significativa para as empresas reduzirem o absenteísmo, pois eles oneram o produto ou serviço das empresas e diminuem o lucro projetado ou esperado pela mesma (ZOCCHIO, 2008).

Mas uma vez, pensar na prevenção será um ganho para todos, já que os acidentes com vítimas podem levar ao absenteísmo, causando transtornos para o setor de Recursos Humanos, para a chefia imediata, para os colegas de trabalho que, muitas vezes, vão precisar aumentar a sua carga de trabalho, e para a própria vítima (ZOCCHIO, 2008).

No caso das mulheres faxineiras, os acidentes de trabalho ocorrem em sua maior parte devido a quedas. Dessa forma, estão relacionados ao ambiente de trabalho (CARLOTO, 2003). Portanto, o ambiente de trabalho deve ser adequado e seguro, evitando, assim, os acidentes, já que trazem grandes prejuízos, pois podem causar perdas humanas, financeiras para o próprio trabalhador acidentado, para a sua família, para a empresa e, inclusive, para a sociedade (CHIAVENATO, 2002).

Um ambiente de trabalho seguro torna-se favorável para o desenvolvimento das atividades, proporciona QVT e contribui para a redução do absenteísmo (CHIAVENATO, 2002).

O índice de absenteísmo pode ser calculado mensalmente ou anualmente. Se o índice de absenteísmo é de 5%, por exemplo, a empresa só pode contar com 95% de sua força de trabalho naquele período (CHIAVENATO, 2002).

Muitas organizações buscam reduzir a rotatividade e o absenteísmo agindo sobre seus efeitos como: substituindo os empregados que saíram da empresa, descontando os dias em que o trabalhador se ausentou ou punindo os empregados faltantes (CHIAVENATO, 2002).

Nesse contexto, o problema não desaparece, pois, nesses casos, a empresa atuou em cima do efeito, mas não resolveu as causas do problema (CHIAVENATO, 2002).

Para que uma organização permaneça com um bom desempenho, é importante que seus gestores observem tanto o aspecto financeiro como o humano. Os gestores devem identificar as causas do absenteísmo e adotar medidas de intervenção (TRINDADE YANO; MIYAMARU SEO, 2010).

Quanto maior for o interesse da organização com seus trabalhadores, maior será a lealdade, o desenvolvimento de um bom trabalho e o vínculo deles com a organização (VAZ *et al.*, 2002).

TRABALHO DE HIGIENIZAÇÃO

O trabalho de higienização compreende atividades como limpar vidros, móveis, equipamentos, paredes, lavar pisos, remover sujeira, varrer e secar pisos e recolher o lixo, entre outras (NUNES, 2014).

As atividades são repetitivas e favorecem o aparecimento de doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, estresse e outras. Muitos trabalhadores do setor de higienização trabalham mesmo não se sentindo com plena saúde, já que necessitam da remuneração para sua sobrevivência. Porém, essa população tem baixo rendimento devido, em sua grande maioria, ao fato de apresentar um perfil de baixa escolaridade (CHIAVENATO, 2005; ANDRADE; MONTEIRO, 2007; BARROS, 2014).

O trabalho de faxina e limpeza é considerado um dos trabalhos mais desqualificados, o mais mal remunerado e identificado como sendo o emprego de trabalhadores de menor poder aquisitivo (CARLOTO, 2003).

Para Barros (2014), o trabalho de limpeza é uma atividade realizada por mulheres, mal remunerado, considerado braçal, sem reconhecimento pela sociedade e pouco almejado socialmente, utilizando mais a aptidão física que a intelectual.

Esses profissionais, além de receberem baixos salários e de não poderem ter uma vida confortável, também vêm sendo expostos a riscos químicos, biológicos, físicos, ergonômicos e acidentais (BARROS, 2014).

Nessas condições, de fundamental importância são as ações desenvolvidas pela empresa no sentido de promover a Higiene do Trabalho que tem como objetivo a proteção da integridade física e mental do trabalhador. Para isso, ela focaliza na preservação dos riscos do próprio trabalho e do ambiente físico onde as atividades profissionais são desenvolvidas (BAPTISTA, 1974).

A higiene do trabalho tem como principais objetivos:

- eliminação das causas que levam às doenças profissionais;
- diminuição dos efeitos prejudiciais causados pelo trabalho nos indivíduos doentes ou portadores de problemas físicos;
- prevenção de agravamento de problemas de saúde; e
- manutenção da saúde dos empregados e aumento da produtividade desse trabalhador, ao realizar o controle do ambiente de trabalho (BAPTISTA, 1974).

Muitas empresas, tanto privadas como públicas, optam por terceirizar o serviço de zeladoria porque consideram que esse serviço pode ser desenvolvido por um prestador especializado, mantendo, assim, um serviço de limpeza competitivo no mercado (FITZSIMMONS, 2014).

Pesquisa realizada em *shopping centers* no Brasil e no Canadá, onde o serviço de limpeza é terceirizado, evidenciou que o nível de vida desses trabalhadores é muito diferente. No Canadá, os faxineiros conseguem comprar bons apartamentos para morar, enquanto no Brasil muitos moram em favelas (PADILHA, 2014).

No trabalho de higienização, as pessoas precisam se sentir motivadas para o trabalho, pois é nas organizações que elas vivem, aprendem e passam a maior parte do seu tempo, e é no trabalho que ganham seu sustento (CHIAVENATO, 2005).

As organizações são constituídas de grandes recursos como equipamentos, máquinas e outros insumos que, apesar de terem sua contribuição para o desenvolvimento das organizações, não são tão importantes quanto os recursos humanos, representados de forma muito categórica no trabalho de limpeza e nem sempre valorizados (CHIAVENATO, 2005). Essa perspectiva reforça a colocação de Barros (2014) quando atribui que a mão-de-obra dos trabalhadores de higienização é considerada não qualificada, representando uma atividade mais braçal ou muscular, não exigindo escolaridade e, até mesmo, experiência prévia na função.

Ainda para Chiavenato (2005), as pessoas precisam se sentir motivadas para o trabalho e, no caso dos higienizadores, muitos enfrentam diversos problemas em sua vida pessoal e profissional. Essa categoria precisa estar motivada para desenvolver um bom trabalho e ser reconhecida como tantos outros trabalhadores. Na maioria das vezes, esse trabalhador só é lembrado nas cobranças de tarefas, mas, quando desenvolve o seu trabalho com dedicação, nem sempre é reconhecido.

Segundo o estudo de Padilha (2014), os trabalhadores de limpeza entendem o ato de limpar o ambiente que os outros sujam como uma atividade inferior ou desprezada e consideram a limpeza de banheiros como o pior trabalho, pois, além de demandar esforço físico, demanda esforço emocional coligado com humilhação e baixa autoestima.

Em geral, o trabalho de higienização é desenvolvido, em sua quase totalidade, por trabalhadoras. Pode-se comparar essa atividade aos serviços domésticos que são muito corriqueiros entre as mulheres no Brasil (CARLOTO, 2003).

As trabalhadoras do setor de higienização, na sua grande maioria, têm uma dupla jornada de trabalho. Na relação de casamento, entende-se que compete à mulher o serviço doméstico. Nesse contexto, as trabalhadoras ficam mais vulneráveis a lesões, uma vez que acabam tendo uma exigência biomecânica extra (COUTO, 2002; DARTORA; SANTOS, 2014).

Ainda no aspecto ligado ao gênero, os estudos demonstram que trabalhadoras que desenvolvem esse tipo de atividade são normalmente negras, solteiras e de menor nível socioeconômico e escolaridade do que trabalhadoras que desenvolvem outras atividades (SANTANA *et al.*, 2003). Outro agravante é que, mesmo quando adoecem no trabalho, continuam trabalhando até o seu limite por

receio de perderem o emprego. Elas sabem que necessitam dele para prover condições de sobrevivência (CARLOTO, 2003).

Quanto à faixa etária, a grande maioria dos trabalhadores de limpeza são mulheres com idade entre 30 e 50 anos e que já possuem vários problemas de saúde, os quais se acumulam com outros problemas como, por exemplo, a menopausa. Nessa faixa etária, boa parcela dessas mulheres precisa enfrentar esse período que pode trazer sentimentos negativos e mudanças hormonais que podem afetar, também, sua atividade profissional (CARLOTO, 2003).

O estudo de Diogo (2007), que foi desenvolvido em uma instituição de ensino, mostrou que as trabalhadoras de limpeza iniciaram nessa profissão porque precisavam desenvolver uma atividade profissional remunerada para colaborar no sustento da sua família. Tal escolha foi decorrente do fato de essas trabalhadoras não possuírem estudo suficiente para escolherem outra profissão e, por isso, começaram na limpeza. A atividade trazia, para algumas dessas mulheres, vergonha e sentimentos depreciativos, porque entendiam que o trabalho que desenvolviam quase não tinha prestígio.

Socialmente, o trabalho de higienização é um ofício que não necessita de qualificação; sendo assim, essas trabalhadoras sentiam o seu trabalho como algo humilhante. Esse trabalho é marcado, ainda, pela invisibilidade, pois, quando se termina a tarefa, ela está pronta para ser desfeita e, novamente, o trabalho deverá ser iniciado (DIOGO, 2007).

Assim, o trabalhador de higienização e limpeza vem sofrendo com a falta de reconhecimento por parte da sociedade em geral, com a má remuneração, com a falta de perspectiva de ascensão social. Esses fatores podem resultar em elevados níveis de absenteísmo e doença a serem investigados (ANDRADE; MONTEIRO, 2007; NUNES, 2014).

ROTATIVIDADE

A rotatividade de pessoal (ou *turnover*) é considerada a saída de trabalhadores da empresa e a entrada de outros trabalhadores para substituir os que saíram. É o fluxo de entradas e saídas de trabalhadores das organizações (CHIAVENATO, 2010).

A rotatividade de trabalhadores é um fator que tem grande influência nos resultados das empresas, pois gera gastos com a demissão e com a nova contratação. A rotatividade pode reduzir a produtividade e afetar a imagem da empresa (FABIAN; SCHERER, 2014).

Muitas organizações podem proporcionar cargos que levam a uma baixa autoestima. Esse fato pode resultar em rotatividade, absenteísmo e aumento de custo para a organização, ocorrendo a redução do lucro e da produtividade (BERGAMINI, 1997).

Assim, muitos fatores podem interferir na decisão de um trabalhador sair de uma determinada organização, desde falta de perspectivas profissionais a problemas pessoais. A percepção que o trabalhador tem sobre a preocupação da empresa em propiciar apoio em períodos de necessidade é o que se pode chamar de percepção de suporte organizacional (SILVA; CAPPELLOZZA; COSTA, 2014).

A saída do trabalhador pode ocorrer por sua própria iniciativa ou por iniciativa da organização. A decisão de saída de uma organização em relação à iniciativa do trabalhador pode ocorrer pelo nível de insatisfação com o trabalho, ou até mesmo por melhores condições de trabalho com a concorrência. Quando a iniciativa do desligamento é da organização, o motivo pode ser para retificar situações de seleção inadequada, para contratar um profissional que se enquadre melhor no cargo ou, ainda, para reduzir a força de trabalho (CHIAVENATO, 2010).

A rotatividade está presente em muitas organizações, pois o trabalhador está sempre em busca de melhoria profissional e financeira. Além disso, pode ocorrer devido as organizações deixarem de investir em seus trabalhadores por acreditarem que esses podem migrar para outras organizações (ADAMI, 2009).

Dessa forma, a rotatividade não é considerada uma causa, mas o efeito de variáveis externas e internas. As externas podem ser as oportunidades de emprego no mercado de trabalho, a situação econômica e, ainda, as questões de oferta e procura dos recursos humanos. As internas são referentes à política salarial e de benefícios que a organização proporciona para seus trabalhadores, à oportunidade de crescimento dentro da própria empresa, à qualidade das condições físicas e psicológicas dentro do ambiente organizacional, ao estilo de liderança e ao relacionamento humanizado (CHIAVENATO, 2010).

É fundamental que as organizações invistam em seus trabalhadores, pois a rotatividade custa caro às organizações: custos de recrutamento, seleção, treinamento e desligamento (CHIAVENATO, 2010).

Os custos com recrutamento envolvem:

- Processamento da requisição de empregado.
- Propaganda.
- Atendimento aos candidatos.
- Formulário e custo do processamento entre outros (CHIAVENATO, 2010).

Os custos de seleção:

- Entrevista de seleção.
- Tempo dos selecionadores.
- Exames médicos e laboratoriais entre outros (CHIAVENATO, 2010).

Os custos de treinamento:

- Programas de integração.
- Orientação.
- Tempo dos instrutores do treinamento.
- Redução da produtividade no período do treinamento (CHIAVENATO, 2010).

Os custos de desligamento:

- Pagamentos de salários e direitos trabalhistas.
- Pagamento de benefícios.
- Entrevista de desligamento entre outros (CHIAVENATO, 2010).

AUXÍLIO-DOENÇA

De acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (2014), o auxílio-doença é um benefício que o empregado segurado tem direito quando se encontra incapaz para sua atividade laborativa, mesmo que essa incapacidade seja temporária, tendo o direito de usufruir do auxílio-doença quando estiver incapacitado para o trabalho ou para sua atividade habitual, por mais de 15 dias consecutivos, e enquanto perdurar a incapacidade.

Até 28 de fevereiro de 2015, a empresa era responsável pelo pagamento ao empregado na sua totalidade até o seu 15º dia de afastamento e, a partir do 16º dia, ficava na responsabilidade do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A partir do dia 1º de março de 2015, as regras sofreram algumas modificações com a Medida Provisória (MP) nº. 664 de 30 de dezembro de 2014.

Em consonância com a nova MP, durante os primeiros 30 dias de afastamento, a empresa será responsável por pagar integralmente o salário do empregado. Caberá à empresa que possui ambulatório médico ou convênio executar o exame médico e o abono de faltas nos primeiros 30 dias e, somente após esse período, encaminhar o empregado para perícia médica.

O empregado afastado por auxílio-doença, sem condições de retornar ao trabalho para a atividade que desenvolvia anteriormente, deve submeter-se a um processo de reabilitação profissional para a possibilidade de desenvolver outra atividade. Porém, o benefício que o segurado estiver recebendo não cessará até que o mesmo seja considerado apto para desenvolver outra atividade profissional e que com essa nova atividade consiga manter a sua subsistência (GONÇALVES, 2008). Mas, para que o empregado tenha direito ao auxílio-doença, ele deverá ter cumprido o tempo de carência exigido por lei (CLT, 2014).

O auxílio-doença não poderá ser usufruído pelo segurado que se filiar ao Regime Geral da Previdência Social já portador da doença ou lesão invocada como causa para o benefício, salvo se a incapacidade acontecer por motivo de progressão ou agravamento da doença ou lesão. No entanto, a verificação de doença pré-existente depende de exame admissional criterioso (CLT, 2014).

Quando o empregado exercer a mesma profissão em diferentes empresas e estiver em auxílio-doença, ele terá que ser afastado imediatamente de todas as atividades (GONÇALVES, 2008).

A empresa não pode demitir o trabalhador enquanto ele estiver afastado do trabalho e quando o mesmo for afastado por acidente de trabalho ou por doença relacionada ao trabalho e já ter sido periciado pelo INSS. Esse trabalhador, ao retornar ao trabalho, terá um ano de estabilidade. Sendo assim, não poderá ser demitido nesse período. Esta estabilidade é permitida para profissionais que estão contratados pelo regime da CLT (BRASIL, 2001).

O auxílio-doença termina quando o empregado se recupera para o trabalho, quando esse benefício se converte para aposentadoria por invalidez ou auxílio-

acidente. Nesse caso, quando o empregado ficar com alguma sequela que implique a diminuição de sua capacidade para o trabalho que exercia (CLT, 2014).

O absenteísmo é um indicador de mau funcionamento do sistema produtivo. Quando se torna crônico, ele pode ser um preditor de auxílio-doença prolongado, aposentadoria precoce ou, até mesmo, morte por agravamento das condições de adoecimento (ROELEN *et al.*, 2010).

No ano de 2005, foram gastos em benefícios com auxílio-doença previdenciário mais de um bilhão de reais no Brasil. No serviço público federal, as aposentadorias precoces e os afastamentos nesse mesmo ano custaram para a União 300 milhões de reais (CUNHA, 2009).

O gasto com auxílio-doença é maior do que os gastos com aposentadoria por idade e, até mesmo, por tempo de contribuição (QUADROS, 2014).

O monitoramento correto dessa ocorrência pode favorecer o esclarecimento dos problemas subjacentes às formas de gestão de saúde de qualquer empresa e dos motivos de perdas financeiras (CHIAVENATO, 2002).

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS – PPRA

PPRA é um programa técnico-preventivo que visa à preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores e que tem como finalidade a antecipação, o reconhecimento, a avaliação e o controle dos riscos ambientais que existem ou que venham a existir no ambiente de trabalho (SALIBA, 2004; GONÇALVES, 2008; BAPTISTA *et al.*, 2011).

As ações do PPRA devem ser desenvolvidas dentro de cada estabelecimento da empresa, tendo como responsável o empregador, com a participação dos trabalhadores. A norma preventiva (NR-9) define que os riscos ambientais são os agentes físicos, químicos, biológicos, mecânicos ou ergonômicos existentes nos ambientes de trabalho e que podem causar danos à saúde ou à integridade física dos trabalhadores (GONÇALVES, 2008; MTE, 2013).

Pelo menos uma vez por ano, o empregador precisa fazer uma análise global do PPRA para avaliação de como ele está se desenvolvendo e, se necessário, fazer alguns ajustes (SALIBA, 2004; GONÇALVES, 2008).

O PPRA pode ser representado pelo quadro descritivo de riscos ocupacionais como segue abaixo:

Quadro 1 - Quadro descritivo de riscos ocupacionais

| Grupo 1 Verde | Grupo 2 Vermelho | Grupo 3 Marrom | Grupo 4 Amarelo | Grupo 5 Azul |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--|
| Riscos Físicos | Riscos Químicos | Riscos Biológicos | Riscos Ergonômicos | Riscos de Acidentes |
| Ruídos | Poeiras | Vírus | Esforço Físico Intenso | Arranjo Físico Inadequado |
| Vibrações | Fumos | Bactérias | Levantamento e transporte manual de peso | Máquinas e equipamentos sem proteção |
| Radiações Ionizantes | Névoas | Protozoários | Exigência de postura inadequada | Ferramentas inadequadas ou defeituosas |
| Radiações Não Ionizantes | Neblinas | Fungos | Controle rígido e produtividade | Iluminação inadequada |
| Frio | Gases | Parasitas | Imposição de ritmos excessivos | Eletricidade |
| Calor | Vapores | Bacilos | Trabalho em turno noturno | Probabilidade de incêndio ou explosão |
| Pressões anormais | Substâncias, compostos ou produtos químicos em geral | - | Jornada de trabalho | Armazenamento inadequado |
| Umidade | - | - | - | Animais peçonhentos. Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes |

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)
Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho

Para o desenvolvimento do PPRA, alguns pontos deverão ser analisados tais como (SALIBA, 2004; GONÇALVES, 2008; MTE, 2013):

- Antecipação e reconhecimento dos riscos presentes no ambiente de trabalho.
- Estabelecimento de prioridades e metas para realizar avaliação e controle.

- Avaliação dos riscos e da exposição a que os trabalhadores estão sujeitos.
- Realizar o monitoramento da exposição aos riscos a que os trabalhadores estão sujeitos.
- Realizar o registro e a divulgação dos dados.

Os trabalhadores precisam passar por treinamentos que objetivam reduzir os riscos que os mesmos possam estar expostos dentro das empresas. A utilização de equipamentos de proteção individual – EPI deve ser um grande aliado ao PPRA, contribuindo, assim, para minimizar os riscos. Esses equipamentos precisam estar adequados ao uso dos trabalhadores. Para que a utilização possa ser correta, os trabalhadores precisam ser treinados de como utilizar o equipamento, que tipo de equipamento deverá ser utilizado para cada tipo de risco, como conservar o equipamento e como realizar a reposição do equipamento quando necessário. É fundamental que o trabalhador tenha consciência da importância da utilização e conservação do EPI (SALIBA, 2004; MTE, 2013).

A empresa deverá manter, por um período de 20 anos, um registro de dados, realizado de maneira que constitua um histórico técnico e administrativo do desenvolvimento do PPRA. Esses registros devem estar sempre à disposição dos trabalhadores, de seus representantes e, ainda, das autoridades competentes (SALIBA, 2004; GONÇALVES, 2008).

Quanto ao PPRA, o empregador deve instituir, implementar e garantir o cumprimento do PPRA como sendo uma atividade permanente da empresa. O empregador ainda precisa informar aos trabalhadores sobre os riscos ambientais que possam existir nos locais de trabalho, os meios disponíveis para prevenir ou diminuir tais riscos e a maneira de como protegerem-se (GONÇALVES, 2008; MTE, 2013).

Em relação aos trabalhadores, eles devem colaborar e participar na implantação e execução do PPRA, seguir as orientações passadas nos treinamentos realizados pelo PPRA e, ainda, têm o dever de comunicar ao seu superior hierárquico direto quaisquer ocorrências que entendam como riscos à saúde dos trabalhadores (GONÇALVES, 2008; MTE, 2013).

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT da própria empresa deverá ser responsável pela realização do PPRA (GONÇALVES, 2008; MTE, 2013).

Quando da constatação da natureza e gravidade dos riscos ambientais associados a uma determinada atividade, a empresa deverá articular a sua política de saúde com medidas preventivas ou atenuadoras desses riscos (GONÇALVES, 2008). Nesse sentido, o PPRA deve estar articulado com o PCMSO abordado a seguir.

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL – PCMSO

O PCMSO é o programa de controle médico de saúde ocupacional. Esse programa deve ser realizado pela empresa como iniciativa no campo da proteção à saúde de seus trabalhadores, tendo caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde do trabalhador relacionados à atividade laborativa (GONÇALVES, 2008).

O PCMSO deve incluir obrigatoriamente exames médicos como:

- admissional;
- periódico;
- de retorno ao trabalho;
- de mudança de função;
- demissional.

Esses exames compreendem:

- avaliação do estado clínico, incluindo anamnese ocupacional e exame físico e mental;
- exames complementares.

O exame médico-admissional tem que ser realizado antes que o trabalhador inicie suas atividades. Já o exame médico-periódico deve ser realizado com intervalos mínimos de tempo. Para trabalhadores expostos a riscos ou a condições de trabalho que interfira no desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional, ou para trabalhadores que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser realizados a cada ano ou a intervalos menores, conforme decisão do médico-encarregado, ou quando notificado pelo médico agente da inspeção do trabalho, ou ainda quando é decidido em negociação coletiva de trabalho. (GONÇALVES, 2008; MTE, 2013).

Para outros trabalhadores, o exame deve ser realizado anualmente para menores de 18 anos e maiores de 45 anos de idade e a cada dois anos para os trabalhadores com idade entre 18 anos e 45 anos (GONÇALVES, 2008).

Quanto ao exame de retorno ao trabalho, tem que ser feito no primeiro dia em que o empregado retornar ao trabalho, quando esse trabalhador esteve fora por período igual ou superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente, mesmo que a doença ou o acidente não seja de natureza ocupacional, quando o trabalhador retorna ao trabalho após parto, e quando o trabalhador muda de função. Nesse caso, o exame deve ser realizado anteriormente à data da mudança (GONÇALVES, 2008).

De acordo com a NR-07 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (2013), a mudança de função é considerada toda e qualquer mudança de atividade, posto de trabalho ou de setor em que o trabalhador ficará exposto a risco diferente a que era exposto antes da mudança. No caso do trabalhador realizar mudança de setor e permanecer com os mesmos riscos a que já estava exposto, não será necessário realizar o exame.

O exame médico-demissional deve ser realizado até a data da homologação da demissão, caso o exame médico-ocupacional tenha sido realizado há mais de cento e trinta e cinco dias para as empresas de grau de risco 1 e 2 e noventa dias para as empresas de grau de risco 3 e 4. Porém, as empresas de grau 1 e 2 poderão estender o prazo para realização do exame por mais cento e trinta e cinco dias, quando por negociação coletiva, assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho. Quanto às empresas de grau de risco 3 e 4, poderão estender esse prazo por 90 dias (GONÇALVES, 2008). O grau de risco é utilizado para mensurar o risco que cada atividade tem; esse risco é identificado de acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do quadro I da NR4.

Para cada exame médico realizado, o médico precisa emitir o Atestado de Saúde Ocupacional, conhecida como ASO, em duas vias (SALIBA, 2004).

A primeira via do ASO deverá ficar arquivada no local de trabalho do trabalhador e a segunda via tem de ser entregue ao trabalhador mediante assinatura de recibo na primeira via (GONÇALVES, 2008).

De acordo com Gonçalves (2008), as principais metas do PCMSO são:

- Estabelecer diretrizes para rotinas de exames clínicos ocupacionais e de exames complementares de acordo com as avaliações dos locais de trabalho.
- Identificar os eventuais agravos à saúde dos trabalhadores decorrentes dos fatores de riscos ambientais.
- Estabelecer parâmetros para controle de exposição aos eventuais riscos, levando em consideração os riscos químicos, físicos, biológicos e ergonômicos.
- Estabelecer a periodicidade dos exames clínicos ocupacionais e dos exames complementares conforme o posto de trabalho.
- Proporcionar subsídios e orientações à CIPA nas atividades educativas e preventivas, com intuito de prevenção da integridade e saúde do trabalhador.

Segundo Gonçalves (2008), o PCMSO tem cinco prioridades tais como:

- Instituir parâmetros mínimos de características físicas desejáveis para o trabalhador de acordo com cada função.
- Estabelecer o cronograma para a realização dos exames médicos periódicos.
- Instituir atividades educativas e de controle de saúde em caráter periódico em campanhas sobre segurança e saúde no trabalho, higiene pessoal e coletiva, alimentação, obesidade, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, prevenção de câncer (ginecológico e proctológico), moléstias infecto-contagiosas, preservação da acuidade visual e auditiva, entre outras que se fizerem necessárias.
- Instituir campanhas de imunização com o objetivo de prevenção das moléstias infecto-contagiosas.
- Gerar o registro de absenteísmo, tabagismo, alcoolismo, obesidade, afastamentos, doenças profissionais e acidentes do trabalho.

O PCMSO precisa ser planejado e implantado de acordo com os riscos à saúde dos trabalhadores. Para que isso seja possível, é preciso fazer um reconhecimento prévio dos riscos ocupacionais existentes, por meio de visitas aos locais de trabalho. Assim, serão estabelecidos exames clínicos e complementares específicos para a prevenção ou detecção precoce dos agravos à saúde dos trabalhadores (GONÇALVES, 2008; MTE, 2013).

O PCMSO precisa, ainda, estar articulado com todas as normas regulamentadoras. Porém, a articulação básica deve ser com o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, previsto na norma regulamentadora (NR-09). Quando não forem identificados riscos específicos, o controle médico poderá

apenas realizar uma avaliação clínica global nos exames exigidos como: admissional, periódico, retorno ao trabalho, mudança de função e demissional (GONÇALVES, 2008).

Não são obrigadas a implantar o PCMSO as empresas de grau de risco 1 e 2 (segundo o Quadro I da NR-04: SESMT), que têm até vinte e cinco empregados, e aquelas de grau de risco 3 e 4, que possuam até dez empregados, podendo esse número ser dobrado se em acordo coletivo (GONÇALVES, 2008).

A mudança significativa da Medicina do Trabalho veio com a Portaria 24 de 29/12/1994, que criou esse programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional e atrelou esse programa ao PPRA, e a definição de um médico do trabalho responsável, com várias obrigações inerentes a essa responsabilidade (COUTO, 2006).

A articulação entre o PCMSO e o PPRA é de grande importância, pois os riscos apontados no PPRA para determinada atividade deverão ser monitorados de forma indireta pelo PCMSO por meio de exames periódicos que identifiquem os efeitos dos riscos ocupacionais na saúde do trabalhador (GONÇALVES, 2008).

4 METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de cunho quantitativo que foi desenvolvido com base nos dados recolhidos de 2010 a 2014, referentes aos atestados, e os demais dados recolhidos de acordo com o ingresso do trabalhador na empresa.

A pesquisa descritiva tem como finalidade observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos e fenômenos. Procura-se frequência, característica, relação e associação entre variáveis (DYNIEWISCZ, 2009).

Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva envolve a observação de características de determinada população ou fenômeno ou, ainda, o estabelecimento de relações entre as variáveis como idade, sexo, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, entre outras.

O estudo retrospectivo envolve a mensuração de fatos após terem ocorrido, por meio de relatos ou registros. Nesse tipo de estudo, os indivíduos são seguidos para o passado (DYNIEWISCZ, 2009).

A pesquisa quantitativa tem como objetivo o raciocínio lógico, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Ressalta a objetividade na coleta e análise de informações (POLIT; HUNGLER, 1995). Na pesquisa quantitativa, os dados são representados por métricas quantitativas. Para isso, usa-se uma linguagem matemática como sua maneira de expressão e tratamento. Esse método é considerado acertado quando o foco do estudo é conhecer a extensão do objeto do estudo (GONÇALVES *et al.*, 2004).

LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em uma universidade privada na cidade de Curitiba, estado do Paraná.

AMOSTRA

A amostra foi constituída de 203 prontuários médicos de funcionários do serviço de higienização e limpeza. Sete prontuários, por não estarem na instituição no período da coleta, foram excluídos, resultando em 196 prontuários. Além desses prontuários, foram levantados os dados de 19.538 atestados médicos da estatística de absenteísmo-doença referentes a 3.581 trabalhadores da instituição. Desse total de trabalhadores, foram selecionados somente os registros de atestados do setor de higienização e limpeza. Cento e trinta e sete registros faziam parte dos 196 prontuários médicos dos trabalhadores de higienização e limpeza e 350 registros de outros trabalhadores da mesma categoria que passaram pela empresa no período de 2010 a 2014, totalizando 487 trabalhadores que apresentaram 2.881 atestados médicos. Foram excluídos dados referentes a um trabalhador, por incompatibilidade de informações nas datas de admissão e demissão, resultando, no final, uma amostra de 486 registros de trabalhadores referentes a 2.880 atestados.

4.4 FONTES DE DADOS

- Prontuários do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).
- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).
- Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO).
- Estatísticas de absenteísmo e auxílio-doença.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Prontuários dos trabalhadores de higienização que estivessem alocados no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da universidade estudada.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Prontuários que estivessem em outro campus da universidade.
- Prontuários ilegíveis.
- Prontuários sem informações que atendessem aos objetivos específicos do estudo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná por meio do seu cadastro na Plataforma Brasil, segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (CNS/MS), sendo aprovado pelo CEP conforme o Parecer Consubstanciado n° 894.771 (Anexo 1). Com a aprovação do CEP/PUCPR, a pesquisadora entrou em contato com o responsável pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional a fim de esclarecer o estudo e solicitar autorização para a realização do mesmo no SESMT. Uma vez obtida a autorização, iniciou-se a coleta de dados por meio de fonte secundária junto aos registros do departamento médico da instituição pesquisada, respeitando o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (Apêndice 1).

4.8 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DE DADOS

Após a coleta dos dados do prontuário médico, foram analisados o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e as estatísticas de absenteísmo-doença e auxílio-doença da instituição.

O perfil sociodemográfico dos sujeitos foi delineado por meio dos registros da ficha admissional elaborada pelo SESMT (Anexo 2) que foi utilizada a fim de caracterizar a amostra em relação às seguintes variáveis: categoria profissional, sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, estilo de vida e se o indivíduo possuía filhos. As variáveis: peso corporal, altura, riscos ocupacionais e afastamento por auxílio-doença foram analisadas a partir dos dados dos prontuários, do PCMSO, do PPRA e das estatísticas de auxílio-doença.

Quanto aos dados da estatística de absenteísmo-doença, foram analisadas as variáveis: atestados médicos, data admissional e demissional, início e fim do atestado, número de dias de afastamento por trabalhador/ano e códigos da CID-10.

Os dados sobre absenteísmo-doença foram obtidos dos registros de atestados médicos do período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014 e organizados em uma planilha do Software Microsoft Excel 2010. Nessa etapa, foram identificados os seis capítulos da CID-10 com maior frequência e, em seguida, foram identificados os cinco códigos mais frequentes de cada capítulo.

4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística, os dados foram organizados no Software Microsoft Excel 2010 e todas as variáveis foram tratadas no Software IBM® SPSS® for Windows™ Professional Statistics™ 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) Os resultados foram expressos por estatísticas descritivas, frequências e percentuais ou por médias e desvios padrões.

5. RESULTADOS

Perfil do universo da pesquisa

O grupo do estudo foi composto de 196 prontuários médicos e de 2.880 atestados médicos referentes a 486 trabalhadores de higienização e limpeza dos anos de 2010 a 2014. A Tabela 1 mostra a distribuição das características sociodemográficas dos trabalhadores estudados. Nela, observa-se o predomínio da categoria de auxiliares de limpeza. As outras funções do setor de higienização e limpeza (supervisor, auxiliar administrativo e coletor de resíduos) totalizaram 3,6%.

Para a variável sexo, a maioria dos indivíduos era do sexo feminino (92,9%). Em relação à idade, a maioria dos trabalhadores tinha entre 31-45 anos (46%) e acima de 46 anos (35,7%). Na análise quanto ao estado civil, 37,2% eram casados e 70,4% tinham filhos. Para a variável nível de escolaridade, destacou-se a baixa escolaridade, sendo 1% analfabetos, 43,4% possuíam o ensino fundamental incompleto e apenas 10,2% haviam concluído o ensino médio (Tabela 1).

Em relação ao estilo de vida, apenas 16,8% dos trabalhadores eram fumantes e 9,7% faziam uso de bebidas alcoólicas. Destacaram-se os achados quanto à atividade física, pois 65,8% não praticam qualquer atividade física (Tabela 2).

A tabela 3 exhibe as características dos trabalhadores de higienização e limpeza em relação ao peso corporal e altura. Com base nos dados desses trabalhadores, estabeleceu-se um IMC médio de 28 kg/ m².

Tabela 1 – Características sociodemográficas da população do estudo.

| Variáveis | n | (%) |
|-------------------------------|----------|------------|
| Categoria profissional | | |
| Auxiliar de limpeza | 187 | 95,4 |
| Supervisor | 2 | 1,0 |
| Coletor de resíduo | 2 | 1,0 |
| Auxiliar administrativo | 3 | 1,6 |
| Não informado | 2 | 1,0 |
| Sexo | | |
| Feminino | 182 | 92,9 |
| Masculino | 12 | 6,1 |
| Não informado | 2 | 1,0 |
| Faixa etária (anos) | | |
| 18-30 | 22 | 11,2 |
| 31-45 | 90 | 46,0 |
| Acima de 45 | 70 | 35,7 |
| Não informado | 14 | 7,1 |
| Estado civil | | |
| Solteiro/a | 51 | 26,0 |
| Casado/a | 73 | 37,2 |
| Viúvo/a | 6 | 3,0 |
| Divorciado/a | 16 | 8,1 |
| União estável | 11 | 5,7 |
| Não informado | 39 | 20,0 |
| Nível de escolaridade | | |
| Analfabeto | 2 | 1,0 |
| Ensino fundamental incompleto | 85 | 43,4 |
| Ensino fundamental completo | 14 | 7,1 |
| Ensino médio incompleto | 19 | 9,7 |
| Ensino médio completo | 20 | 10,2 |
| Não informado | 56 | 28,6 |
| Família com filhos | | |
| Sim | 138 | 70,4 |
| Não | 15 | 7,6 |
| Não informado | 43 | 22,0 |

Fonte: a autora, 2015.

Nota: resultados descritos por frequência (percentual).

Tabela 2 – Características de estilo de vida.

| Variáveis | n | % |
|-------------------------|----------|----------|
| Fumante | | |
| Sim | 33 | 16,8 |
| Não | 146 | 74,5 |
| Não informado | 17 | 8,7 |
| Alcoolismo | | |
| Sim | 19 | 9,7 |
| Não | 153 | 78,1 |
| Não informado | 24 | 12,2 |
| Atividade física | | |
| Sim | 40 | 20,4 |
| Não | 129 | 65,8 |
| Não informado | 27 | 13,8 |

Fonte: a autora, 2015.

Nota: resultados descritos por frequência (percentual).

Tabela 3 – Características em relação ao peso corporal e altura.

| Variáveis | n | % | MD (±DP) |
|---------------------------|----------|----------|-----------------|
| Peso corporal (Kg) | | | |
| Informaram o peso | 132 | 67,3 | 69,9 (± 12,60) |
| Não informaram o peso | 64 | 32,7 | - |
| Altura (m) | | | |
| Informaram a altura | 125 | 63,8 | 1,58 (± 0,07) |
| Não informaram a altura | 71 | 36,2 | - |

Fonte: a autora, 2015.

Nota: resultados descritos por frequência (percentual), média ± desvio padrão.

Panorama dos atestados médicos – Absenteísmo-doença

Dos atestados dos 486 trabalhadores referentes à estatística de absenteísmo-doença, o capítulo da CID-10 que apresentou maior frequência foi o capítulo XXI com 1656 (57,5%) registros de atestados. Em segundo lugar foi o capítulo XIII com 307 (10,7%) registros de atestados. Os capítulos V, X, XVIII e XIX totalizaram 510 (17,6%) atestados e outros capítulos não abordados nesse estudo totalizaram uma percentagem de 14,2% (**Tabela 4**).

Desses achados do capítulo “Z” da CID-10, 95% foram relacionados à categoria Z00 (Exame geral e investigação de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado). Já do capítulo “M”, a categoria com maior prevalência foi a M54

(Dorsalgia) com 39,5% dos atestados. No capítulo “R”, a categoria com maior prevalência foi a R51 (Cefaleia) com 24,6% dos atestados. Já no capítulo “J”, a categoria com maior número de atestados (22,4%) foi a J11 (Influenza [gripe] devida a vírus não identificado). A categoria que se destacou no capítulo “F” foi a F32 (Episódios depressivos) com 44,8% dos atestados. No capítulo “S”, a categoria com maior prevalência foi a S 80 (Traumatismo superficial da perna) com 20,3% (**Tabela 5**).

O ano de maior frequência dos atestados foi 2014, totalizando 745 atestados, tendo mais de 44% em relação ao ano de 2010, quando o total de atestados foi de 515 (**Tabela 6**).

A média geral de atestados no ano de 2014 foi de 6,9 ($\pm 7,9$), enquanto que no ano de 2010 foi de 5,3 ($\pm 5,5$) a menor entre os anos pesquisados, embora a média de dias de atestado por trabalhador/ano, em 2014, tenha sido menor 1,3 ($\pm 1,2$) do que em 2010, que foi de 2,1 ($\pm 2,6$) (**Tabela 7**).

Com relação à causa do absenteísmo-doença ou diagnóstico referido no atestado médico, obteve-se a classificação conforme capítulos da CID-10, apresentada na (**Tabela 5**).

Tabela 4 – Afastamento de acordo com a CID-10.

| Capítulo- CID | Descrição | Frequência (%) |
|------------------|---|----------------|
| XXI - Z | Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde. | 1656 (57,5) |
| XIII - M | Doença do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. | 307 (10,7) |
| XVIII - R | Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte. | 175 (6,1) |
| X - J | Doenças do Aparelho Respiratório. | 165 (5,7) |
| V - F | Transtornos Mentais e Comportamentais. | 96 (3,3) |
| XIX - S | Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas. | 74 (2,5) |

Fonte: a autora, 2015.

Nota: resultados descritos por frequência (percentual).

Tabela 5 - Capítulos e categorias da CID-10 com maior frequência de atestados.

| Capítulo CID | Categoria | Descrição | Nº de atestados (%) |
|---------------|-----------|--|---------------------|
| Z | Z00 | Exame geral e investigação de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado | 1573 (95) |
| | Z01 | Outros exames e investigações de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado | 21 (1,3) |
| | Z34 | Supervisão de gravidez normal | 18 (1,1) |
| | Z74 | Problemas relacionados com a dependência de uma pessoa que oferece cuidados de saúde | 8 (0,5) |
| | Z76 | Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias | 8 (0,5) |
| | OUTRAS | - | 28 (1,6) |
| M | M54 | Dorsalgia | 89 (39,5) |
| | M79 | Outros transtornos de tecidos moles, não classificados em outra parte | 29 (12,7) |
| | M25 | Outros transtornos articulares não classificados em outra parte | 26 (11,4) |
| | M75 | Lesões do ombro | 19 (8,3) |
| | M23 | Transtornos internos dos joelhos | 11 (4,8) |
| | OUTRAS | - | 54 (23,3) |
| R | R51 | Cefaleia | 43 (24,6) |
| | R10 | Dor abdominal e pélvica | 41(23,4) |
| | R52 | Dor não classificada em outra parte | 17(9,7) |
| | R69 | Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade | 13(7,4) |
| | R42 | Tontura e instabilidade | 13(7,4) |
| | OUTRAS | - | 48(27,5) |
| J | J11 | Influenza [gripe] devida a vírus não identificado | 37(22,4) |
| | J06 | Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas | 25(15,2) |
| | J03 | Amigdalite aguda | 25(15,2) |
| | J00 | Nasofaringite aguda (resfriado comum) | 24(14,5) |
| | J01 | Sinusite aguda | 20(12,1) |
| | OUTRAS | - | 34(20,6) |
| F | F32 | Episódios depressivos | 43(44,8) |
| | F41 | Outros transtornos ansiosos | 16(16,7) |
| | F31 | Transtorno afetivo bipolar | 11(11,5) |
| | F33 | Transtorno depressivo recorrente | 6 (6,3) |
| | OUTRAS | - | 20(20,7) |
| S | S80 | Traumatismo superficial da perna | 15(20,3) |
| | S90 | Traumatismo superficial do tornozelo e do pé | 8(10,8) |
| | S93 | Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos no nível do tornozelo e do pé | 8(10,8) |
| | S61 | Ferimento do punho e da mão | 7(9,5) |
| | S60 | Traumatismo superficial do punho e da mão | 5(6,8) |
| | OUTRAS | - | 31(41,8) |
| OUTROS | | - | (14,2) |

Fonte: a autora, 2015.

Nota: resultados descritos por frequência (percentual).

Tabela 6 – Afastamento de acordo com a CID-10 por ano.

| Capítulo - CID | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Total |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Z | 279(54,2) | 288(53,8) | 311(60,4) | 349(63,0) | 419(56,2) | 1656(57,5) |
| M | 63(12,2) | 64(12,0) | 52(10,1) | 54(9,5) | 74(9,9) | 307(10,7) |
| R | 20(3,9) | 38(7,1) | 24(4,7) | 36(6,3) | 57(7,7) | 175 (6,1) |
| J | 35(6,8) | 26(4,9) | 17(3,3) | 32(5,6) | 55(7,4) | 165(5,7) |
| F | 23(4,5) | 22(4,1) | 30(5,8) | 10(1,8) | 11(1,5) | 96(3,3) |
| S | 11(2,1) | 9(1,7) | 16(3,1) | 9(1,6) | 29(3,9) | 74(2,6) |
| Total | 515 | 535 | 515 | 570 | 745 | 2880 |

Fonte: a autora, 2015.

Nota: resultados descritos por frequência (percentual).

Tabela 7 - Número total de atestados por ano e número de dias de afastamento por trabalhador/ano.

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Número total de atestados por ano | | | | | |
| MD (±DP) | 5,3(±5,5) | 5,7(±9,5) | 6,8(±7,0) | 6,5(±6,8) | 6,9(±7,9) |
| Mediana | 3,5 | 3,3 | 4,8 | 4,6 | 4,3 |
| Mínimo | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Máximo | 36,2 | 78,2 | 36,0 | 47,1 | 57,4 |
| Número de dias de afastamento por trabalhador/ano | | | | | |
| MD (±DP) | 2,1(±2,6) | 1,9(±2,4) | 2,2(±2,7) | 1,9(±2,1) | 1,3(±1,2) |
| Mínimo | 1 | 1 | 1 | 0* | 0* |
| Máximo | 15 | 15 | 15 | 15 | 10 |

Fonte: a autora, 2015.

Nota: resultados descritos por média ± desvio padrão.

*Representa a ausência do trabalhador em um período do dia.

Ocorrência de Auxílio-doença

Com relação ao auxílio-doença de acordo com a função, a maior prevalência foi na função de supervisor (50%) seguida dos auxiliares de limpeza (11,8%). Nas demais funções, os trabalhadores não se afastaram do trabalho por auxílio-doença.

Tabela 8 – Frequência de auxílio-doença de acordo com a função.

| Variáveis | n | % |
|---------------------------------|----------|----------|
| Auxiliar de limpeza | | |
| Sim | 22 | 11,8 |
| Não | 164 | 87,7 |
| Não informado | 1 | 0,5 |
| Coletor de resíduo | | |
| Sim | 0 | 0,0 |
| Não | 2 | 100,0 |
| Não informado | 0 | 0,0 |
| Auxiliar administrativo | | |
| Sim | 0 | 0,0 |
| Não | 3 | 100,0 |
| Não informado | 0 | 0,0 |
| Supervisor | | |
| Sim | 1 | 50,0 |
| Não | 1 | 50,0 |
| Não informado | 0 | 0,0 |
| Sem informação da função | | |
| Sim | 0 | 0,0 |
| Não | 2 | 100,0 |

Fonte: a autora, 2015.

Nota: resultados descritos por frequência (percentual).

Tabela 9- Tempo médio de permanência dos trabalhadores na instituição.

| | Período de permanência | Permanência até 31/12/2014 | Demissão antes de 31/12/2014 |
|-----------------|-------------------------------|---------------------------------------|---|
| MP (±DP) | 1,9 anos (±2,4) | 3,0 anos (±2,8) | 1,3 anos (±2,0) |
| Mínimo | 19 dias | 90 dias | 19 dias |
| Máximo | 14,7 anos | 11,1 anos | 14,7 anos |

Fonte: a autora, 2015.

Nota: resultados descritos por média ± desvio padrão.

No setor de higienização e limpeza foram encontradas as funções de auxiliar de limpeza, supervisor, auxiliar administrativo e coletor de resíduos, conforme demonstrado abaixo nos quadros 2, 3, 4 e 5. Esses trabalhadores, em relação a cada função com base no PPRA, estão sujeitos a riscos físico, químico, biológico,

ergonômico e de acidentes. Os quadros abaixo referem-se aos riscos, aos agentes e ao tipo de exposição.

Quadro 2 – Riscos de acordo com o PPRA da instituição para a função de auxiliar de limpeza.

| Riscos | Agente | Tipo de exposição |
|---------------|----------------------------|--|
| Físico | Umidade | Lavagem de pisos |
| Químico | Saneantes de desinfetantes | Limpeza e desinfecção dos diversos setores |
| Biológico | N/A | N/E |
| Ergonômico | Postura inadequada | Levantamento/transporte de pesos |
| Acidentes | N/A | N/E |

Fonte: a autora, 2015.

Legenda: N/A – Não aplicável; N/E – Não se enquadra.

O quadro 2, acima, demonstra que o trabalhador na função de auxiliar de limpeza está exposto ao risco físico no momento em que desenvolve as suas atividades como a lavagem de pisos, em um tempo de exposição contínuo.

O risco químico também está presente nessa função, durante as atividades realizadas na limpeza e desinfecção dos setores, em um tempo de exposição intermitente.

De acordo com o PPRA da instituição, o risco biológico e o de acidentes não estão presentes para esses trabalhadores. Já o risco ergonômico aparece com a postura inadequada, em um tempo de exposição intermitente.

Para a função de supervisor de higienização e limpeza, o PPRA apontou o risco químico como um risco presente nessa função, pois são os supervisores que realizam a diluição dos produtos químicos para a limpeza. Outro risco que também apareceu foi o ergonômico com a postura inadequada na execução das atividades diárias. Os demais riscos não foram apontados pelo PPRA.

Quadro 3 – Riscos de acordo com o PPRA da instituição para a função de supervisor.

| Riscos | Agente | Tipo de exposição |
|---------------|---------------------|-------------------------------------|
| Físico | N/A | N/E |
| Químico | Produtos de limpeza | Ao realizar a diluição dos produtos |
| Biológico | N/A | N/E |
| Ergonômico | Postura inadequada | Na execução das atividades diárias |
| Acidentes | N/A | N/E |

Fonte: a autora, 2015.

Legenda: N/A – Não aplicável; N/E – Não se enquadra.

No quadro 4, de acordo com o PPRA, o auxiliar administrativo só se enquadra no risco ergonômico com a postura inadequada na execução das atividades diárias, porém em um tempo de exposição intermitente. Os demais riscos não foram apontados no PPRA para essa função.

Quadro 4 – Riscos de acordo com o PPRA da instituição para a função de auxiliar administrativo.

| Riscos | Agente | Tipo de exposição |
|---------------|--------------------|------------------------------------|
| Físico | N/A | N/E |
| Químico | N/A | N/E |
| Biológico | N/A | N/E |
| Ergonômico | Postura inadequada | Na execução das atividades diárias |
| Acidentes | N/A | N/E |

Fonte: a autora, 2015.

Legenda: N/A – Não aplicável; N/E – Não se enquadra.

Para a função de coletor de resíduos, o PPRA apontou o risco químico no uso dos produtos de limpeza em geral, pois esses trabalhadores realizam a desinfecção dos recipientes de resíduos. Quanto ao risco físico e biológico, o PPRA não apontou esses riscos para essa função. Em relação ao risco ergonômico, como nas demais funções, apareceu a postura inadequada. Isso ocorre nesse trabalhador devido ao levantamento/transporte de peso. Já em relação ao risco de acidentes, esse também estava presente no PPRA. Os acidentes podem ocorrer com a manipulação do material e, também, com a queda do mesmo nível no momento da execução da atividade.

Quadro 5 – Riscos de acordo com o PPRA da instituição para a função de coletor de resíduo.

| Riscos | Agente | Tipo de exposição |
|---------------|--|---|
| Físico | N/A | N/E |
| Químico | Produtos de limpeza em geral | Limpeza e desinfecção dos recipientes de resíduos |
| Biológico | N/A | N/E |
| Ergonômico | Postura inadequada | Levantamento/transporte de peso |
| Acidentes | Acidente com material/Queda do mesmo nível | Acidente na execução da atividade |

Fonte: a autora, 2015.

Legenda: N/A – Não aplicável; N/E – Não se enquadra.

6. DISCUSSÃO

O conhecimento sobre o perfil dos trabalhadores das organizações é fundamental para a implantação de ações positivas no ambiente de trabalho (SILVA *et al.*, 2002). Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo principal traçar o perfil dos trabalhadores de higienização em uma instituição de ensino superior. Primeiramente, serão discutidos alguns aspectos sobre as características sociodemográficas dessa população. Em seguida, serão discutidos os achados em relação ao absenteísmo-doença e os riscos conforme o PPRA.

Perfil da população

Em relação ao sexo, já era previsto uma maior prevalência feminina devido à cultura atribuída ao trabalho de higienização e limpeza em nosso país (CHILLIDA; COCCO, 2004; MARTARELLO; BENATTI, 2009; SOUZA, 2011). Além desse aspecto, a relação do sexo feminino com o absenteísmo-doença tem influência pelos fatores biopsicossociais, pois a maioria das trabalhadoras possui uma dupla jornada de trabalho. Acredita-se que compete à mulher os afazeres domésticos, aumentando o desgaste físico e mental (MARTARELLO; BENATTI, 2009; SOUZA, 2011; SANTOS, 2014; LEÃO *et al.*, 2015).

Essa dualidade de papéis da mulher pode contribuir para que as trabalhadoras de higienização e limpeza cheguem ao trabalho em um nível de fadiga que pode estar relacionado ao adoecimento e, conseqüentemente, levando ao absenteísmo. Apesar dos dados não fornecerem uma possibilidade de estabelecer uma relação entre essas duas ocorrências, porém, há evidências (VAZ; FRAÇÃO; PRESSI; SCHEEREN, 2004) de que os tecidos musculoesqueléticos podem sofrer um processo de fadiga pela sobrecarga de trabalho e pelos movimentos repetitivos. Os efeitos fisiológicos da fadiga levam o trabalhador a mudar sua forma de realizar as tarefas adotando posturas e gestos inadequados que podem causar dores e desconfortos, acarretando o adoecimento (VANTUIR, 2010).

Quanto à faixa etária, a grande maioria dos trabalhadores de limpeza apresentou idade entre 31 e 45 anos, vindo, em segundo lugar, a faixa etária acima de 46 anos. Esses achados corroboram os resultados dos estudos de Carloto (2003)

e Souza (2011) que encontraram trabalhadores de limpeza com idade entre 30 - 50 anos e 30 - 62 anos respectivamente. Segundo Carloto (2003), essa faixa etária pode contribuir para o aparecimento de problemas de saúde, pois a fase da vida coincide com o início do envelhecimento fisiológico, e, particularmente nas mulheres, maioria neste estudo, coincide também com o decréscimo das taxas de estrogênio cuja importância é fundamental para a síntese do colágeno presente nos tecidos de fâscias e tendões mioarticulares.

Outros estudos indicam que a capacidade para o trabalho pode diminuir com a idade e, também, com a carga de trabalho. Esse fato pode ser observado nos trabalhadores de higiene e limpeza que necessitam de grande esforço físico para realizar suas atividades laborativas (IIMARINEN *et al.*, 1997; ANDRADE; MONTEIRO, 2007). Nesse contexto, o absenteísmo-doença pode ter início e tornar-se crônico com sucessivos afastamentos e agravamento do quadro por desconhecimento das causas laborais que o originaram.

Neste estudo, constatou-se que a maioria dessas trabalhadoras eram casadas e tinham filhos; porém o número de filhos não constava na informação das fichas admissionais.

Um estudo na área da enfermagem sobre absenteísmo-doença em um hospital identificou a associação entre trabalho na empresa, os afazeres domésticos e o cuidado com os filhos como motivadores de adoecimento e faltas ao trabalho (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Segundo uma pesquisa realizada por Souza (2011), muitas trabalhadoras do setor de higienização e limpeza, anteriormente ao trabalho de servente de limpeza, trabalhavam como empregadas domésticas para sustentar seus filhos, e o número de filhos dessa população variava entre dois e seis.

As trabalhadoras, na sua grande maioria, além das tarefas do seu trabalho formal, chegam à sua residência e dão continuidade aos cuidados com a família e aos afazeres domésticos, ficando, assim, mais vulneráveis a lesões, uma vez que acabam tendo uma exigência biomecânica extra (COUTO, 2002; SOUZA, 2011; DARTORA, SANTOS, 2014).

A escolaridade no presente estudo mostrou-se baixa. Isso reforça a crença de que a escolaridade não é prioridade em uma atividade mais “braçal” ou muscular, o que acaba contribuindo para uma baixa remuneração (CHIAVENATO, 2005; ANDRADE; MONTEIRO, 2007; BARROS, 2014). A crença de que níveis mais altos

de escolaridade só são necessários para trabalhos mais complexos decorre de uma visão reducionista do processo de trabalho e do desconhecimento de que trabalhadores mais bem informados terão uma visão mais ampliada do seu papel na empresa e maior capacidade de assimilar informações, e serão mais competentes para praticar o autocuidado.

Acredita-se que a baixa escolaridade encontrada neste estudo pode ter ocorrido pela interrupção dos estudos dos trabalhadores devido a dificuldades financeiras e à necessidade de trabalhar para o seu sustento (SOUZA, 2011).

As pessoas com um grau de escolaridade elevado preocupam-se mais com a saúde e, por isso, têm como se recuperar mais rápido do que as pessoas menos favorecidas. Assim, conseguem manter sua integridade física de forma adequada, inclusive as estruturas que mantêm o corpo numa postura correta (MACIEL; GUERRA, 2005).

O estudo mostrou que a maioria da população não era fumante e que somente uma pequena parcela fazia uso de bebida alcoólica. Um dado preocupante foi que a maioria da população em estudo não praticava atividade física. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) relatou que muitas doenças (doenças cardíacas, diabetes tipo 2, câncer de mama, cólon e reto) poderiam ser evitadas com a prática regular de atividade física. A baixa adesão à prática de atividade física pode estar, de acordo com a OMS (2005), entre os fatores de risco responsáveis por uma parcela de óbitos ocorridos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) e suas enfermidades.

De acordo com a OMS (2009), 3,2 milhões de pessoas foram a óbito por doenças relacionadas com a inatividade física, sendo que a atividade física é considerada fundamental para a proteção e a promoção da saúde (LOPES *et al.*, 2014).

Quanto ao período de permanência dos trabalhadores na instituição, encontrou-se uma média de 1,9 anos, com uma variação de 19 dias a 14,7 anos.

Um estudo com trabalhadores de higienização e limpeza de um hospital mostrou que, em média, eles permanecem menos de um ano no trabalho. Esses achados revelam a alta rotatividade de trabalhadores nesse setor (CHILLIDA; COCCO, 2004).

As causas da alta rotatividade dos trabalhadores do setor de higienização e limpeza são pouco conhecidas. No entanto, a entrada desses trabalhadores

precocemente no mercado de trabalho, a desmotivação e a insatisfação no ambiente da empresa podem contribuir para essa alta rotatividade (ANDRADE; MONTEIRO, 2007; SANTOS; MATTOS; CHIAVENATO, 2010).

O panorama acima mostra que muitos trabalhadores dessa categoria desenvolvem suas atividades laborativas apenas por necessidade de sobrevivência, não conseguindo alcançar a satisfação e a felicidade em seu trabalho (ANDRADE *et al.*, 2013).

As organizações que favorecem um ambiente de trabalho saudável e o crescimento profissional de seus trabalhadores proporcionam bom relacionamento interpessoal, satisfação e motivação para o trabalho. Nesse contexto, as pessoas têm maior empenho e dedicação com a organização, ajudando-a a atingir seus objetivos (VELLOZO, 2010).

Para Ezidio (2008):

A motivação transforma pessoas e ambientes, criando oportunidades de desenvolvimento para o trabalhador. Motivar é proporcionar oportunidades para que os indivíduos encontrem seu verdadeiro lugar. No mundo atual, a ferramenta considerada mais inteligente no que concerne a Gestão de Pessoas é a geração de benefícios. Os bons benefícios se convertem em ótimas reações no ambiente de trabalho (p.14).

É fundamental demonstrar para os trabalhadores o quanto esses benefícios representam financeiramente para as organizações e o quanto colaboram com uma economia para eles (ALBUQUERQUE; LEITE, 2009). Os benefícios podem contribuir para a motivação dos trabalhadores. Essa motivação tem sido um grande desafio para as organizações, pois dela depende a atuação dos trabalhadores e, conseqüentemente, o alcance dos objetivos traçados (EZIDIO, 2008). Portanto, a baixa rotatividade pode estar relacionada ao fato de o trabalhador de higienização e limpeza estar motivado e satisfeito com o seu ambiente de trabalho.

É impossível que as organizações sejam vencedoras se não houver trabalhadores vencedores e, por outro lado, ter organizações motivadas onde não existam pessoas motivadas (ANDRADE *et al.*, 2013). Os trabalhadores de higienização e limpeza precisam sentir que o seu trabalho tem qualidade e valor, pois quando o trabalhador sente a baixa qualidade do seu trabalho pode levá-lo à

insatisfação, à falta de vontade em realizar com zelo a atividade, à queda da produtividade, ao absenteísmo e à rotatividade (HACKMAN; SUTTLE, 1977).

Panorama do absenteísmo-doença segundo os atestados médicos de acordo com a CID-10

Na população estudada, segundo os dados fornecidos, não foi possível estabelecer a causalidade do adoecimento desses trabalhadores referente ao capítulo “Z”. Esse fato ocorreu devido à maioria dos atestados pertencerem ao capítulo da CID-10 que envolve os Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde. Esses achados também foram observados por outros autores (OENNING; CARVALHO; LIMA, 2012; LEÃO *et al.*, 2015).

No presente estudo, os atestados identificados foram de curta duração e oriundos da alta frequência por exames gerais referentes à categoria Z00 da CID-10.

Esses atestados foram, na sua maioria, de um dia ou por um período do dia, e oriundos de uma consulta médica e da realização de exames. Nesse contexto, não foi possível fazer uma avaliação que identificasse o problema de saúde do trabalhador. Além disso, esse tempo não seria suficiente para levar a cura ao indivíduo, devido ao fato de tais atestados serem de um curto período de tempo. Essa condição representa um fator crítico a ser tratado e corrobora os resultados do estudo de Simões e Rocha (2014). Porém, acredita-se que os atestados podem estar relacionados a exames solicitados pelo médico coordenador do PCMSO. Essas ausências podem ser referentes aos exames periódicos, pois, muitas vezes, faz-se necessário realizar exames complementares fora da instituição, tais como: radiografia, espirometria, entre outros. Esse fato pode justificar o número elevado de atestados referentes à categoria Z00 da CID-10.

Ao se analisar a distribuição de absenteísmo-doença pelo número de dias de afastamento, os atestados de curta duração podem estar relacionados não só a problemas de saúde, mas também a outros fatores da organização do trabalho conforme citado por Hey *et al.* (2013). A compreensão do absenteísmo-doença não é tão simples, pois envolve diversos fatores além do adoecimento por si só (SIMÕES; ROCHA, 2014).

Segundo Leão *et al.* (2015), ainda é preciso preencher as lacunas existentes no que se refere aos fatores do absenteísmo-doença. No presente estudo, também ficaram lacunas a serem preenchidas devido à impossibilidade de se determinar com precisão as situações que levaram os trabalhadores ao serviço de saúde pela categoria da CID-10 (Exame geral e investigação de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado).

No presente estudo, constatou-se um aumento de afastamentos de acordo com a CID-10 por ano. No ano de 2014, observou-se a maior prevalência de afastamentos, refletindo uma tendência de aumento de absenteísmo-doença nos países industrializados conforme citado por Danatro (1997).

O número de dias de afastamento é um indicador importante da gravidade do absenteísmo (SIMÕES; ROCHA, 2014), pois ele pode influenciar a falta ao trabalho e reduzir a probabilidade de retorno do trabalhador (LEÃO *et al.*, 2015). Esse fato pode contribuir para o aumento da ocorrência de auxílio-doença e de aposentadoria precoce (PENATTI *et al.*, 2006; ROELEN *et al.*, 2010). Assim, foi possível constatar a necessidade de se programarem ações que alterem esse panorama na instituição, pois se observou que o número de afastamentos teve um crescimento anual.

A maior frequência de episódios de absenteísmo ocorreu por atestado relacionado a exames gerais e, em segundo lugar, pelas doenças do sistema osteomuscular. Apesar de terem sido crescentes ano a ano, as causas foram as mesmas em todos os anos e a ordem de aparecimento dos afastamentos também se manteve inalterada.

Vale ressaltar que os exames gerais foram os que mais se destacaram em números de ocorrência de atestados e, provavelmente, com o maior número de eventos, o que levou a um percentual elevado de afastamento.

Outro fator que pode ter contribuído para a identificação do aumento do número de afastamentos no ano de 2014 pode ser atribuído à evolução dos mecanismos de registro ou ao aprimoramento das formas de controle desse indicador na empresa. De modo geral, porém, o aumento das demandas de trabalho está relacionado com os níveis de adoecimento dos trabalhadores.

No entanto, para que se tenha um conhecimento abrangente do estado de saúde do trabalhador, é preciso inserir a avaliação precisa nos exames médicos admissionais, demissionais e periódicos.

No presente estudo, os dados colhidos não informaram o grau de funcionalidade que é um indicador essencial para uma abrangência no que se refere à saúde do trabalhador (ARAÚJO; BUCHALLA, 2013). Esse estado de funcionalidade é obtido pelo uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que tem como objetivo estabelecer uma linguagem padronizada entre os profissionais para coletar e interpretar os resultados referentes à saúde e a estados relacionados a ela em diferentes contextos. A CIF aborda a saúde a partir de uma perspectiva biopsicossocial, pois incorpora os componentes de saúde nos níveis corporal e social. A utilização da CIF permitiria, no cenário deste estudo, a aquisição de dados referentes aos vários domínios da vida dos sujeitos envolvidos e forneceria à empresa uma base de conhecimento mais ampla para traçar estratégias de intervenção, prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores.

No entanto, para que essa classificação seja utilizada, faz-se necessário que os protocolos de aquisição de dados utilizados no PCMSO incorporem informações referentes às dimensões físicas, sociais e ambientais do trabalhador (ex.: características das queixas e seu comportamento relacionado ao ambiente laboral e extralaboral, rotinas sociais do indivíduo, suporte social, entre outros).

É importante destacar, na população investigada, a ocorrência das doenças do sistema osteomuscular, especialmente as lombalgias e as dorsalgias. Esta segunda condição apareceu em primeiro lugar neste estudo dentro do capítulo XIII “M” da CID-10. Ela é considerada uma importante causa de transtorno da saúde que pode levar ao absenteísmo-doença e até mesmo à invalidez permanente (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 1989; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; OENNING; CARVALHO; LIMA, 2012; CECCATO *et al.*, 2014; SIMÕES *et al.*, 2014; LEÃO *et al.*, 2015).

A identificação da categoria “dorsalgia” pode colaborar com os trabalhadores no sentido de implementar ações preventivas e de reabilitação em casos mais graves. Segundo Moser *et al.* (2012), a educação em saúde em indivíduos com dor nas costas pode ter grande resolubilidade envolvendo baixos custos monetários. Vale dizer, porém, que o investimento em educação em saúde deve iniciar na empresa precocemente no sentido de antecipar problemas inerentes às atividades de trabalho. Essa antecipação passa por um preparo da equipe para interrogar o trabalhador, acolhendo-o como ser humano-trabalhador e não apenas como mero

executor de tarefas, permitindo que ele encontre sentido mesmo na atividade mais repetitiva e valorizando o seu trabalho dentro da organização.

Para Grissoti *et al.* (2010), os profissionais da saúde, precisam ser preparados para trabalhar segundo os princípios teórico-práticos preconizados pelos programas de saúde, especialmente naqueles que demandam ações mais voltadas à promoção da saúde, para além de medidas puramente curativas.

Martarello e Benatti (2009) realizaram uma pesquisa com trabalhadores de higienização e limpeza de um hospital público e identificaram relatos de queixas associadas à sobrecarga do sistema osteomuscular. Apesar de ter sido diferente a maneira de aquisição dos dados em relação ao presente estudo, corrobora com as evidências de problemas osteomusculares em trabalhadores desse setor.

O presente estudo apontou problemas em ombro e joelho. Essas articulações estão comumente envolvidas na atividade de higienização e limpeza (MARTARELLO; BENATTI, 2009). Portanto, orientações ergonômicas e educação em saúde devem fazer parte do planejamento das atividades laborais. A articulação do joelho pode ter sido afetada pelo próprio trabalho desenvolvido e pelo sobrepeso encontrado nessa população, pois se constatou um Índice de Massa Corpórea (IMC) em torno de 28 Kg/m².

Schroer *et al.* (2013) identificou em pacientes com indicação de artroplastia do joelho uma relação dessa condição com o IMC aumentado e a ocorrência de dor que levava à diminuição de tolerância aos esforços.

No presente estudo, a dor diagnosticada como cefaleia foi um indicador importante para o absenteísmo-doença identificado pelo capítulo “R” Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte da CID-10.

Segundo o estudo de Cordeiro *et al.* (2008), as cefaleias ocuparam o segundo lugar das dores crônicas mais comuns. As cefaleias representam a sétima causa de busca ao serviço ambulatorial nos Estados Unidos da América (EUA), correspondendo a 18 milhões de visitas médicas por ano.

Os achados do presente estudo apontaram uma maior predominância de cefaleia no sexo feminino, sintoma que ocupou o primeiro lugar dentro do capítulo “R” Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte. Outros estudos também demonstraram que as

cefaleias podem estar associadas ao gênero feminino (BIGAL *et al.*, 1999; CORDEIRO *et al.*, 2008).

A cefaleia é um sintoma que vem atingindo o ser humano desde os primórdios da civilização, sendo uma queixa corriqueira nos atendimentos médicos (BIGAL *et al.*, 1999). Portanto, a cefaleia pode ter sido um dos sintomas que levou as trabalhadoras ao serviço médico. Neste estudo, não foi possível saber se além do diagnóstico cefaleia, apontado pelo capítulo “R” da CID-10, os apresentados pelo capítulo “Z” Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde também apresentavam trabalhadoras com essa queixa.

O sintoma de dor que o estudo revelou em segundo lugar dentro do capítulo “R” foi a dor abdominal e pélvica. A dor pélvica crônica pode ter relação com a depressão e é considerada uma doença com alta prevalência (ZONDERVAN; BARLOW, 2000; GRACE; ZONDERVAN, 2006).

A prevalência de dor pélvica crônica é de 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos, porém em mulheres em período reprodutivo estes valores podem variar de 14 a 24% (ZONDERVAN; BARLOW, 2000; GRACE; ZONDERVAN, 2006).

Para Zakka *et al.* (2013), a dor abdominal crônica pode ser subtratada devido ao fato de ocorrerem subdiagnósticos. O alívio da dor pode ocorrer com a normalização dos componentes físicos, emocionais e sociais dos pacientes e a resolução dos desajustes profissionais e familiares.

Os estudos acima mencionados corroboram os achados da presente pesquisa que apontou que essa população apresentou, além dos diagnósticos de dor, outro fator responsável pelos afastamentos que foram os episódios depressivos identificados pelo capítulo “F” Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10.

O Transtorno Mental e Comportamental é considerado um problema de saúde pública. Ele tem alta prevalência em trabalhadores, trazendo prejuízos no desenvolvimento das atividades laborativas, reduzindo a produtividade e causando perdas econômicas para o empregador (SILVA *et al.*, 2012). Os trabalhadores podem apresentar afastamentos por problemas físicos. Mas, os problemas como episódios depressivos apontados no presente estudo foram considerados motivo de adoecimento, levando esses trabalhadores à ausência do trabalho.

Um estudo realizado em Alagoas com servidores públicos estaduais, no ano de 2009, apontou que 20% dos servidores tiveram afastamentos por Transtornos Mentais e Comportamentais de acordo com a CID-10 referente ao capítulo “F” e a

predominância dos afastamentos foi de pessoas do sexo feminino (SILVA *et al.*, 2012).

Segundo o estudo de Silva *et al.* (2012), os episódios depressivos foram os que apresentaram em maior número referente ao capítulo “F” da CID-10, concordando com os achados do presente estudo.

Um estudo mostrou que as doenças mentais, apesar de não terem sido uma das primeiras responsáveis pelo absenteísmo, representaram uma mediana alta de dias de afastamentos (ANDRADE *et al.*, 2008). Várias são as causas que podem levar o trabalhador ao adoecimento e é difícil estabelecer a relação de causalidade entre as doenças e o trabalho.

Por isso, fazem-se necessárias ações preventivas dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho e de outros fatores que possam levar ao adoecimento e, conseqüentemente, ao absenteísmo-doença. É fundamental que ocorra um diagnóstico sobre as condições dos ambientes de trabalho e o entendimento das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores.

Outras causas de adoecimento como Doenças do Aparelho Respiratório relacionadas pelo capítulo “J” e capítulo “S” Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas da CID-10 contribuíram para o absenteísmo-doença da população neste estudo.

A literatura mostra que as doenças respiratórias são o principal alvo de investigações, principalmente a influenza, pela possibilidade de prevenção com o uso da vacinação. As cepas virais da influenza são identificadas em muitas regiões do mundo (FRANCISCO *et al.*, 2003). Isso é um fator importante para que a saúde pública possa realizar as ações de prevenção nesse campo. Na empresa em questão, ocorrem campanhas de vacinação destinadas aos colaboradores; porém, essa prática não é estendida aos trabalhadores do setor de higienização e limpeza.

Um estudo desenvolvido por Andrade *et al.* (2008) mostrou que a principal causa de absenteísmo foram problemas respiratórios. Esse fato não foi observado no presente estudo que constatou esse problema como a quarta causa de afastamento. Contudo, ressalta-se que a manipulação de produtos de limpeza pode sensibilizar as vias aéreas e desencadear problemas respiratórios crônicos.

A situação acima, como as demais queixas de doença relatadas, poderiam ser minimizadas pela integração entre os dados do PCMSO e PPRA, pois o segundo documento, ao identificar os riscos dos processos e ambientes de trabalho, deveria

ser reportado ao PCMSO para programar exames médicos admissionais e periódicos voltados ao acompanhamento da saúde de pessoas expostas a riscos específicos e sua proteção.

Quanto ao problema do capítulo “S” que também o presente estudo revelou motivo de afastamento, há relatos de que 5 a 6% do total de internações no Brasil ocorreram por lesões e envenenamentos. No período compreendido entre 1984 e 1994, esse mesmo estudo mostrou que houve um grande aumento de internações por esse motivo, chegando a 60%. Porém, não foi possível identificar o real motivo desse aumento (LEBRÃO *et al.*, 1997).

O estudo acima apontou as fraturas como as responsáveis pelo maior número de internações (37,5%). Dessas internações, aquelas associadas aos membros representaram 84,5%. No presente estudo, o traumatismo superficial da perna foi a condição clínica mais prevalente que levou ao afastamento dos trabalhadores na categoria do capítulo “S”. Não foi possível identificar o que levou os indivíduos a esse tipo de traumatismo, o que mais uma vez aponta para a insuficiência de informações nos protocolos de coleta de dados. As fichas de coleta no serviço estudado permitem que se codifique a queixa e a doença, mas não suas causas e agravantes, e até mesmo a relação dela com o processo de trabalho.

Afastamento por Auxílio-doença

O afastamento do trabalho com auxílio-doença ocorre quando o trabalhador encontra-se temporariamente incapacitado para suas atividades laborativas. O presente estudo analisou esse fato de acordo com a função que cada indivíduo exercia. A prevalência de auxílio-doença foi baixa, apesar de o estudo apontar uma percentagem alta na função de supervisor de higienização e limpeza. Isso ocorreu porque essa função era ocupada apenas por dois trabalhadores, sendo que um supervisor utilizou o benefício do auxílio-doença. Outra categoria de trabalhadores que obteve o benefício do auxílio-doença foi a dos auxiliares de limpeza.

No presente estudo, os trabalhadores que ocupavam outras funções dentro do setor de higienização e limpeza não precisaram se afastar por um período superior a 15 dias para fazer uso do benefício. A empresa era responsável por esse ônus até os primeiros 15 dias de afastamento. A Medida Provisória (MP) n°. 664, de 30 de dezembro de 2014, alterou o período de 15 para 30 dias em que a empresa

assume esse custo. Só a partir desse período, a empresa encaminha o trabalhador para perícia médica para que ele possa requerer o benefício.

Cabe destacar que todos os casos em que os trabalhadores necessitarem de auxílio-doença haverá um aumento de dias perdidos de trabalho, assim como uma elevação de custos para a empresa e para a própria previdência social. Em 2001, no Brasil, as despesas com o auxílio-doença aumentaram em 32%. No ano de 2000, o auxílio-doença representava 3,2% dos gastos da Previdência Social. Esses gastos não estacionaram, pois as despesas com o auxílio-doença tiveram um aumento para 7,5% em 2004 (TRINDADE YANO; MIYAMARU SEO, 2010).

O maior gasto previdenciário é com auxílio-doença, superando os gastos com aposentadoria por idade e, até mesmo, por tempo de contribuição. Isso mostra que o período em que o trabalhador está em uma idade economicamente ativa, o gasto é maior do que o sustento com indivíduos inativos (QUADROS, 2014).

No presente estudo, de acordo com os dados disponibilizados pela empresa, o auxílio-doença não teve grande impacto estatístico em todas as funções do setor, porém esses dados devem ser analisados com cautela, pois podem não refletir a verdadeira necessidade de saúde dos trabalhadores. Há relatos informais por parte dos sujeitos que mostram que eles adotam estratégias para evitar estender o afastamento além de 15 dias, alegando demora para receber o benefício em alguns casos, podendo demorar até dois meses.

Como até 2014 a MP nº 664 não estava em vigor, acredita-se que muitos trabalhadores voltavam ao trabalho sem condições de reassumir as funções, alimentando o conhecido ciclo de afastamentos de curto período que não garantem sequência de tratamento (caso da fisioterapia), nem a recuperação fisiológica e psicológica para retorno ao trabalho e, ainda, potencializando o agravamento dos problemas no futuro.

Panorama dos Riscos de acordo com o PPRA articulado ao PCMSO

A análise do PPRA permitiu detectar os tipos de riscos dos trabalhadores do setor de higienização e limpeza conforme a função que desempenhavam. O PPRA é considerado um programa de higiene ocupacional. Seu objetivo é realizar o reconhecimento e o controle dos riscos ambientais que possam estar presentes no ambiente de trabalho (SALIBA, 2004; GONÇALVES, 2008; BAPTISTA *et al.*, 2011).

Esse programa é regulamentado pela NR-9, visando à preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores. Essa norma regulamentadora deve estar articulada com o PCMSO, regulamentado pela NR-7.

A norma preventiva define que os riscos ambientais são os agentes físicos, químicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos ou acidentários presentes nos ambientes de trabalho e que podem causar danos à saúde ou à integridade física dos trabalhadores (GONÇALVES, 2008; BAPTISTA *et al.*, 2011).

Com a análise do PPRA, detectou-se que, na função de auxiliar de limpeza, esses trabalhadores estão sujeitos aos riscos físico, químico e ergonômico. O risco físico é representado pelas condições físicas. Isso ocorre devido à atividade que esses indivíduos desenvolvem como, por exemplo, a lavagem de pisos em um ambiente frio e exposto a umidade ou até a calor excessivo. Por outro lado, esses trabalhadores estão expostos ao risco químico, no momento em que desenvolvem suas atividades de limpeza e desinfecção dos ambientes, ao utilizarem os saneantes de desinfetantes. Os agentes químicos são produtos que podem penetrar no organismo do trabalhador e prejudicar sua saúde.

Quando esses produtos são absorvidos pelo organismo, podem causar diversos danos à saúde. Esses danos vão depender da natureza, da quantidade e da forma de exposição à substância a que o trabalhador se submeteu (SALIBA, 2004; BAPTISTA *et al.*, 2011).

Outro risco que o PPRA apontou foi o ergonômico, em que o trabalhador fica suscetível a posturas inadequadas para a execução de suas tarefas. Isso ocorre quando os postos e ambientes de trabalho, as ferramentas e as máquinas não são adequadas para permitir uma postura adequada do corpo que proporcione conforto, segurança e eficiência.

A postura inadequada e flexões da coluna vertebral em atividades de limpeza podem causar fraturas, lombalgias e varizes no trabalhador. A postura e o movimento têm uma relação entre si. O movimento de uma atividade pode iniciar com uma postura e terminar com outra, sendo que o indivíduo pode controlar essa postura desde que seja devidamente treinado e motivado para o autocuidado (SALVE; BANKOFF, 2003).

Os problemas posturais podem ocorrer devido a doenças, fraqueza e deficiência muscular, falta de flexibilidade na coluna vertebral, obesidade e sedentarismo, problemas socioculturais, realização das atividades e postos de

trabalho inadequados, entre outros (SALVE; BANKOFF, 2003). Nesse sentido, os setores encarregados da atenção à saúde do trabalhador devem estar preparados para monitorar esses indicadores e utilizá-los em prol dos mesmos e da empresa.

No PPRA, os riscos biológicos e de acidente não foram contemplados para a categoria de auxiliares de limpeza. Porém, é preciso uma readequação, já que esses profissionais, ao limparem um ambiente que possa conter matéria orgânica ou ainda fungos, podem se contaminar. Além disso, os acidentes também podem ocorrer quando desenvolvem atividades de limpeza em um piso molhado, com risco de uma queda ou, ainda, quando realizam limpeza de janelas e tetos.

Na função de supervisor, o PPRA apontou somente os riscos químicos e ergonômicos. Esse supervisor, geralmente, já foi um auxiliar de limpeza e esteve exposto além desses riscos a outros. Todavia, quando recebe uma promoção e modifica de função, os riscos também podem ser alterados.

No presente estudo, o supervisor foi enquadrado como sujeito a risco químico porque é ele quem realiza a diluição dos produtos de limpeza. Ao desempenhar essa função, ele pode correr o risco de absorção do produto pelo organismo. Segundo Almeida *et al.* (2005), que realizou uma pesquisa com trabalhadores de enfermagem, esses indivíduos relataram acidentes com produto químico (hipoclorito de sódio) no momento do manuseio do produto quando ocorreu o respingo da substância no olho. O hipoclorito de sódio, entre outras propriedades, é também desinfetante, pode provocar queimaduras e ocasionar danos oculares, podendo levar à diminuição permanente da visão (ALMEIDA *et al.*, 2005).

O risco ergonômico apareceu para essa categoria de profissionais com a postura inadequada e, também, para a função de auxiliar administrativo. Detectou-se que esse tipo de risco está presente em todas as funções do setor de higienização e limpeza. Sendo assim, é preciso uma avaliação adequada do posto de trabalho e orientações aos trabalhadores com o objetivo de se prevenir tal risco.

Na função de coletor de resíduos, além do risco ergonômico, o presente estudo apontou o risco químico e o de acidente. Esse profissional fica exposto ao risco químico quando desenvolve a atividade de limpeza dos recipientes. O risco de acidentes pode ocorrer no momento em que o trabalhador recolhe o lixo, devido ao descarte incorreto de material perfurocortante e no transporte desses resíduos com levantamento de peso. Tal situação pode contribuir para os problemas osteomusculares.

Um estudo realizado com garis na cidade do Rio de Janeiro identificou que 73% dos acidentes com esses trabalhadores ocorreram por acondicionamento inadequado do lixo. Do total de 67 acidentes relatados, 36% sucederam nos membros superiores e 27% na coluna vertebral. Esse fato era esperado, pois os dois tipos de acidentes ocorreram pelo acondicionamento incorreto do lixo, envolvendo material perfurocortante e por levantamento e transporte de peso (VELLOSO; SANTOS; ANJOS, 1997).

Para evitar o risco, é preciso que os trabalhadores tenham consciência dos riscos inerentes à profissão e que sejam treinados para prevenir os acidentes. É fundamental que o ambiente e as condições de trabalho sejam fiscalizados rotineiramente.

Outra forma de prevenção dos riscos é a utilização correta dos EPI's pelos trabalhadores. Portanto, é importante que ocorram os treinamentos para o uso adequado dos EPI's a fim de se evitarem os danos à saúde do trabalhador. Outro fator importante é a articulação do PPRA com o PCMSO, quando o trabalhador, de acordo com o risco a que está exposto, será submetido a exames médicos periódicos e exames complementares.

A articulação entre o PCMSO e o PPRA, portanto, é de grande valor, pois os riscos apontados no PPRA servirão de subsídios para a definição dos exames que os trabalhadores precisarão realizar a fim de proteger a sua saúde.

Todos os aspectos abordados nesta discussão apontam para um construto que abrange a totalidade dos objetivos de uma empresa que valoriza a responsabilidade social: a qualidade de vida no trabalho (QVT), que prima por trabalhadores satisfeitos e por um ambiente seguro. O tema Qualidade de Vida (QV) tem sido estudado e discutido nas várias áreas do conhecimento relacionado aos aspectos da vida humana. Na área médica, o destaque maior tem sido, principalmente, no que diz respeito às doenças crônico-degenerativas, nos estudos ligados às condições de trabalho, sob o ponto de vista da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e na perspectiva de lazer das pessoas.

Para Vaz *et al.* (2002), os vínculos da pessoa com a organização, sua lealdade, participação e preocupação com o trabalho bem feito, serão tanto mais fortes quanto maior for o interesse efetivo da empresa pelas pessoas. Atentas a essa possibilidade, algumas empresas têm se preocupado com as condições de trabalho, as quais englobam tudo o que influencia o trabalhador dentro de uma

organização, isto é, o posto de trabalho, o ambiente, os meios, a tarefa, a jornada, a organização temporal e a remuneração, além de promover uma alimentação saudável, oportunidades de lazer, chances de expressão de potencialidades profissionais e pessoais como fontes de bem-estar e realização, fatores importantes para a qualidade de vida do trabalhador.

7 CONCLUSÃO

Constatou-se que o tema absenteísmo-doença em relação aos trabalhadores do setor de higienização e limpeza ainda precisa ser uma prioridade nas organizações. Até a presente data, ainda se observa uma carência de estudos para essa categoria.

Os resultados dessa investigação permitiram definir que o perfil de absenteísmo-doença na população de trabalhadores do setor de higienização e limpeza da universidade campo de pesquisa era predominantemente do sexo feminino, com baixa escolaridade, com idade entre 31 a 45 anos, com sobrepeso, sedentários, com permanência na instituição por um período que variava entre 1,9 a 14,7 anos.

Embora esse estudo apresente limitações referentes aos dados levantados nos registros de absenteísmo-doença, o que não permitiu estabelecer com precisão o perfil de adoecimento dos trabalhadores em relação ao capítulo Z (Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde) da CID-10, ainda foi possível ter um panorama dessa população em relação às causas do absenteísmo-doença que apontou as doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo como a principal doença relacionada às faltas com diagnóstico médico.

Em relação aos riscos apontados pelo PPRA para esses trabalhadores, os riscos físicos, químicos e ergonômicos foram os identificados na principal categoria (auxiliares de limpeza).

Nesse contexto, esses achados poderão subsidiar a direção, o setor de RH e o serviço médico na definição de políticas direcionadas ao trabalhador, para garantir a qualidade de vida desses indivíduos e os objetivos traçados pela instituição.

Dessa forma, outros estudos devem ser realizados envolvendo o modelo organizacional, a motivação para o trabalho, os aspectos relacionados à saúde mental com uso de medicamentos controlados, a ligação da CID-10 com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) nessa categoria de profissionais. Com isso, será possível estabelecer um panorama completo sobre o estado de saúde do trabalhador. Além disso, ao se relacionarem as duas classificações CID-10 com a CIF, pode-se ter uma visão biopsicossocial

desse indivíduo, pois sendo o trabalho fundamental na vida de todos os indivíduos, deve ser estudado e abordado como fator determinante no processo saúde-doença.

Por fim, sugere-se a organização de um banco de dados informatizado a ser instalado na universidade estudada. Esse recurso servirá para aperfeiçoar o registro da rotatividade e das faltas, possibilitará o acompanhamento e a avaliação do estado de saúde dos trabalhadores, viabilizando o planejamento de ações preventivas e corretivas no ambiente de trabalho, e, ainda, permitindo outras pesquisas sobre a temática.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, R. R. L. **O absenteísmo e a rotatividade de pessoal em empresas de construção civil: o estudo de caso da Mendes Sibara Engenharia de Itajaí-sc.** Instituto Cenecista Fayal de Ensino Superior, 2009.
- ALBUQUERQUE, L.G.; LEITE, N. P. **Gestão de Pessoas: Perspectivas estratégicas.** São Paulo: Atlas, 2009.
- ALMEIDA, C. B.; PAGLIUCA, L. M. F.; LEITE, A. L. A. S. Acidentes de trabalho envolvendo os olhos: Avaliação de riscos ocupacionais com trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino - americana da enfermagem.** v.13, n.5, p. 708-16. Set./outubro, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a15.pdf>> Acesso em 25/07/2015.
- ALTOÉ, A. **Impactos do absenteísmo e do presenteísmo no trabalho docente.** Belo Horizonte, 2010. Disponível em: < www.progep.ufa.br/progep/docs/DSQV/ABSENTEÍSMO_E_PRESENTEÍSMO.pdf>. Acesso em: 04/06/2015.
- ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, M. I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.** v. 41, n. 2, p. 237-244, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/08.pdf>> Acesso em: 29/07/2014.
- ANDRADE, F. M.; PAIXÃO J. P. G.; SOUZA, J. A.; BASO, R. S.; QUERINO, V.P.; MAZIER, A. A. **Qualidade devida no trabalho: uma discussão de sua influência sobre a produtividade.** v.5, n.2, 2013. Disponível em: < <http://periodicos.unifacel.com.br/index.php/forumadm/article/view/795>> Acesso em: 14/05/2015.
- ANDRADE, T. B.; SOUZA, M. G. C.; SIMÕES, M. P. C.; ANDRADE, F. B. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica,** Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 166-171. Out./dez. 2008. Disponível em: < [file:///C:/Users/Renato/Downloads/3950-42382-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Renato/Downloads/3950-42382-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 23/07/2015.
- ARAÚJO, E. S.; BUCHALLA, C. M. Utilização da CIF em fisioterapia do trabalho: uma contribuição para coleta de dados sobre funcionalidade. **Revista Acta Fisiátrica,** Portugal, v.20, n. 1, p. 1-7, mar. 2013.
- BAPTISTA, H. **Higiene e segurança do trabalho.** In: (Org). *Publicações Técnicas.* SENAI-DN, 1974.
- BAPTISTA, A. R.; SILVA, F. C.; LUZ, M. R. P.; VERONEZ, N.; PALMIERI, A. F. **O papel do SESMT no auxílio da gestão de empresas. Trabalho de conclusão de curso de Administração,** 2011. Disponível em: < fgh.escoladenegocios.info/revistaalumni/artigos/Artigo_Palmieri.pdf> Acesso em 24/07/2015.

BARROS, C.B. **O impacto da cultura organizacional nas relações de trabalho e na construção de identidades: um estudo sobre as mulheres do serviço de limpeza da Universidade de Brasília.** Monografia. Universidade de Brasília. Faculdade de Comunicação, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8568/1/2014_CamillaBragaBarros.pdf> Acesso em: 06/03/2015.

BERGAMINI, C.W. **Motivação nas organizações.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BIGAL, M. E.; BORDINI, C. A.; SPECIALI, J. G. Tratamento da cefaléia em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto. **Arquivos de Neuropsiquiatria.** v.57, n.3, p. 813-819. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v57n3B/1192.pdf>> Acesso em: 22/07/2015.

BOHLANDER, G. W.; SNELL S.; SHERMAN, A. **Administração de Recursos Humanos.** Tradução de Maria Lúcia G. Leite Rosa; revisão técnica Flávio Bressan. São Paulo: Cengage Learning, 2003.

BORTOLINI, S. M.; PANAZOLO, C. A.; DEBARBA, L. V. B.; SAMPIETRO, R. B.; BRAGA, D. C. Absenteísmo no trabalho por doença no município de Água Doce, Santa Catarina. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS).** v. 57, n. 2, p. 122-126, 2013. Disponível em: <www.amirgs.com.br/revista/57-02/1159.pdf> Acesso em 27/06/2014.

BRASIL. Constituição. (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil.** 39ª ed. Atlas, 2014.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br/docs/programas/QuemSomos.pdf>> Acesso em: 07/09/2014.

BRASIL. **Medida provisória N°664 de 30 de dezembro de 2014.** Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/>> Acesso em: 02/03/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saber Ler para Prevenir DORT.** Brasília: 2001. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/prevenir_dort.pdf> Acesso em: 14/09/2014.

BRASIL. **Anuário Brasileiro de Proteção.** 2014. Disponível em: <http://www.protecao.com.br/materias/anuario_brasileiro_de_protecao_2014/Brasil/A5jjJj> Acesso em: 28/09/2014.

CARLOTO, C. M. Adoecimento no trabalho, as mulheres na categoria de asseio e limpeza. **Serviço Social em Revista.** v. 6, n. 1. 2003. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v6n1_cassia.htm> Acesso em: 13/07/2015.

CASTELANI, L. B. **Nível de absenteísmo dos professores da rede pública de ensino do município de São José dos Pinhais, por licenças para tratamento de saúde, suas principais causas e conseqüências**. Monografia. Programa de Pós Graduação em Gestão de Negócios, Universidade Federal do Paraná, 2010.

CECCATO, A. D. F.; JUNIOR, L.C.S.C.; CUISSI, R.C.; MONTESCHI, M.; OLIVEIRA, N. G.; PADOVANI, C. R.; RAMOS, E.M.C.; RAMOS, D. Absenteísmo por doença ocupacional de trabalhadores rurais no setor canavieiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2169-2176, out. 2014.

CHANDLER, S.; RICHARDSON, S. **100 maneiras de motivar as pessoas**. Rio de Janeiro: Sextante, 2008.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

CHIAVENATO, I. **Administração de produção**: uma abordagem introdutória. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CHIAVENATO, I. **O novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CHILLIDA, M.S. P.; COCCO, M.I.M. Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 271-276, abr. 2004.

Consolidação das leis do trabalho/ [organização de] Isabelli Gravatá. – 5ª ed. São Paulo: LTr, 2014.

CORDEIRO, Q.; KHOURI, M. E.; OTA, D.; CIAMPI, D.; CORBETT, C.E. Lombalgia e cefaléia como aspectos importantes da dor crônica na atenção primária à saúde em uma comunidade da região amazônica brasileira. **Acta Fisiátrica**. v.15, n.2, p.101-105. 2008. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=149> Acesso em: 22/07/2015.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p. 38-44, jan-fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/06.pdf>> Acesso em: 21/07/2015.

COUTO, H. A. **Ergonomia aplicada ao trabalho em 18 lições**; ilustrado por Ricardo Sá. Belo Horizonte: Ergo, 2002. p.150.

COUTO, H. A. **Gestão da Qualidade no PCMSO**; ilustrado por Ricardo Sá. Belo Horizonte: Ergo, 2006.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 226-236, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/12.pdf>> Acesso em: 10/05/2015.

DANATRO, D. **Ausentismo Laboral de causa médica em uma institución pública Montevideo: 1994-1995**. Publicaciones Del Sindicato Médico de Uruguay, Montevideo, v. 13, n. 2, p. 101-109, ago. 1997.

DARTORA, J.; SANTOS, M.V. Cinesioterapia laboral preparatória para trabalhadores de limpeza e urbanização de uma empresa do Vale do Taquaris/RS. **Revista Destaques acadêmicos**. Vol.6, n.3, p.196-205, 2014. CCBS/UNIVATES. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1142/627>> Acesso em: 20/03/2015.

DIAS, M. **Absenteísmo em Contact Center-estudo de caso com preditores micro e macroorganizacionais**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, 2005.

DIOGO, M. F. Os sentidos do trabalho de limpeza e conservação. **Psicologia em Estudo**. v. 12, n. 3, p. 483-492, 2007.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2^a ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

EZIDIO, J.C.D. **A importância e aplicações da qualidade de vida nas organizações**. Monografia. Curso de Pós-graduação em Gestão de Negócios, Universidade Federal do Paraná, 2008.

FABIAN, S., SCHERER, T.V. Os impactos financeiros causados pela rotatividade de funcionários em uma empresa comercial. In: Seminário de Iniciação Científica Curso de Ciências Contábeis da FSG. 9., 2014, Caxias do Sul. **Seminário de Iniciação Científica Curso de Ciências Contábeis da FSG (Anais)**. Caxias do Sul. 2014. P. 350-352, 2014. Disponível em: <http://ojs.fsg.br/index.php/anaiscontabeis/article/viewFile/1358/pdf>> Acesso em: 24/05/2015.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5^a ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FITZSIMMONS, J. A. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. Tradução: Scientific Linguagem Ltda. 7^a ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

FRANCISCO, P. M. S.B.; DONALISIO, M. R. C.; LATTORRE, M. R. D.O. Tendência da mortalidade por doenças respiratórias em idosos do Estado de São Paulo, 1980 a 1998. **Revista de Saúde Pública**. v. 37, n. 2, p. 191-6, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n2/15285.pdf>> Acesso em: 23/07/2015.

GEHRING JUNIOR, G.; CORRÊA FILHO, H. R.; VIEIRA NETO, J. D.; FERREIRA, N. A.; VIEIRA, S. V. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 10, n. 3, p. 401-409, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4^a ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, C. A.; Meirelles, A. M. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

GONÇALVES, E. A. **Manual de segurança e saúde no trabalho**. 4. ed. São Paulo: Ltr, 2008. Cap.7, p.174-235.

GRACE, V.; ZONDERVAN, K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. **Health Care Women Int**. v. 27, n.7, p. 585-99. Aug. 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16844672>> Acesso em: 22/07/2015.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 831-840, 2010.

HACKMAN, J. R; SUTTLE, J. L. **Improving Life at Work: Behavioral Science Approaches to Organizational Change**, Santa Monica, CA: Goodyear, 1977.

HARUTUNIAN, K.; GARGALLO-ALBIOL, J.; FIGUEIREDO, R.; GAY-ESCODA, C. Ergonomics and musculoskeletal pain among postgraduate students and faculty members of the School of Dentistry of the University of Barcelona (Spain). A cross-sectional study. **Medicina Oral Patologia Oral Cirurgia Bucal**. v. 16, n. 3, p. 425-429, 2011.

HEY, A. P.; MONTEZELI, J. H.; BOBROFF, M. C. C.; PÁDUA, E.; HAMASAKI, R. T.; CAVEIÃO, C. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma indústria de peças e componentes automotivos de Curitiba – Paraná. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**. Valparaíso de Goiás v.2, n.1. p. 27-36, 2013.

IIMARINEN, J.; TUOMI, K.; KLOCARS, M. Changes in work ability of active employees over an 11- year period. **Scand J Work Environ Health**. v. 23, n. 1, p. 49-57,1997.

LEÃO, A. L. M. ; BRANCO, A. B.; NETO, E.R.; RIBEIRO, C.A.N.; TURCHI, M.D. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.18, n.1, p. 262-277, mar.2015.

LEBRÃO, M. L.; DE MELLO JORGE, M. H. P. LAURENTI, R. II- Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, p. 26-37, 1997. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n4s0/3135.pdf>> Acesso em: 23/07/2015.

LOPES, T.C.R.; GRAVENA, A. A. F.; AGNOLO, C. M. D.; BRISCHILIARI, S. C. R.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Fatores associados à inatividade física no lazer em município do Sul do Brasil. **Revista de Salud Pública**. v.16, n.1, p. 40-52, 2014.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Revista Brasileira de ciências & movimento**. São Paulo, v.13, n.1, p.37-44, 2005. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/610/622>> Acesso em: 21/07/2015.

MARTARELLO, N. A.; BENATTI, M.C.C. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.2, p.422-428, jun.2009.

_____.Ministério do Trabalho e Emprego.Portaria N° 3.214, de 08 de junho de 1978. Disponível em:< portal.mte.gov.br/legislação/portaria-n-3-214-de-08-06-1978-1.htm> Acesso em 05/07/2015.

MOSER, A. D.; SCHARAN, K. O.; PEREIRA, P. A.; PASSINI, C. **Escola da coluna associada a estabilização segmentar na lombalgia mecânico-degenerativa**. Terapia Manual, v.10, n.50, p.364-373, set. 2012;

NUNES, J. H. **Dilemas identitários no mundo dos serviços: da invisibilidade à interação**. Sociologia, Porto Alegre, v. 16, n. 35, p.238-273, jan/abr 2014,. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/soc/v16n35/a09v16n35.pdf>> Acesso em: 08/03/2015.

OENNING, N. S. X.; CARVALHO, F. M.; LIMA, V. M. C. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 150-158, jun. 2012.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO/OIT. Absentismo, causas y control. In: **Enciclopédia de Salud e Seguridad em el trabajo**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Subdirección General de Publicaciones, v.1, p.5-12. 1989.

PADILHA, V. **Nojo, humilhação e controle na limpeza de shopping centers no Brasil e no Canadá**. Caderno CRH, Salvador, v.27, n.71, p.329-346, Maio/Agosto 2014.

PENATTI, I.; ZAGO, J. S.; QUELHAS, O. Absenteísmo: As conseqüências na gestão de pessoas. In: SEGeT–SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA. 3., 2006, Juiz de Fora. **O absenteísmo como motivação para programas de melhoria na indústria brasileira.** 2006. Juiz de Fora: Associação Educacional Dom Bosco (AEDB), 2006. P. 1-11.

PEREIRA, E. R. **Fundamentos de ergonomia e fisioterapia do trabalho.** Rio de Janeiro: Taba cultural, 2003.

PICANÇO, R. S. **As causas do absenteísmo dos auxiliares de enfermagem da Funpar:** Um estudo de caso no hospital do trabalhador de Curitiba. Projeto Técnico para obtenção de título de especialista em administração de pessoas, 2004.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

PORTAL DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2013. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814295F16D0142E2E773847819/NR-07%20\(atualizada%202013\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080814295F16D0142E2E773847819/NR-07%20(atualizada%202013).pdf)> Acesso em: 16/06/2014.

PORTARIA nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Disponível em: < <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptR&q=portaria+n%C2%BA+1823+de+agosto+de+2012&btnG=&lr=> > Acesso em: 15/06/ 2014.

QUADROS, L. A. **Benefícios por incapacidade laboral no regime geral de Previdência Social.** Trabalho de conclusão de curso da Universidade de Passo Fundo, para obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas, 2014.

RODRIGUES, C. S.; FREITAS, R. M.; ASSUNÇÃO, A. Á.; BASSI, I. B.; DE MEDEIROS, A. M. Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População.** v. 30, p. 135-154, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30s0/09.pdf>> Acesso em: 15/07/2015.

ROELEN, C.; KOOPMANS, P.; ANEMA, J.; VAN DER BEEK, A. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. **Journal of occupational rehabilitation.** v. 20, n. 1, p. 113-121, 2010.

SALIBA, T. M. **Curso básico de segurança e higiene ocupacional.** São Paulo: Ltr, 2004.

SALVE, M. G. C.; BANKOFF, A. D. P. Postura corporal – um problema que aflige os trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.** v.28, n. 105-106, p. 91-103. São Paulo, 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v28n105-106/10.pdf>> Acesso em: 25/07/2015.

SANCINETTI, T.R.; SOARES, A. V. N.; LIMA, A.F.C.; SANTOS, N.C.; MELLEIRO, M.M.; FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R. R. Nursing staff absenteeism rates as a personnel management indicator. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. v.45, n.4, p. 998-1002, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a31.pdf> Acesso em 10/05/2015.

SANTANA, V. S.; AMORIM, A. M. D.; OLIVEIRA, R.; XAVIER, S.; IRIART, J.; BELITARDO, L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. **Revista de Saúde Pública**. v. 37, n. 1, p. 65-74, 2003.

SANTOS, J. P.; MATTOS, A. P. Absenteísmo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.35, n.121, p. 148-156, jun. 2010.

SCHREUDER, J. A.; ROELEN, C.A.; KOOPMANS, P. C.; MOEN, B. E.; GROOTHOFF, J.W. Effort-reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: a cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, v.47, n.5, p. 569-76, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/199909954>> Acesso em: 27/07/2015.

SCHROER, W. C.; BEREND, K. R.; LOMBARDI, A.V.; BARNES, C. L.; BOLOGNESI, M. P.; BEREND, M. E.; RITTER, M. A.; NUNLEY, R. M. Why are total knees failin today? Etiology of total knee revision in 2010 and 2011. **The Journal of Arthroplasty**, v. 28, n. 8, 2013. Disponível em: < [hptt://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23954423](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23954423)> Acesso em 21/07/2015.

SEIDEL, D. C. **As causas do absenteísmo dos agentes municipais de trânsito**. 2007.

SILVA, E.B.F.; TOMÉ, L. A. O.; COSTA, T. J. G.; SANTANA, M.C.C.P. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p. 505-514, jul-set. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1679-49742012000300016&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 22/07/2015.

SILVA, K. R.; SOUZA, A.P.; MINETTI, L. J. Avaliação do perfil de trabalhadores e das condições de trabalho em marcenarias no município de Viçosa- MG. **Revista Árvore**, Viçosa, v.26, n.6, p.769-775, Nov./dez. 2002.

SILVA, L. S.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 2, p. 2049-2058, 2008.

SILVA, R. S.; CAPPELLOZZA, A.; COSTA, L. V. O Impacto do Suporte Organizacional e do Comprometimento Afetivo Sobre a Rotatividade. **RAIMED - Revista de Administração IMED**, v.4, n.3, p. 314-329 ago./dez. 2014. Disponível em: < <https://seer.imed.edu.br/index.php/raimed/article/view/678/575>> Acesso em: 24/05/2015.

SIMÕES, M. R. L.; ROCHA, A. M. Absenteísmo-doença entre trabalhadores de uma empresa florestal no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 39, n.129, p. 17-25, jun. 2014.

SOUZA, T. P. **Identidade e subalternidade: a construção da identidade de trabalhadores serventes de limpeza**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Goiás. 2011. Disponível em: <<https://pos-sociologia.cienciassociais.ufg.br>> Acesso em: 20/07/2015.

TOMASI, F.; OLTRAMARE, P.J. **Absenteísmo e rotatividade: proposta de ações para a qualidade de vida no trabalho de trabalhadores da construção civil do sudoeste do Paraná**. TCC. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Campus Pato Branco. 2014.

TRINDADE YANO, S. R.; MIYAMARU SEO, E. S. Ferramenta de coleta de dados para análise do absenteísmo e custo direto para a empresa. **Revista de Gestão Integrada em Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, São Paulo, v.5, n.2, p 1-19, agost. 2010.

VANTUIR, G. Ergonomia: Postura correta de trabalho. **Revista Brasileira de Gestão e Engenharia**. v.2, n.2, p. 17-29, jul-dez. 2010.

VAZ, M. A.; FRAÇÃO, V. B.; PRESSI, A. M. S.; SCHEEREN, E. M. Adaptação funcional do sistema musculoesquelético a demandas funcionais específicas: o caso dos movimentos repetitivos no trabalho. In: MERLO, A. R. C. (Org) **Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul. UFRGS: 2004. p.215-267.

VAZ, M.R.C.; LOUREIRO, M. M.; CABREIRA, G. O.; SENA, J. Trabalhador em saúde: subjetividade e auto-organização. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 11, n.1, p. 50-65, jan-abr. 2002.

VELLOSO, M. P.; SANTOS, E. M. S.; ANJOS, L. A. Processo de trabalho e acidentes de trabalho em coletores de lixo domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.13, n. 4, p. 693-700, 1997. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13n4/0153.pdf>> Acesso em: 26/07/2015.

VELLOZO, V. H. **Qualidade de vida no trabalho no ponto de vista do colaborador**. Monografia. Curso de Pós-graduação em Gestão de Negócios, Universidade Federal do Paraná, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva; 2005.

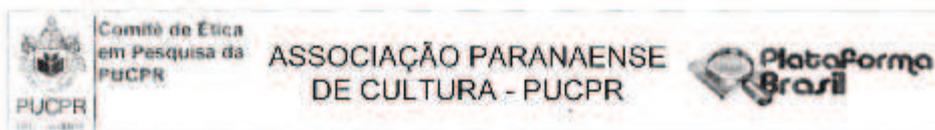
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva; 2009.

ZAKKA, T. M.; TEIXEIRA, M. J.; YENG, L.T. Dor visceral abdominal: aspectos clínicos. **Revista Dor**. São Paulo, v. 14, n.4, p. 311-314, Out./Dez. 2013.

ZOCCHIO, A. **Como entender e cumprir as obrigações pertinentes a segurança e saúde no trabalho**: um guia e um alerta para os agentes e chefia das empresas. 2ª ed. São Paulo: Ltr, 2008.

ZONDERVAN, K.; BARLOW, D. H. Epidemiology of chronic pain: **Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. v.14, n. 3, p. 403-14, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10962634>> Acesso em: 22/07/2015.

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil de absenteísmo-doença em trabalhadores da higienização de uma instituição de ensino superior

Pesquisador: JAQUELINE DO CARMO MACHADO LOPES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38218714.8.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 894.771

Data da Relatoria: 11/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de levantamento sobre o absenteísmo de trabalhadores na Universidade Católica do Paraná, utilizando dados de arquivos (prontuários). O desenho da pesquisa é bastante simples e objetivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil de absenteísmo-doença em trabalhadores da higienização em uma instituição de ensino superior.

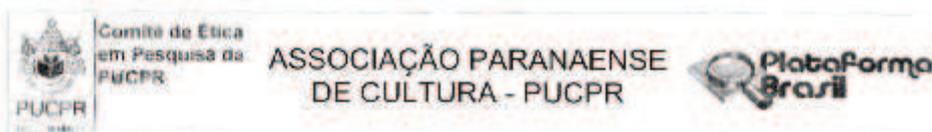
Objetivo Secundário:

- Levantar os indicadores de absenteísmo, auxílio-doença e causas prevalentes no setor de higienização;
- Identificar as características sociodemográficas, queixas de saúde e motivos de recorrência à medicina do trabalho;
- Levantar os registros de risco laboral nos documentos oficiais da empresa;
- Estabelecer uma relação entre adoecimento, condições de trabalho e perfil de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não são apresentados riscos, pois trata-se de utilização do banco de dados. Os benefícios apontados são aqueles inerentes aos resultados da pesquisa.

Endereço: Rua Inmaculada Conceição 1155
 Bairro: Prada Velha CEP: 80.215-001
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 804.771

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de desenho e execução bastante simples, não havendo comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCUD é apresentado e encontra-se de acordo com as recomendações deste Comitê.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende às recomendações deste Comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CURITIBA, 02 de Dezembro de 2014

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
 (Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição, 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br

ANEXO 2 - FICHA PARA EXAME MÉDICO ADMISSIONAL

EXAME MÉDICO OCUPACIONAL ADMISSIONAL

Data: / /

Identificação:

| | | | | |
|---|------|---------------|------------------------------------|--------|
| Nome: | | | | RG: |
| Sexo: (M) (F) | Cor: | Estado civil: | Data nascimento: | Idade: |
| Telefones de contato fixo e/ou celular: | | | Quantas pessoas moram em sua casa: | |
| EMPRESA / CR: | | | | |
| SETOR: | | | FUNÇÃO: | |

Dados Pessoais Gerais:

GRUPO SANGÜÍNEO: **Rh:**

Fumante: Não () Sim () – até 10 cigarros/dia () 10 a 20 () mais de 20 () .

Bebidas alcoólicas: Não () Sim () – diariamente () fim de semana () às vezes () .

Antecedentes familiares: (pai, mãe, avós, bisavós, tios e tias, filhos e filhas)

Diabetes () Doenças do coração () Doenças dos pulmões () Câncer () Doenças da coluna () Reumatismos () Pressão alta () Epilepsia () Doenças mentais () Desmaios () D. vasculares () .

Antecedentes pessoais:

Já teve alguma doença grave ? () Não. () Sim:

Já foi internado alguma vez (mesmo quando criança)? () Não. () Sim.

Causa(s) clínicas e cirúrgicas:

Pratica algum esporte? () Não. () Sim:

Antecedentes profissionais: Iniciou suas atividades aos _____ anos de idade.

| FUNÇÃO | TEMPO DE TRABALHO |
|--------|-------------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |

ANEXO 3 - FICHA DO PPRA

| QUADRO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE DE RISCOS AMBIENTAIS | | | | | |
|---|---|--|----------------------|-----------------|---------|
| Unidade: | | | | | MAPA 00 |
| Setor: Núcleo de Higienização e Limpeza | | | | | |
| Cargo / Função: Auxiliar de Limpeza | | | | | |
| DESCRIÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO | | | | | |
| Piso: Diversos | | | Iluminação: Diversas | | |
| Parede: Diversas | | | Ventilação: Diversas | | |
| Pé direito aproximado: 0,0m | | | Área aproximada: | | |
| DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES | | | | | |
| Realizar a higienização e limpeza de acordo com procedimentos aprovados, aplicar todos os procedimentos de higienização e limpeza, cumprir com procedimento de produto não conforme, cumprir com procedimento de utilização de EPI's e LPC's, cumprir com procedimento de diluição, faz o preparo e manuseio de produtos quando designado pela chefia, aplicar técnica de limpeza e desinfecção, cumprir com procedimento de reposição de sabonete líquido, álcool gel, reposição de papel higiênico e papel toalha, cumprir com procedimentos de limpeza de superfícies, organizar material a ser utilizado durante a jornada de trabalho, aplicar plano de trabalho, atender as solicitações dos clientes de chefias, relativas a higienização das áreas, manter pelo zelo dos equipamentos, bem com a limpeza destes após uso, manter o local de trabalho limpo e organizado, fazer o uso correto dos equipamentos e máquinas e executa outras tarefas, a critério da chefia | | | | | |
| AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS RISCOS | | | | | |
| RISCO | AGENTE | TIPO DE EXPOSIÇÃO | TEMPO DE EXPOSIÇÃO | | |
| | | | E | I | C |
| FÍSICOS: | Unidade | lavagem de pisos | | | X |
| QUÍMICOS: | Sambiantes de desinfetantes | Limpeza de desinfecção dos diversos setores. | | X | |
| BIOLÓGICOS: | Não aplicável | Não se enquadra | | | |
| ERGONÔMICOS: | Postura inadequada. | Na execução das atividades diárias | | X | |
| ACIDENTES: | Não aplicável | Não se enquadra | | | |
| Legenda: F: Freqüente I: Intermitente C: Contínuo / habitual e permanente / | | | | | |
| AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DOS RISCOS | | | | | |
| | | | | | |
| MEDIDAS DE CONTROLE EXISTENTES | | | | | |
| COLETIVAS: | Carrinhos MOPP e carrinhos para transporte de materiais | | | | |
| INDIVIDUAIS: | EPI - Equipamento de Proteção Individual | C.A. Cont. de Risco | Fator de Corr. | Seguro Trabalho | |
| | Máscara respiratória | 8822 | SIM | S M | |
| | Boné de Segurança Bata de Borracha | 26812 / 26286 | SIM / SIM | S M / S M | |
| | Luva de Latex | 16100 | SIM | S M | |
| | Óculos de Proteção | 17901 | SIM | S M | |
| MEDIDAS DE CONTROLE PROPOSTAS | | | | | |
| COLETIVAS | | | | | |
| Treinamento sobre riscos químicos e também extintores, hidrantes e lias para isolamento. | | | | | |
| INDIVIDUAIS | | | | | |
| Em atendimento a NR - 17 e EPI's fornecidos para os funcionários. | | | | | |

AVALIAÇÃO E CONTROLE DE RISCOS

ANEXO 4 - FICHA DO PCMSO

DESENVOLVIMENTO DO PCMSO: HIGIENIZAÇÃO, LIMPEZA, JARDINAGEM E FROTA.

EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS E COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS DE ACÓRDO COM A FUNÇÃO E SETOR DE TRABALHO EM CONCORDÂNCIA COM O PPA:

| Setores | Funções | Riscos Ambientais | Exames Complementares e Ocupacionais | Periodicidade |
|---|---|---|--|--|
| Higienização, Limpeza, Jardinagem e Frota | Coordenador | | Exame Admissional: - Exame clínico. - Exame complementar. Não há indicação ocupacional. Exame Periódico / Retorno trabalho / Mudança função: - Exame Clínico. | Exames periódicos a periodicidade será definida para trabalhadores expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem o desacomodamento ou agravamento de doenças ocupacionais, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos: b) para os demais trabalhadores: b.1) anual, quando maiores de 18 (dezoito) anos e menores de 45 (quarenta e cinco) anos de idade; b.2) a cada dois anos, para os trabalhadores entre 18 (dezoito) anos e 45 (quarenta e cinco) anos de idade. |
| | Técnico administrativo Auxiliar téc. Administrativo SPV higienização e limpeza | Ausência de riscos específicos. | Exame Admissional: - Exame clínico. - Exame complementar. Hemograma completo Creatinina TGO / TGP Exame Periódico / Retorno trabalho / Mudança função: - Exame Clínico. - Exame complementar. Hemograma Creatinina TGO / TGP Exame Demissional: - Exame Clínico - Exame complementar. Hemograma completo Creatinina TGO / TGP | <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • Hemograma admitivo e anual • Creatinina admitivo e anual. • TGO / TGP admitivo, e anual. |
| Núcleo Higienização e Limpeza APC | Auxiliar limpeza Auxiliar de Serviços Gerais Zelador N.6 Colador Resíduos | Químicos: Produtos de limpeza em geral Ergonômicos: Posturas inadequadas Levantamento / transporte manual de pesos Acidentes: Acidentes com equipamentos Acidentes de mesmo nível. | Exame Admissional: - Exame clínico. - Exame complementar. Hemograma completo Creatinina TGO / TGP Exame Periódico / Retorno trabalho / Mudança função: - Exame Clínico. - Exame complementar. Hemograma Creatinina TGO / TGP Exame Demissional: - Exame Clínico - Exame complementar. Hemograma completo Creatinina TGO / TGP | <p>a) para trabalhadores expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem o desacomodamento ou agravamento de doença ocupacional, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos: a.1) a cada ano ou a intervalos maiores, a critério do médico encarregado, ou se notificado pelo médico agente da inspeção do trabalho, ou, ainda, como resultado de negre ações relativas do trabalho;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo • Creatinina admitivo e anual • TGO / TGP admitivo, e anual. |

DESENVOLVIMENTO DO PCMSO: HIGIENIZAÇÃO, LIMPEZA, JARDINAGEM E FROTA - SJP
EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS E COMPLEMENTARES NUCLEONÁRIOS DE ACORDO COM A FUNÇÃO E SETOR DE TRABALHO EM CONCORDÂNCIA COM O PPRA.

| Sectores | Funções | Riscos Ambientais | Exames Complementares Ocupacionais | Periodicidade |
|--|---|--|---|--|
| Higienização, Limpeza, Jardinagem e Frota SJP | SPV Higienização e Limpeza | Ausência de riscos específicos. | Exame Admissional: - Exame clínico. Exame complementar: - Não há indicação ocupacional. Exame Periódico / Retorno trabalho / Mudança função: - Exame Clínico. - Exame complementar. Será realizado se houver indicação clínico-ocupacional no exame mudança de função. Exame Demissional: - Exame Clínico. | Exames periódicos a periodicidade será de: a) para trabalhadores expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem o desacomodamento ou agravamento do desempenho ou agravamento de doença ocupacional, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos: b) para os demais trabalhadores: B.1) anual, quando menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 45 (quarenta e cinco) anos de idade. B.2) a cada dois anos, para os trabalhadores entre 18 (dezoito) anos e 45 (quarenta e cinco) anos de idade. |
| | | | Exame Admissional: - Exame clínico. - Exame complementar: Hemograma completo TGO / TGP Exame Periódico / Retorno trabalho / Mudança função: - Exame Clínico. - Exame complementar: Hemograma Creatinina TGO / TGP. Exame Demissional: - Exame Clínico. - Exame complementar: Hemograma completo Creatinina TGO / TGP. | a) para trabalhadores expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem o desacomodamento ou agravamento de doença ocupacional, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos: a.1) a cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico agente da inspeção de trabalho, ou, ainda, como resultado de negociação coletiva de trabalho; ▪ Hemograma completo ▪ Creatinina e anual ▪ TGO / TGP admissional e anual... |
| Núcleo de Higienização e Limpeza APC-SJP | Auxiliar limpeza Auxiliar de Serviços Gerais | Quimicos de limpeza em geral Ergonômicos: Posturas inadequadas Levantamento / transporte manual de pesos Acidentes: Acidentes com equipamentos e quedas de mesmo nível. | Exame Admissional: - Exame clínico. - Exame complementar: Hemograma completo Creatinina TGO / TGP Exame Periódico / Retorno trabalho / Mudança função: - Exame Clínico. - Exame complementar: Hemograma Creatinina TGO / TGP. Exame Demissional: - Exame Clínico. - Exame complementar: Hemograma completo Creatinina TGO / TGP. | a) para trabalhadores expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem o desacomodamento ou agravamento de doença ocupacional, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos: a.1) a cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico agente da inspeção de trabalho, ou, ainda, como resultado de negociação coletiva de trabalho; |

APÊNDICE 1- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, Jaqueline do Carmo Machado Lopes, abaixo assinada, pesquisadora envolvida no projeto de título: PERFIL DE ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM TRABALHADORES DE HIGIENIZAÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR, comprometo-me a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do SESMT, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito aos registros contidos em prontuários de trabalhadores do setor de higienização da instituição pesquisada e documentos oficiais referentes às políticas de saúde da empresa como o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), bem como estatísticas de absenteísmo e auxílio-doença, ocorridos entre as datas de: 2010 a 2014.

Envolvidos na manipulação e coleta dos dados

| Nome completo | CPF | Assinatura |
|----------------------------------|-------------|-------------------|
| Jaqueline do Carmo Machado Lopes | 89887000744 | |
| Maria Cristina Grillo Costa | 03467028870 | |
| Auristela Duarte de Lima Moser | 12735175472 | |

Curitiba, outubro de 2014.

APÊNDICE 2 - AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

Eu Carlos Eduardo da Silva Santos, abaixo assinado, médico coordenador pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), autorizo a realização do estudo PERFIL DE ABSENTISMO DOENÇA EM TRABALHADORES DA HIGIENIZAÇÃO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Foi informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordo com o parecer ético emitido pelo CLP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 486/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa onde serão utilizados os dados dos prontuários médicos desses sujeitos, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Curitiba, 17 de dezembro de 2014

Dr. Carlos Eduardo da Silva Santos
Médico do Trabalho - CRM 7896-PR
Coordenador PCMSO

Assinatura e carimbo do responsável institucional

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

JAQUELINE DO CARMO MACHADO LOPES
MARIA CRISTINA GRILLO COSTA
AURISTELA DUARTE DE LIMA MCSER