



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**

LENIRA FERREIRA RIBEIRO

**ABSENTEÍSMO NO SETOR BANCÁRIO:
ANÁLISE DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Pedro Reginaldo Prata

Salvador, Bahia

2004

LENIRA FERREIRA RIBEIRO

**ABSENTEÍSMO NO SETOR BANCÁRIO:
ANÁLISE DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora

Prof. Dr. Pedro Reginaldo Prata (Orientador)

Profa. Dra. Vilma de Sousa Santana

Profa. Dra. Anadergh Barbosa Branco

AGRADECIMENTOS

Primeiro a **DEUS**, pela vida e pelas oportunidades de crescimento que me são dadas.

Ao Prof. **Pedro Reginaldo Prata**, meu orientador, que, como ser humano excepcional e com sua capacidade profissional, conhecimento e incentivo, tornou possível a realização deste trabalho.

A Profa. **Vilma Santana**, que nesta trajetória esteve sempre presente, contribuindo com seu saber e que me inspirou a trilhar esse caminho.

À Profa. **Anadergh Branco**, que emitiu sugestões e disponibilizou referências bibliográficas que foram indispensáveis para dar continuidade a este trabalho.

A **Rosa Amélia**, grande amiga e colaboradora, pelo incentivo e ajuda em cada momento da elaboração deste trabalho.

A **Antônio**, pela contribuição com seu saber na realização de várias etapas do trabalho.

Aos **demais professores do ISC**, cada um contribuindo com seu conhecimento, para a elaboração de cada parte deste trabalho.

Aos colegas do mestrado, por terem dividido comigo as dificuldades e conhecimentos adquiridos durante o curso.

A **minha família**, pela paciência e incentivo, e por estar sempre presente e compartilhando os momentos.

A **meu pai**, em memória, para mim o maior de todos os trabalhadores, por todos os seus ensinamentos.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

A meus pais, Elziária e Arnaldo (*in memoriam*) que me ensinaram a importância do conhecimento para o crescimento profissional e a quem devo tudo que sei.

A Amorim, meu companheiro, e a minhas filhas, Rita e Carolina, pelo amor e confiança demonstrados e que me encorajaram nessa vontade de aprender sempre mais, presenças constantes na minha vida.

A minha família e amigos, que contribuíram para o meu fortalecimento e motivação para seguir em frente.

Não existe arte patriótica nem ciência patriótica. Ambas pertencem, como todo sublime bem, ao mundo inteiro, e só podem ser fomentadas pelo intercâmbio geral e livre de todos os simultaneamente vivos, em constante respeito pelo que nos foi transmitido e nos é conhecido do passado.

(GOETHE)

**ABSENTEÍSMO NO SETOR BANCÁRIO:
ANÁLISE DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Resumo

O objetivo deste trabalho foi estudar o absenteísmo numa população de trabalhadores, submetidos as ações de um programa de consultoria e diagnóstico em saúde, implantado numa instituição financeira estatal, para reduzir o absenteísmo por doença, através da mensuração dos afastamentos do trabalho por doença e das principais causas de afastamento. A população de trabalhadores foi avaliada em dois momentos distintos, antes da implantação do programa e a partir de dois anos após seu início. Foram avaliados 438 trabalhadores num estudo seqüencial do tipo *case crossover*, onde cada trabalhador foi controle dele mesmo. Cada trabalhador, para participar da população do estudo, precisou ter sido submetido as ações do programa e ter pelo menos duas avaliações de saúde, através dos exames do PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional), antes e depois da implantação do programa. Verificou-se uma redução no número de afastamentos, após a implantação do programa, passando de 29,0 % no momento anterior ao programa, para 25,0% na segunda avaliação (um declínio de 1,2 %). As doenças osteomusculares apareceram como maior responsável pelos afastamentos do trabalho no grupo estudado, seguido pelas doenças do aparelho respiratório, tanto no momento anterior quanto no posterior à intervenção. Esses achados foram discutidos à luz da importância da implantação desses programas pelas empresas, assim como da necessidade de serem avaliados sistematicamente, para medir o alcance dos objetivos propostos, buscando garantir melhores condições de trabalho e saúde para os funcionários. Também são discutidas as proporções de doenças osteomusculares nessa categoria, associados às características das atividades desempenhadas.

Palavras-chave: Absenteísmo, programas de saúde, saúde do trabalhador.

Abstract

This study is aimed at to analyze a health program designed to decrease absenteeism from work due to disease, of employees of an institution of the service sector (a State bank). The study population was examined before and after the implantation of the program and two years after its implementation, design is case crossover of 438 subjects. Employees were selected based on the following criteria: been enrolled in the program and had at least two health evaluations. Before the intervention the proportion of absenteeism was 29,0% which declined to 25,0% in the last examination (1,2 %). Moreover, the most prevalent group of diseases related to absence from work was the osteomuscular group, followed by respiratory one. The author considers these findings under the framework of the relevance of these programmes to achieve its maim aim of tackling absenteeism. The necessity of their systematic evaluation, of the program is emphasized to improve working conditions and employees well being.

Key words: Absenteeism, health programmes, employees health.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

- Tabela 1 – Dados sociodemográficos e ocupacional da população de trabalhadores de uma estatal em Salvador, Bahia, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa). 70
- Tabela 2 – Dados de estilo de vida e IMC (Índice de Massa Corporal) da população de uma estatal em Salvador, Bahia, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa). 71
- Tabela 3 – Absenteísmo por doenças de acordo os dados de estilo de vida e IMC dos trabalhadores de uma estatal em Salvador, Bahia, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa). 72
- Tabela 4 – Absenteísmo por doenças osteomusculares, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares e transtornos mentais, de acordo as variáveis sociodemográficas e ocupacionais, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa). 73
- Tabela 5 – Distribuição dos afastamentos por doenças de acordo o número de dias de licença da população de trabalhadores de uma estatal em Salvador, Bahia, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa). 74
- Tabela 6 – Distribuição dos afastamentos de acordo o número de dias de licença e variáveis sociodemográficas e ocupacionais da população de trabalhadores de uma estatal em Salvador, Bahia, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa). 75

Tabela 7 – Prevalência dos fatores de risco, problemas de saúde e fatores de proteção antes e depois da implantação do programa e respectivas razões de prevalência bruta e ajustadas por idade e ocupação e intervalos de confiança a 95% (Método de Mantel Haenzel).

76

Figura 1 – Gráfico de prevalência (percentual) de absenteísmo por grupo de causas de doenças na população de trabalhadores de uma estatal em Salvador, Bahia, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa).

77

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| <i>INTRODUÇÃO</i> | <i>12</i> |
| <i>CAPÍTULO 1 – ABSENTEÍSMO NO TRABALHO</i> | <i>14</i> |
| <i>CAPÍTULO 2 – ABSENTEÍSMO NO SETOR BANCÁRIO</i> | <i>23</i> |
| <i>CAPÍTULO 3 – O ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA</i> | |
| <i>3.1. PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA</i> | <i>34</i> |
| <i>3.2. O PROGRAMA AVALIADO</i> | <i>37</i> |
| <i>3.3 – AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS</i> | <i>44</i> |
| <i>CAPÍTULO 4 – MATERIAL E MÉTODOS</i> | <i>48</i> |
| <i>CAPÍTULO 5 – RESULTADOS</i> | <i>52</i> |
| <i>CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO</i> | <i>59</i> |
| <i>CAPÍTULO 7 – CONCLUSÃO</i> | <i>66</i> |
| <i>REFERÊNCIAS</i> | <i>78</i> |

INTRODUÇÃO

Em atendimento aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, apresentamos a presente dissertação “Absentéismo no setor bancário: análise de um programa de intervenção”.

Esta dissertação surge num momento em que os índices de absenteísmo por doenças entre os trabalhadores da empresa estudada encontram-se elevados e, com a criação de um programa cujo objetivo consiste em reduzir esses índices, faz-se necessária seu acompanhamento e avaliação assim como buscar medir seus resultados e nível de alcance dos objetivos propostos.

O mundo do trabalho passa por uma mudança em seus padrões de exigências a partir do advento das modernas máquinas automatizadas e da nova organização do trabalho. Vive-se, então, um processo de transição de duas “culturas” de trabalho em que o homem continua sendo exigido, porém de outro modo (RIBEIRO, 1999). Os esforços foram modificados, passando a ter como característica ser menos intensos do ponto de vista da força e levantamento de peso, passando a ser contínuos e mais rápidos e deixando a sensação de ser inócuos devido à leveza no manuseio das máquinas, exigindo, porém, mais destreza e atenção, combinadas com a aceleração do ritmo do processo e o aumento da produtividade (RIBEIRO, 1999).

Como consequência da nova relação do trabalhador com as máquinas, aliada à falta de controle do processo de trabalho, podem surgir às doenças relacionadas aos trabalhos repetitivos, ritmos acelerados e ao estresse, pois o impacto dessas mudanças e a introdução de novas tecnologias podem repercutir na saúde física e mental dos trabalhadores, podendo levar a um quadro de adoecimento típico de determinados processos de trabalho

(ASSUNÇÃO, 1993) e aos níveis de absenteísmo observados atualmente nas empresas.

Desde a Antiguidade, os trabalhadores já relacionavam sua ocupação profissional às doenças pelas quais eram vitimados, porém foi nos últimos 200 anos que as relações saúde e trabalho tornaram-se tema relevante nos diversos estudos e passaram a fazer parte das pautas nos movimentos sindicais. Acredita-se hoje nas características históricas e sociais dos modos de adoecer e morrer que estão possivelmente associadas à inserção dos indivíduos e coletivos humanos (LAURELL, 1983).

Este estudo está estruturado em sete capítulos. O Capítulo 1 discute algumas abordagens do absenteísmo por diferentes autores, conceitos, causas e, particularmente, as repercussões deste no mundo do trabalho. O Capítulo 2 trata do absenteísmo no setor bancário e das características existentes nesse ramo de atividade que podem estar associadas ao adoecimento dos trabalhadores. Algumas estratégias utilizadas pelas empresas para reduzir os problemas gerados pelos altos índices de afastamento por doenças entre os trabalhadores podem ser vistas no Capítulo 3. O capítulo 4 descreve o programa implantado na empresa estudada, suas características e uma breve revisão de formas de avaliação de programas.

Os aspectos metodológicos – desenho de estudo, caracterização da população, base de dados e análises de dados, estão no Capítulo 5. O Capítulo 6 traz os resultados encontrados e as análises estatísticas. O capítulo 7 traz uma discussão dos achados no estudo e, finalmente, o Capítulo 8 trata das conclusões do estudo.

Capítulo 1 ABSENTEÍSMO NO TRABALHO

O conceito de absenteísmo vem sendo entendido de maneira similar por diversos autores em diferentes épocas. Na língua portuguesa, é definido como ausência premeditada ou o hábito de estar ausente (ROCHA, 2000). Esta definição corresponde ao que pode ser encontrado na literatura sobre o tema.

Para Behrend (1959), o absenteísmo é a ausência voluntária ao trabalho, quando o trabalhador deixa de apresentar-se ao local de trabalho, justificando ou não a sua ausência. Da mesma forma, Gillies (1994), entende o absenteísmo como qualquer período de tempo durante o qual deliberadamente se deixa de comparecer ao trabalho. Já Ferreira (1993) o define como a ausência habitual ao emprego ou a falta de assiduidade neste, fazendo distinção da ausência justificada da não justificada. Desta forma, o absenteísmo por licença médica é definido pelo mesmo autor como a ausência ao trabalho justificada por atestado médico.

Para a OIT (Organização Internacional do Trabalho), o absenteísmo é definido como a falta ao trabalho por parte de um empregado, ao passo que o absenteísmo por licença médica consiste no período de baixa laboral atribuído a uma incapacidade do indivíduo, sendo que a baixa laboral é o período ininterrupto de ausência ao trabalho, contabilizado desde o início e à margem de sua duração (OIT, 1991).

As ausências ao trabalho representam um grande impacto econômico, pois interferem na produção, aumentam o custo operacional e reduzem a eficiência do trabalho, além de acarretar sobrecarga aos trabalhadores que permanecem no ambiente de trabalho tendo que executar, também, as atividades dos colegas ausentes podendo levar ao aparecimento de doenças e, futuramente, a possíveis afastamentos (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

Por outro lado, o absenteísmo não consiste apenas em um indicador de adoecimento, pois em muitos casos, representa também a insatisfação do trabalhador com o trabalho ou a empresa (DANATRO, 1997). Apesar de ter um caráter de comportamento individual, a ausência ao trabalho gera também problemas ao grupo de trabalhadores, sendo estes problemas muitas vezes ignorado por parte dos gestores, dos especialistas e técnicos em gestão de recursos humanos, assim como, pelos profissionais da área de segurança, higiene e saúde no trabalho (DANATRO, 1997).

Para o Subcomitê da Associação Internacional de Medicina do Trabalho (1978), absenteísmo por doença é considerado como a ausência do trabalhador atribuída a doença ou lesão acidental e, como tal, aceita. Em suas recomendações, o índice de freqüência de absenteísmo maior que 0,10 por mês, ou seja, para cada 100 trabalhadores ocorrerem mais de 10 afastamentos por doença durante o mês, representa um elevado índice de absenteísmo para a realidade brasileira.

Segundo Briner (1996), existem variações nos índices de absenteísmo entre os diversos países, sendo que, no Oeste da Europa, os índices são duas vezes mais altos do que no Japão e nos Estados Unidos. Verificaram-se também diferenças marcantes quanto às causas desse absenteísmo, estando relacionado às características específicas do trabalho desenvolvido, ao número de horas trabalhadas, ao sexo, à empresa, à ocupação dos empregados, etc. (BRINER, 1996).

No Reino Unido, o número de jornadas perdidas por enfermidades, justificadas por atestado médico foi superior a 10% quando comparados os períodos de 1970-1974 em relação ao período de 1960-1964. Os custos com o absenteísmo são difíceis de determinar, porém se estima que

são similares ao custo total do Serviço Nacional de Saúde. Na Indústria, representa mais de 10% de todas as despesas, salários e horas extras pagos, e estudos comprovam tendências similares em outros países (DANATRO, 1994).

No Uruguai, foram realizados estudos em empresas estatais, em que se indicam maiores índices de absenteísmo associados a doenças respiratórias, osteomusculares e doenças do aparelho digestivo (BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL, 1994). Quando analisados os dados do balanço social de 1999, o absenteísmo global (por todas as causas), para as empresas com um volume de 776 mil trabalhadores, não chega a 8%, variando de 3,7% nas empresas do setor financeiro e 10,1% no setor de turismo (hotelaria e restauração). Ao analisar esses dados, deve-se estar atento ao número de empresas por setor que vão de 4 (quatro) na pesca a 1.063 no setor das indústrias transformadoras.

No Brasil os níveis de absenteísmo variam significativamente de acordo com a organização, com a administração e com o tipo de atividade desenvolvida. Além disso, com os avanços tecnológicos, o conteúdo das tarefas vem sendo modificado e o momento macroeconômico que o país vive atualmente, com os altos índices de desemprego e subemprego, fazem com que os trabalhadores estejam cada vez mais temerosos de perderem seus empregos (BOURGUIGNON, 1999).

Para o Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional a taxa de absenteísmo é dada pelo peso do total de horas de ausência, calculada a partir do número médio de trabalhadores no potencial máximo anual (PMA). Para efeitos estatísticos administrativos, as ausências ao trabalho são classificadas em dois grupos, sendo um atribuído a doenças e acidentes de trabalho e outro imputado a outras causas (licença maternidade, exercício do direito do trabalhador, suspensão disciplinar, etc.) (GRAÇA, 2003).

Os indicadores do absenteísmo são a taxa global (% de THA/THET) e a taxa específica por incapacidade de curta ou longa duração, devidas a doença e acidente (% de THA por doença e acidente/THET), sendo a THA o total de horas de ausência e THET, o total de horas efetivamente trabalhadas (GRAÇA, 2002).

Entre as possibilidades de aprofundar a discussão das medidas a serem adotadas, ressalta-se a necessidade de desagregar as informações ou dados de ausências ao trabalho, pelas principais causas, por gênero, grupo etário, qualificação profissional, por estabelecimento, além da duração das ausências (absenteísmo de curta duração e de longa duração), para, a partir daí, obter-se dados para uma avaliação do real quadro do absenteísmo por doença entre os trabalhadores (GRAÇA, 2002).

Segundo Couto (1991), existe uma relação direta entre o tipo de trabalho e as causas de afastamento entre os trabalhadores, com a maior perda no absenteísmo de média duração (3 a 15 dias de afastamento), e o maior número de ocorrências no absenteísmo de pequena duração (1 a 2 dias de afastamento), associando o afastamento ao trabalho a fatores sociais, culturais e do trabalho.

Estudos como os de Abrahão (2002) e Godoy (2000) têm apontado que afastamentos de curta duração podem fornecer informações a respeito do estado de saúde de determinado grupo de trabalhadores, como também podem estar relacionados a fatores ligados à organização do trabalho, como duração da jornada, turnos e autonomia no trabalho, entre outros.

Para identificar as potenciais causas determinantes do absenteísmo por licença médica entre os funcionários do Superior Tribunal Militar, em Brasília, Ildefonso (2001) encontrou uma média de licenciamento geral de 51,9% no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2000 e uma média anual de 156 funcionários afastados/ano. A população feminina apresentou maior índice de afastamento (59,2%), a faixa etária predominante

estava entre 61 e 70 anos e as licenças de curta duração foram responsáveis por 65,9% do total das licenças. Em relação às causas de afastamentos, destacaram-se nesse estudo, as licenças para acompanhar pessoas da família e, em seguida, as doenças respiratórias e as osteomusculares (ILDEFONSO, 2001).

Em pesquisa realizada entre trabalhadores da INFRAERO (Empresa Brasileira de Infra-estrutura Aeroportuária), em Brasília, para avaliar o absenteísmo por licença médica, no período de janeiro de 1997 a dezembro de 2001, foram analisadas 2.806 licenças, encontrando-se maior índice de afastamento no sexo feminino, na faixa etária entre 30 e 50, anos e o predomínio das licenças de curta duração, de até três dias. A definição de afastamento de curta duração, por motivo de doença, não é consensual e depende de leis trabalhistas vigentes em cada país e de normas específicas das instituições (ABRAHÃO, 2002).

Estudos trazem distintas causas para o absenteísmo, como as jornadas prolongadas de trabalho, juntamente com as condições insalubres oferecidas aos trabalhadores e a tensão emocional, apresentando-se como fatores que acarretam o absenteísmo em longa escala (SCHMIDT, 1986). Enquanto, para Chiavenatto (1999), as causas do absenteísmo nem sempre estão no próprio empregado, podendo também ser decorrentes de organização, supervisão deficiente, empobrecimento de tarefas, falta de motivação e estilo de gerenciamento na empresa.

Em pesquisa realizada entre funcionários de um Hospital Universitário em Minas Gerais, Godoy (2000) constatou a predominância do sexo feminino nos afastamentos por licença médica, destacando-se como principais causas as doenças do aparelho respiratório, do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Em um estudo de coorte realizado por Nogueira (1975) numa indústria têxtil em São Paulo, sobre absenteísmo entre trabalhadores, registra-se que o número de licenças médicas entre os trabalhadores do sexo masculino é realmente menor do que o apresentado pelo sexo feminino, sendo que as mulheres apresentam 15 vezes mais doenças geniturinárias que os homens (não se considerando as doenças obstétricas), 6,3 vezes mais doenças osteoarticulares, 1,75 vez mais doenças digestivas e 1,37 vez mais doenças respiratórias.

Segundo o autor, os resultados estão associados ao grande número de atribuições que a mulher passou a assumir quando se dedicou ao trabalho fora de casa, pois, além das responsabilidades inerentes ao próprio trabalho, ainda tem as atividades de sua casa e de sua família, o que pode acarretar uma sobrecarga e gerar doenças. De fato, os achados do presente estudo apontam para um maior absenteísmo entre trabalhadores do sexo feminino nos dois momentos da avaliação do grupo.

Em relação à duração do afastamento, no estudo de Godoy (2000), detectou-se que 67,0% dos afastamentos são por um período de até três dias, tendo como causas mais freqüentes as doenças do aparelho respiratório, afecções osteomusculares, doenças do aparelho digestivo e transtornos mentais. Os 33,0% restantes de afastamento correspondem a licença por período acima de três dias, e foram causados por doenças relacionadas ao sistema osteomuscular, a transtornos mentais e comportamentais, doenças do aparelho circulatório, complicações da gravidez, parto e puerpério, além de acidentes de trabalho.

Em estudo realizado sobre o absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem em unidade de terapia intensiva, Souza (1992) destaca o acometimento da coluna vertebral como fator importante de adoecimento entre a equipe de enfermagem. Assim também, em outros estudos que possuem como

população base, profissionais de enfermagem, Reis (2003), relata como diagnósticos mais freqüentemente encontrados os relacionados ao aparelho respiratório, com 18,2% dos afastamentos, seguidos de doenças do sistema osteomuscular, com 13,4%, não havendo diferenças para gênero e idade.

Boedeker (2001) estudando a associação entre carga de trabalho e absenteísmo por doença acompanhou trabalhadores de 5 empresas na indústria de metal e comércio varejista durante 3 anos e analisou as licenças médicas por hipertensão, doença isquêmica do coração, úlceras, desordens neuróticas e acidentes de trabalho. Ao definir percentuais de níveis/carga de exposição, o autor refere uma associação positiva e estatisticamente significativa entre demanda física acima de 75,0% e hipertensão arterial (RR 2,27) IC 95% (1,72 2,99) e que ajustar por idade, sexo, número de horas trabalhadas, nível de educação entre outras variáveis, manteve-se a associação positiva (RR 2,06) IC 95% (1,53 2,77).

Algumas outras características, além do sexo, chamam a atenção em relação ao absenteísmo, tal como a idade, que consiste em ponto controverso uma vez que alguns estudos trazem o predomínio de afastamentos entre os trabalhadores mais jovens enquanto outros relacionam o absenteísmo com o envelhecimento, (QUICK; LAPERTOSA, 1982). Mas, fatores de risco como tabagismo, hipertensão arterial, obesidade e a categoria profissional em que o trabalhador encontra-se inserido, podem também estar relacionados com o absenteísmo.

Os dados da Previdência Social mostram que, no Brasil, existe um total de 9.162 benefícios concedidos por auxílios doenças totalizando um custo de R\$ 5.406.851,00 para os cofres públicos, com pagamentos de salários/benefícios decorrentes de afastamentos do trabalho, enquanto para o auxílio acidente totaliza 456 representando um desembolso de R\$ 222.613,00 (BRASIL, 2004).

O total de benefícios previdenciários, somando todas as espécies, é de 233.876, com o custo de R\$ 101.873.360,00 e uma média de 32 dias de afastamento por trabalhador. A Região Sudeste é responsável pelo maior número de benefícios registrados na Previdência, com um total de 105.286, enquanto a Região Nordeste possui 55.713 benefícios dos quais 16.367 são registrados no Estado da Bahia, com um custo previdenciário de R\$ 5.131.873,00 (BRASIL, 2004).

O absenteísmo, ainda hoje, é um dos grandes problemas dos gestores das instituições financeiras públicas e privadas no Brasil, sendo este um desafio para as organizações e para quem gerencia os serviços das mais diversas áreas, constituindo-se num problema complexo. Constitui uma fonte de preocupação nas empresas pelo elevado custo, quer direto ou indireto, interferindo amplamente no faturamento das organizações (STOCKMEIER, 2003).

Em pesquisa realizada por Zapelini (2002), objetivando estudar a relação entre as más condições dos ambientes de trabalho e a problemática do absenteísmo e da rotatividade em organizações de pequeno porte, são sugeridas medidas ergonômicas como uma possibilidade de solução para a realidade analisada. A pesquisa foi de caráter qualitativo e quantitativo, sendo dada uma abordagem teórico-empírica. Conclui que os níveis de absenteísmo e rotatividade variam significativamente de acordo com a organização, com seu modelo de administração e com o tipo de atividade desenvolvida.

A associação entre o clima organizacional no ambiente de trabalho, os sintomas relacionados ao trabalho e o absenteísmo por doença, e a maneira como estes fatores variam de acordo com as características sociodemográficas relacionadas ao trabalho, foi estudada por Piirainen (2003) com uma amostra de 4.209 trabalhadores, com idade entre 25 e 64 anos, num estudo de base populacional. O autor relata uma maior associação entre tensão nervosa (OR 3,0

IC 95% (2,4 3,7) e o “clima prejudicado” com o alto risco de sintomas relacionados ao trabalho do que com um clima “relaxado” e “suportável”.

Nesse estudo, o autor (PIIRAINEN) observa que as precárias condições de trabalho podem levar a problemas de saúde à população de trabalhadores e os fatores associados às condições físicas, psicossociais, ergonômicas e organizacionais podem estar associados com sintomas psicológicos e desordens musculoesqueléticas, além de outros fatores relacionados com o absenteísmo.

O absenteísmo entre os trabalhadores possivelmente está relacionado a fatores como condições físicas e comportamentais, o que pode levar à redução da produtividade e a um posicionamento negativo por parte do trabalhador, que irá evitar a ida ao trabalho.

Entre os bancários, considerando as mudanças ocorridas no perfil das atividades e na organização do trabalho, os resultados são condições de trabalho inadequadas à saúde que podem acarretar doenças em trabalhadores saudáveis e, também afastamento, gerando altos índices de absenteísmo (ZAPELINI, 2002).

Estaremos, no capítulo seguinte, discorrendo sobre o absenteísmo no setor bancário trazendo as características do perfil de adoecimento desta categoria de trabalhadores, pois, neste trabalho, a autora se propõe a abordar o absenteísmo por licença médica e comparar os índices e causas de afastamento na população estudada, em dois momentos: anterior e posterior à implantação de um programa que tem como objetivo a redução do absenteísmo por doenças.

Capítulo 2 ABSENTEÍSMO NO SETOR BANCÁRIO

Para ilustrar algumas das conseqüências das mudanças na organização do trabalho bancário, estaremos abordando, neste capítulo, os fatores associados ao absenteísmo nesta categoria e as principais causas de adoecimento.

Especificamente na categoria bancária, objeto deste estudo, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo são responsáveis pelo maior número de afastamento do trabalho, acompanhadas de um elevado número de transtornos mentais e comportamentais. Esta categoria profissional é a que melhor parece expressar a condição moderna do desgaste humano no processo de trabalho. Este desgaste está intimamente ligado à introdução de novas tecnologias, à exigência de ritmo acelerado e à impossibilidade de intervir na concepção da realização de tarefas compostas de atividades fragmentadas e, não raro, sem significado (ASSUNÇÃO, 1993).

Particularmente na categoria bancária, chamam a atenção, como fatores associados ao adoecimento, entre outros, fatores ergonômicos como as inadequações das máquinas, dos equipamentos e dos mobiliários, a organização do trabalho, as mudanças e avanços tecnológicos, as causas gerais de estresse no trabalho como o medo de assaltos e os traumas pós-assaltos, e os fatores relacionados à organização do trabalho e suas conseqüências.

Os resultados dos diversos estudos (SILVA FILHO, 1985, ASSUNÇÃO, 1991, BRANDIMILLER, 1993, FERREIRA, 1993) indicam que o perfil de adoecimento da categoria aponta uma ocorrência elevada das Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho/Lesões por Esforços Repetitivos, assim como as doenças do aparelho respiratório e dos transtornos mentais. Estas doenças são reconhecidas como resultantes da inter-relação trabalho e desgaste

da saúde, cada vez mais presentes nas discussões e convenções coletivas da categoria (SOUZA, 1992).

A ergonomia pode ser definida como o estudo dos aspectos do trabalho e sua relação com o conforto e o bem-estar do trabalhador (MATTEI, 1995). É definida também pelo Conselho da Sociedade de Ergonomia de Língua Francesa como a adaptação do trabalho ao homem ou utilização de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para conceber ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia para o maior número de pessoas. (FONTES, J. SANTOS NETO, L. PINTO, N., 1998).

O desconhecimento ou desatenção da importância da ergonomia em alguns ambientes de trabalho bancário, retratados pelas inadequações dos postos de trabalho automatizados, combinados às questões de organização do trabalho e as próprias características (predisposições) de saúde dos trabalhadores, pode estar por trás dos números revelados pelo absenteísmo por doenças nesta categoria. Estas inadequações são responsáveis pela quase totalidade dos problemas de saúde ocupacional, índice de absenteísmo e baixo desempenho dos funcionários na realização das tarefas, no setor bancário (SANTOS, 1991).

Segundo o Comitê Técnico da Organização Mundial da Saúde, existe a “Síndrome do Edifício Doente” (SED), que consiste num conjunto de sintomas como dor de cabeça, fadiga, letargia, prurido e ardor nos olhos, irritação de nariz e garganta, anormalidades na pele e falta de concentração, em trabalhadores de escritório. Esta síndrome está relacionada aos avanços tecnológicos nos sistemas mecânicos de ventilação e climatização, que têm o objetivo de oferecer um ambiente apropriado e agradável aos usuários (SANTOS, 1992).

Em relação às condições ambientais oferecidas aos trabalhadores no segmento bancário, foi realizado um estudo por Santos et al. em 1992, identificando sinais e sintomas entre trabalhadores expostos a ambientes fechados com ventilação e climatização artificiais. Num grupo de trabalhadores bancários em São Paulo, foi estudada a “Síndrome do Edifício Doente” e encontrados resultados relevantes para associação entre conforto ambiental e sinais e sintomas gerais de irritação da membrana mucosa entre trabalhadores expostos a ambientes fechados, ou seja, ambientes com ventilação e climatização artificiais, sendo encontrada também uma associação positiva entre organização do trabalho e absenteísmo.

Constataram-se, nesse estudo, a ocorrência de 9,0% de sintomas gerais e 23,0% de sintomas irritativos de olhos, nariz e garganta, possivelmente associados a essa síndrome, em um grupo de trabalhadores e 18,0% de sintomas gerais e 33% de sintomas irritativos de olhos, nariz e garganta, num segundo grupo, de um universo de 312 trabalhadores bancários, dentre eles 179 homens e 133 mulheres (SANTOS, 1992).

Outros fatores contributivos para o adoecimento nessa categoria são tensões excessivas, pressões de chefias, exigências de produção, jornadas de trabalho contínuo e prolongado na mesma tarefa, ritmo de trabalho intenso, posturas incorretas e condições ambientais incompatíveis com as tarefas realizadas. Estes fatores, quando associados ao mobiliário inadequado, sem contemplar os aspectos ergonômicos, estarão contribuindo para o surgimento das diversas doenças ocupacionais.

A tensão e o cansaço dos trabalhadores no segmento bancário podem ser decorrentes das exigências do tempo conseqüentes da nova organização do trabalho, em nome da produtividade, gerando aumento dos ritmos e a especificidade das tarefas, onde o trabalhador executa a mesma atividade e

da mesma forma durante toda a jornada de trabalho (FONTES, J., SANTOS NETO, L., PINTO, N. 1998).

Um fato que deve ser analisado no trabalho bancário é o advento das novas tecnologias que visa ampliar a produtividade e melhorar a qualidade das tarefas realizadas neste segmento. Chama atenção, porém, o modo como é implantada e como exige do trabalhador uma mudança de atitude e da organização do trabalho. A maneira como esta nova tecnologia é utilizada pode tornar os postos de trabalho sedentários e mais exigentes de concentração mental e de destreza no desempenho das tarefas. Dessa forma, o modelo de organização do trabalho pode levar a um incremento dos riscos de patologias associadas ao trabalho mais intenso e complexo que é imposto a este trabalhador (MACHADO, 1995).

As mudanças sem qualquer avaliação dos possíveis impactos, tanto das tecnologias como das formas de gestão, podem repercutir na saúde física e mental dos trabalhadores (FUNDACENTRO, 2000). Na categoria bancária, as LER (Lesões por Esforços Repetitivos) surgem e crescem rapidamente, assim como as doenças mentais decorrentes do medo de perder o emprego e da violência no ambiente de trabalho, passando a ser analisadas e, em muitos casos, reconhecidas pela Previdência Social como doenças do trabalho.

Um estudo realizado por Borges (1999), com trabalhadores de um banco estatal, refere relações entre organização do trabalho em processos repetitivos, sociabilidade no trabalho, sofrimento psíquico e LER. Esses resultados reforçam as análises que relacionam organização do trabalho bancário com o surgimento de algumas morbidades, entre elas a associação entre distúrbios psicoemocionais e osteomusculares. O autor conclui que as LER podem ser entendidas como a expressão patológica em nível físico e psíquico do conflito na organização do trabalho.

Os trabalhadores do segmento bancário têm apresentado um quadro de esgotamento físico e mental decorrentes de fatores como o ritmo intenso de trabalho, sobrecarga de trabalho, excesso de horas trabalhadas, pressão das chefias para cumprimento de prazos e horários, tarefas monótonas e repetitivas, entre outros (FONTES, J., OLIVEIRA NETO, L., PINTO, N. 1998). Estes fatores contribuem para o aparecimento de quadros de estresse, comprometendo a qualidade dos serviços executados e desencadeando o surgimento de outros problemas de saúde.

Em estudo realizado em São Paulo, por Codo (1993), com trabalhadores de um banco estatal, de diferentes grupos de função, foi investigada a relação entre a presença ou ausência de produto concreto de trabalho com a saúde mental. Os resultados do inventário psicológico apresentaram destaque significativo em histeria e depressão para alguns grupos de função e estes resultados encontram-se estatisticamente relacionados com a ausência de produto de trabalho naqueles grupos.

Nesse estudo, o autor encontra uma ocorrência de “depressão narcísica” (associação entre depressão e histeria) em magnitude significativamente mais elevada nos grupos de “trabalho vazio” (ausência de um produto do trabalho) que nos outros, e uma presença associada de sintomas depressivos e histéricos na ausência de produto de trabalho com 14,2% para o grupo de “trabalhos vazios” e 6,2% para os classificados como “trabalho cheio” (presença de um produto do trabalho).

Os problemas e queixas de saúde mais freqüentes na categoria bancária foram levantados por Ferreira (1993), em estudo sobre “A síndrome da condição bancária” e o autor dividiu em dois grupos: o primeiro é relacionado com fatores ambientais e seus efeitos ocorrem sobre o corpo, sendo compostos por dores no corpo, resfriados, varizes, LER, problemas da coluna vertebral e distúrbios oculares; e no segundo, estão centrados em fatores relativos à natureza

e ao modo de organização do trabalho que afetam a dimensão psicológica do bancário - entre outras queixas, estão as gastrintestinais, dores de cabeça, perturbações do sono, irritabilidade, trauma “pós-assalto”, depressão, ansiedade e estresse.

As Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT's constituem um dos parâmetros importantes para se medir a extensão do adoecimento por LER entre os bancários, pois, dos casos registrados em São Paulo pela Previdência Social, 90,0% ocorrem em bancários que trabalharam de dois a dez anos no banco onde estão empregados. A ocorrência de LER evidenciada em pesquisa efetuada em 2000 refere-se a um período médio de 18 meses com um número estimado de 4.500 casos entre os 150 mil bancários da Cidade de São Paulo, à época (FUNDACENTRO, 2000).

Na mesma pesquisa, ao se considerar os problemas de saúde específicos revelados, constatou-se a preponderância de afecções que podem ser correlacionadas diretamente com o trabalho: nervoso e estresse (7,9%); problemas ortopédicos (6,2%); problemas gástricos (5,6%); problemas com visão (3,8%); tenossinovites/tendinite (3,1%); problemas intestinais (1,4%) e problemas respiratórios (1,2%). Tal quadro pode estar associado às condições ambientais adversas combinadas a uma tensão psíquica variável conforme o posto de trabalho.

Em relação ao sofrimento psíquico no trabalho, segundo Dejours (1992), as descompensações psicóticas ou neuróticas dependem da estrutura da personalidade do trabalhador e não são decorrentes exclusivamente do trabalho, no entanto o momento escolhido para o seu desencadeamento tem relação direta com a vida no trabalho. Existe um choque entre a história pessoal de um indivíduo, composta de seus sonhos, projetos e desejos, e uma organização do trabalho que a ignora. Este fator pode levar a sofrimentos mentais e estes sofrimentos começam quando esse indivíduo, no trabalho, não pode fazer

nenhuma modificação na sua tarefa para adequá-la às suas necessidades (DEJOURS,1992).

O sofrimento mental desses trabalhadores pode ser inespecífico, ou mesmo imperceptível, podendo variar com a organização do trabalho e sua história individual manifestado em diferentes situações. Pode-se analisar, no entanto, a relação entre o trabalho bancário e o surgimento de sintomas psicoemocionais a partir do controle do processo de trabalho, das características do trabalho informatizado e da padronização das atividades com definição prévia de ritmos. Estes fatores podem estar associados a comportamentos como isolamento e ausência de comunicação decorrente da natureza das atividades (SILVA FILHO, 1985).

Os quadros depressivos são importantes entre os distúrbios mentais e encontram-se entre as causas de afastamentos por licença médica e auxílio-doença na categoria bancária. Em pesquisa realizada pelo Diesat (1985), em um banco estatal, em São Paulo, a proporção de diagnósticos de depressão em relação ao total de diagnósticos psiquiátricos foi de 41,4%, designados como “depressão neurótica” e “reação depressiva prolongada”. Além de depressão, foram detectados distúrbios psicossomáticos como os digestivos e manifestações obsessivas.

O absenteísmo pode ser resultante de algumas manifestações de natureza depressiva, relativas a monotonia do trabalho, sensação de estagnação existencial e limitação das expectativas de progresso na carreira bancária. Além desses fatores, encontra-se possivelmente associado, em alguns casos, a fadiga e ao temor de cometer falha, podendo surgir como um mecanismo de defesa consciente contra o sofrimento (CODD, 1993).

Quando se estuda a saúde mental dos bancários devem ser analisadas a organização do processo de trabalho e suas interações de cargas

físicas e psicológicas, geradoras de um desgaste no corpo do trabalhador e potencial da psique humana. As repercussões de caráter psicológico mais identificadas são os temores e traumas pós-assaltos, queda de compreensão e motivação para leitura, diminuição da aprendizagem com excesso de trabalho na digitação, prejuízo da criatividade e da vida afetiva, além dos conflitos de natureza ética (SILVA FILHO, 1985).

A psicopatologia do trabalho aponta para o papel relevante da organização do trabalho na saúde psíquica do trabalhador (DEJOURS, 1992). Este autor salienta os riscos exercidos pela organização do trabalho em concepção e execução das tarefas e suas conseqüências na saúde psíquica do trabalhador, advertindo que a rigidez do trabalho influencia na vida no trabalho e fora dele.

É importante ressaltar que o sistema bancário é um dos segmentos que representa os efeitos positivos e negativos das transformações ocorridas no mundo do trabalho e do advento da automação. O absenteísmo crescente nesta categoria pode servir de indicador da existência dos comprometimentos das condições de saúde provocados pela atividade laborativa (RIBEIRO, 1999).

Em estudo sobre absenteísmo, realizado no Estado de Sergipe, com trabalhadores de um banco estatal, no ano de 1996, os pesquisadores encontraram como causa mais freqüente de afastamento, as doenças osteomusculares (17,7%), seguidas pelas doenças do sistema nervoso e dos órgãos do sentido (14,2%), doenças do aparelho respiratório (14,0%) e transtornos mentais (11,6%) (FONTES, J. SANTOS NETO, L. PINTO, N. 1996).

Quando analisado o tempo de duração dos afastamentos, os resultados mostraram que as patologias osteomusculares foram responsáveis por 2.442 dias de afastamento (30,8%), complicações da gravidez, parto e puerpério, 1.240 dias (15,6%), transtornos mentais, 1.170 dias (14,7%) e os neoplasmas 680

dias (8,6%). Estes dados apontam para um alto número de afastamentos por doenças osteomusculares nessa categoria, responsáveis por até 80% das licenças, assim como a presença dos transtornos mentais (11,0% do total de licenças) (FONTES, J. SANTOS NETO, L. PINTO, N. 1996).

Outro fator de adoecimento entre os bancários parece estar associado a tensão e medo, vividos pelos trabalhadores em relação à possibilidade e às ocorrências freqüentes de assaltos. Um estudo realizado por Fukui (1992) fala dos assaltos como um dos subprodutos do componente do trabalho bancário que provoca, sobre os sujeitos, medo, trauma e neurose. Relatando os resultados de pesquisa realizada na França a autora chama atenção para o fato de que a ocorrência de assalto em banco produz uma seqüência de distúrbios.

Entre outros sintomas, relatados nesse estudo, o mais característico é o “choque emocional”, atingindo 25,0% dos funcionários assaltados, com crises de choro, mal-estar, agitação física e desmaios. No dia seguinte ao assalto, 75,0% dos empregados apresentam perturbações do sono. Na primeira semana após o assalto, 25,0% dos funcionários temem que o assalto se repita, e mais de 60,0% dos empregados, sob o impacto de qualquer ruído estranho, continuam a reviver o assalto (FUKUI, 1992).

Os sintomas descritos no estudo realizado na França também haviam sido identificados na pesquisa realizada em São Paulo pelo DIESAT (1985), em entrevistas com bancários que haviam passado por assaltos em agências e apresentavam neurose pós-assalto. Nos casos de neurose pós-assalto, os sintomas apresentados se intensificam, surgindo ansiedade permanente (espera por novo assalto) e, na evolução, podem gerar uma hipocondria ou descompensação do tipo depressivo. Portanto a possibilidade de assaltos constitui-se em valioso dado para análise da inter-relação do trabalho

bancário e saúde, principalmente por suas múltiplas conseqüências para a saúde dos trabalhadores bancários.

O transtorno de estresse pós-traumático constitui um transtorno da ansiedade e representa uma resposta a determinado estímulo que provoca respostas anormais e inadequadas se comparadas com respostas a fatores estressantes comuns, consistindo em revivência do trauma através de sonhos e de pensamentos durante a vigília, rejeição persistente de coisas que lembrem o trauma e embotamento da resposta a esses indicadores e hiperexcitação persistente (GONÇALVES, 1998).

A partir de uma situação de assalto, seqüestro, assistir a uma situação violenta que ocorre com outra pessoa, ou outra situação que possa ultrapassar o limiar de tolerância de uma pessoa em relação ao que ela experienciou, pode se desenvolver um quadro em que a pessoa tem recordações com muita aflição, incluindo imagens ou pensamentos do trauma vivenciado, podendo ocorrer sonhos amedrontadores, ou levar a uma dificuldade em conciliar e manter o sono, irritabilidade ou surtos de raiva e baixa concentração (SCARPATO, 2000). Segundo o psiquiatra Cláudio Abuchaim (2001), muitas vezes a violência não termina no assalto e o trauma deixa marcas na memória e prejudica o futuro das vítimas, pois cerca de 20,0% a 25,0% das pessoas têm estresse pós-traumático.

O investimento em ações que visem minimizar esse grave quadro de absenteísmo por doenças faz-se necessário e urgente. Uma dessas ações é a implementação de programas de “qualidade de vida” que têm sido adotados por algumas empresas nos diversos ramos de atividades. O objetivo principal desse tipo de programa é conscientizar os trabalhadores, motivando-os para o cultivo de hábitos que irão reduzir as agressões sofridas no desempenho de suas funções.

Para melhor destacar a importância e os objetivos desses programas, estaremos abordando no próximo capítulo algumas formas de enfrentamento do problema através da implantação de programas de saúde do trabalhador e, particularmente, do Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde da empresa estudada.

Capítulo 3 ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA

3.1. PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA

Neste capítulo apresentamos um breve panorama do enfrentamento por algumas empresas, dos problemas causados pelo absenteísmo, através da implantação de programas de qualidade de vida no trabalho.

A busca da produtividade através da melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores consiste em objetivo de diversas empresas de grande porte e, para isso, são implantados programas cujas finalidades são aumentar a produtividade, reduzir o absenteísmo e proporcionar maiores lucros.

Quando as empresas buscam implantar programas de “qualidade de vida”, citam como objetivo principal a melhora na saúde e bem-estar das pessoas, porém os benefícios vão, além disso, impactando no financeiro da organização, reduzindo drasticamente os custos com o uso da assistência médica e falta ao trabalho (BALERINI, 2003).

Várias empresas têm mostrado experiências de sucesso com a implantação desses programas, como o “pratique essa idéia” dos Laboratórios Roche cujo objetivo é orientar e estimular hábitos que ajudem os funcionários a equilibrar sua vida pessoal e profissional, tornando-os mais saudáveis e produtivos e melhorando o ambiente de trabalho e as relações interpessoais. Neste programa, são desenvolvidas campanhas de prevenção de doenças como o câncer, hipertensão, etc., ginástica laboral, alimentação saudável, entre outras (BALERINI, 2003). Alguns resultados das ações desse programa foram vistos, como a redução no número de fumantes entre os trabalhadores (14,0% em 1999, para 11,0% em 2001), 75,0% dos participantes disseram ter sentido

melhoras em sua saúde com a ginástica laboral e uma redução de 40,0% no número de atendimentos ambulatoriais.

A ABB (Asea Brown Boveri), em parceria com os grêmios e clubes, busca disseminar os conceitos de qualidade de vida, através de um programa que se baseia em cinco pilares: respeito à vida, rejeição à violência, generosidade, ouvir para compreender e redescoberta da solidariedade. Outra empresa que vem atuando nessa linha é a Motorola com a criação do programa Motoviva – Programa Motorola de Qualidade de Vida, cujo objetivo é a promoção da saúde integral de seus colaboradores e a busca do equilíbrio sob vários aspectos. O programa abrange as dimensões da saúde consideradas pela empresa, fundamentais para a conquista da qualidade de vida: espiritual, física, profissional, intelectual, social e emocional (BALERINI, 2003).

O Programa VivaVida, implantado há 11 anos na Dow Química, foi criado a partir da análise do perfil da população (fumantes, obesos e sedentários) e, com a ajuda de nutricionistas e demais profissionais da área de saúde, vem buscando sair da visão curativa e adotar uma abordagem preventiva dos problemas de saúde que mais incidem entre seus trabalhadores. Segundo os responsáveis pelo programa, os resultados são obtidos a médio e longo prazo e a responsabilidade de mudar é do funcionário: “os programas educam e estimulam, nunca decidem pelo funcionário” (BALERINI, 2003, p. 4).

A empresa foco deste trabalho possui programas criados a partir de um levantamento das condições de saúde e segurança dos trabalhadores, diante do agravamento dos problemas gerados pelos altos índices de absenteísmo por doença. Entre outros, o Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde foi criado, em 1998, com o objetivo de reduzir o absenteísmo por doenças entre os trabalhadores, diagnosticando as condições

de trabalho para promover ações de melhoria das condições de trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores.

Este programa visa implementar ações de cunho psicossocial para assegurar aos trabalhadores as condições necessárias para o desempenho de suas atividades. Sua elaboração se fundamentou em dados que apontavam para os altos índices de absenteísmo na empresa, com licenças por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, assim como licença para tratamento de saúde por doenças não relacionadas ao trabalho.

Este programa encontra-se sob a responsabilidade da área gestora de recursos humanos da empresa. Seus recursos provêm da folha de pagamento dos empregados e correspondem a 3,0% do total da folha. Atualmente, após cinco anos de implementação do programa, os dados sobre os índices de absenteísmo são acompanhados e as ações do programa continuam sendo viabilizadas no sentido de reduzir esses índices. Ainda não foi realizada, porém, pela empresa, nenhuma avaliação do impacto deste programa sobre os índices de absenteísmo por doença entre os trabalhadores.

Entre outras ações implementadas pelo programa, encontram-se os trabalhos de acompanhamento e controle de peso, realizados por nutricionistas, professores de educação física, trabalhos de dinâmicas de grupo realizados por psicólogos, buscando melhorar o relacionamento das equipes, campanhas de combate ao fumo e uso de drogas, etc., de acordo com as necessidades detectadas em cada grupo diagnosticado pelo programa.

No capítulo seguinte, estaremos descrevendo melhor o referido programa e suas características e apresentando alguns resultados obtidos com um piloto realizado numa unidade da empresa e trazendo alguns dados de avaliação de programas.

3.2. O PROGRAMA AVALIADO

Dentro do plano de atuação preventiva estabelecida pela Gerência Nacional de Saúde e Bem - Estar, esta empresa passou a atuar, a partir de 1998, num trabalho de ação consultiva por Unidades, visando a melhoria da qualidade de vida dos empregados com reflexos na sua produtividade. Através desse trabalho, a empresa elabora um perfil do trabalhador, seus principais motivos de afastamento, a duração de seus afastamentos, a qualidade de sua alimentação, sua prática de atividades físicas, freqüência ao dentista, uso de drogas, entre outros fatores possivelmente associados a sua qualidade de vida.

A implantação do Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde ocorreu com o objetivo de reduzir os índices de absenteísmo por doença entre os trabalhadores e responder às demandas gerenciais das unidades da empresa, que, à época, enfrentavam conflitos interpessoais nos grupos, queixas quanto às condições em que o trabalho era desenvolvido, baixa motivação e pouca disponibilidade dos trabalhadores, tudo isso comprometendo o processo gerencial e o desempenho das unidades no segmento comercial.

O programa consiste em elaborar um diagnóstico de saúde das unidades da empresa, identificar os índices e as causas de afastamento do trabalho, para minimizar os agravos à saúde da equipe e melhorar o clima motivacional entre os trabalhadores. Além disso, busca provocar uma reflexão acerca das condições de saúde do grupo e das características do ambiente em que o trabalho é executado, incentivar uma melhora do padrão de hábitos pessoais, com vistas a benefícios dentro e fora do ambiente de trabalho, reduzir o absenteísmo e os custos diretos e indiretos advindos deste e mensurar a relação entre as condições de saúde e a produtividade da equipe refletida no desempenho das unidades.

Para a elaboração do perfil de saúde nas unidades da empresa são utilizados instrumentos no sentido de formatar um diagnóstico situacional fiel e abrangente acerca das condições de saúde, do ambiente de trabalho e do clima motivacional do grupo. Os instrumentos utilizados pelo programa consistem no PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), Relatório de Concessão de Licenças Médicas e um Questionário de Avaliação Psicossocial, abordando questões relacionadas aos hábitos pessoais e o padrão de interação do trabalhador com a empresa.

O PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, normatizado pela Lei 6.514 de 22 de dezembro de 1977, do Ministério do Trabalho e Emprego, NR-9, “visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham existir no ambiente de trabalho” (BRASIL, 1997 p. 103). Através deste instrumento, a empresa busca identificar os riscos ambientais (físicos, químicos e biológicos) aos quais os trabalhadores estão expostos durante o desenvolvimento de suas atividades e que são capazes de causar danos à saúde do trabalhador, como nível de iluminação, ruído, temperatura, mobiliário, realização de pausas, exposição a substâncias químicas, entre outros.

A partir dos riscos identificados com a elaboração do PPRA, cabe a empresa adotar medidas de controle e avaliação de sua eficácia, monitorar a exposição aos riscos identificados. Após a identificação das necessidades do grupo, são propostas medidas de correção de fatores nocivos, com a contribuição de outras áreas da empresa e/ou contratação de terceiros para execução de reparos necessários.

O PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional normatizado pela Lei 6.514, de 22 de dezembro de 1977, do Ministério do Trabalho e Emprego, NR –7 “tem o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos trabalhadores” (BRASIL, 1977, p. 89) e obedece aos parâmetros mínimos e diretrizes gerais estabelecidas.

Faz parte do PCMSO o preenchimento de um questionário no qual são levantados dados sobre a saúde dos trabalhadores, hábito de fumar, prática de esporte, consumo de álcool, existência de doenças como diabetes, hipertensão e cardiopatias na família, principais queixas de saúde nos últimos trinta dias, etc. Após o preenchimento do referido questionário, o empregado é submetido ao exame clínico pelo médico do trabalho, sendo solicitados os exames que este julgue necessários para elaboração de um diagnóstico e investigação de possíveis queixas relacionadas ao trabalho.

O CLM - Relatório de Concessão de Licenças Médicas é um instrumento da empresa gerado a partir do lançamento das licenças médicas, causas de afastamento e número de dias afastados, em sistema *on-line* SIAMS – Sistema Assistência Médica Supletiva. Este relatório é disponibilizado pela área de Recursos Humanos da empresa e utilizado para mapeamento das causas e níveis de absenteísmo por doença entre os trabalhadores.

O Questionário de Avaliação Psicossocial é uma ferramenta também elaborada pela empresa e aborda desde as questões relacionadas aos hábitos pessoais (alimentação, lazer, práticas esportivas, etc.) até a percepção quanto à própria saúde (existência de agravos) e ao padrão de interação do trabalhador com a empresa e as atividades profissionais, relacionamento com o grupo, com a chefia, entre outras.

Todos os dados levantados através dos instrumentos acima descritos são tabulados e condensados de forma descritiva e em gráficos, facilitando o acesso e a compreensão para os gestores e também o público-alvo, para subsidiar na elaboração do diagnóstico de saúde da Unidade e do perfil de afastamento por doenças entre os empregados. Após o estabelecimento do diagnóstico, a equipe de promoção da saúde deve elaborar uma proposta de atuação para a Unidade analisada com base nos dados levantados, buscando atender a demandas de ordem médica, psicossocial, de educação física, nutricional e aquelas relacionadas à promoção e à manutenção da qualidade de vida.

Entre as diversas ações desses programas, encontra-se a construção de academias para os funcionários, acompanhamento por psicólogos, nutricionistas, acompanhamento físico, serviços de massagistas, etc. Além dos chamados programas “Fitness”, ocorrem, paralelamente a estes, projetos de saúde como uma alimentação balanceada elaborada por nutricionistas.

Entre outras ações implementadas, existe a contratação de empresas como o Núcleo de Arte e Ação Terapêutica, que atua na área psicossocial, com vistas a melhorar a qualidade de vida, as relações interpessoais, a disponibilidade ao trabalho e a prevenção à saúde: LER/DORT, estresse, hipertensão arterial e estímulo a programas de atividade corporal. O trabalho possui uma linha holística e pretende que o trabalhador vivencie e questione seus processos pessoais, alcançando melhoria na postura e *performance* dentro da empresa, através de práticas corporais com exercícios de distensionamento, alongamento, respiração e movimento. Estimula-se, ainda, a prática de Yoga, Expressão Corporal, Tai Chi Chuan, Chi Kung, meditação e visualização criativa.

São contratadas empresas/profissionais nutricionistas para a implementação de ações de acompanhamento alimentar, controle de obesidade/sobrepeso, carências nutricionais, controle de colesterol, etc. Existem unidades para as quais são encaminhados professores de educação física ou fisioterapeutas para orientação quanto à importância da realização de atividades físicas na prevenção de doenças e da realização de pausas na digitação para prevenção de LER/DORT.

Ao final da execução dos trabalhos existe um momento de *feedback* verbal no qual as manifestações vêm sendo positivas e demonstradas pelas mudanças práticas de hábitos de alimentação, auto-estima, qualidade do sono, nível de estresse, consciência corporal e grau de felicidade pela descoberta de suas potencialidades.

Entre as unidades da empresa submetidas as ações do programa, destaca-se uma agência onde se viabilizou um piloto. O trabalho constitui-se na observação da evolução dos aspectos relacionados a saúde dos empregados no período de janeiro de 1998 a dezembro de 1999 e do impacto dessas condições sobre o desempenho da unidade no segmento comercial, a partir das medidas propostas pela área de saúde, após o diagnóstico realizado.

A escolha da unidade para ser piloto foi baseada em demanda gerencial e particularidades da agência quanto ao comportamento do grupo no enfrentamento de conflitos interpessoais e queixas quanto as condições de trabalho. O trabalho consistiu em uma tomada de conhecimento do cenário e utilização de instrumentos no sentido de formatar um diagnóstico situacional fiel e abrangente acerca das condições de saúde, do ambiente de trabalho e do clima motivacional do grupo.

Foram utilizados os instrumentos propostos pelo programa, ou seja, relatório final do PCMSO, relatório de concessão de licença médica, os dados do PPRA e laudo das condições ambientais e o questionário de avaliação psicossocial abordando questões relacionadas aos hábitos pessoais e percepção quanto a própria saúde, assim como padrão de interação do trabalhador com a empresa e as atividades por ele desempenhadas.

As informações foram tabuladas e condensadas de forma descritiva e em gráficos, facilitando o acesso e a compreensão dos dados também pelo público alvo do trabalho. Identificadas as necessidades do grupo, foram propostas medidas de correção de fatores nocivos, a partir da interação entre a área de saúde da empresa e contratação de entidade habilitada para atuar junto ao grupo de empregados, buscando atender demandas de ordem médica, psicossocial, de educação física, nutricional e aquelas relacionadas à promoção e manutenção da qualidade de vida.

Foi viabilizada a contratação da empresa “Núcleo de arte e ação terapêutica” que realizou encontros com os empregados na frequência de duas sessões por semana com duração de 90 (noventa) minutos, num total de 28 sessões. Durante os encontros foram aplicados questionários com o objetivo de apurar a percepção do cotidiano de cada um e a expectativa quanto a necessidade e a prioridade de melhorias a serem implementadas.

O trabalho abordou temas ligados à funções individuais: respiração, postura, *estresse*, motricidade, alimentação, sono e sexualidade e funções sociais: formas e níveis de comunicação, aceitação, cooperação e relações interpessoais, além de temas ligados à personalidade. Ao longo do trabalho foram empregados exercícios de distensionamento, alongamento, respiração e movimento, práticas de Yoga, expressão corporal, Tai Chi Chuan, Chi Kung,

meditação e visualização criativa, exposição verbal, dinâmicas de grupo, dramatização e recursos áudio visuais.

No encerramento do trabalho ocorreu uma reunião com a participação da gerência da área de saúde e os empregados da unidade, quando foram registradas vivências e gravados depoimentos com as impressões dos participantes. Em virtude da natureza da intervenção, os reflexos deste tipo de trabalho só podem ser mensurados a médio e longo prazo após assimilação dos conceitos abordados e ampliação de consciência do grupo para uma possível mudança de postura cotidiana.

Por outro lado, alguns aspectos podem ser percebidos a curto prazo através de instrumentos aplicados pela empresa que ministrou o trabalho e através de manifestações do gestor da unidade, ao descrever a otimização de pontos diretamente relacionados com o trabalho em referencia, além dos depoimentos colhidos do grupo participante das atividades.

Os benefícios gerados com esse tipo de trabalho são perceptíveis desde o momento em que os empregados se dispõem a participar voluntariamente, ou seja, sem imposição de suas chefias e até mesmo solicitam sua prorrogação. Foi vivenciada nessa unidade uma evolução positiva do ponto de vista negocial além das mudanças no relacionamento entre os empregados gerando um clima de trabalho mais agradável dentro da unidade. O absentéismo nesta unidade piloto foi contabilizado em 766 dias perdidos (janeiro a dezembro de 1998) antes da elaboração do trabalho e caiu para 482 dias (janeiro a dezembro de 1999), ao final do mesmo. Não é possível atribuir os ganhos que a unidade contabilizou à consultoria prestada através do trabalho realizado pois esses efeitos devem ser medidos continuamente com acompanhamentos sistemáticos.

O objetivo deste trabalho consiste em analisar se o Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde, implantado na empresa estudada, é capaz de reduzir os índices de absenteísmo por doença entre os trabalhadores.

3.3 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

A avaliação de um programa consiste num processo que tem como finalidade a determinação sistemática e objetiva de sua relevância, efetividade e impacto, à luz de seus próprios objetivos. O objetivo da avaliação é o de aperfeiçoar os programas, orientando a distribuição de recursos humanos e financeiros entre aqueles que estão sendo ou serão executados (Antunes, 2001).

Apesar da existência de inúmeras definições de avaliação, a essencialidade do termo está no julgamento de valor de uma intervenção, sendo o avaliador um profissional que analisa a qualidade da assistência como um fator de proteção/risco inserido entre os determinantes de saúde (HARTZ, 1996).

Uma avaliação de impacto de programas exige um considerável investimento de tempo, necessário para a coleta, processamento e análise das observações que irão identificar as mudanças ocorridas nos indicadores de saúde investigados. Vários pesquisadores vêm buscando aprimorar as técnicas para avaliação de programas, assim como, vêm-se formando recursos humanos nas universidades com o propósito de aprimorar os conhecimentos nessa área.

A avaliação de programas/serviços consiste em um dos objetos de investigação da epidemiologia, que se destaca como uma disciplina considerada única na especificidade para o campo da avaliação (HARTZ,

1996). Autores como Donabedian (1985) e Silver (1990), destacam o papel pioneiro da epidemiologia na avaliação dos serviços médico-hospitalares.

Em estudo realizado para avaliar a cobertura e a acessibilidade de um programa de saúde voltado para adolescentes, em Belém do Pará, Formigli (2000) analisou a adequação do programa por comparação com as condições estabelecidas para o serviço pela OPS/OMS, concluindo por um bom grau de adequação do programa a sua finalidade, necessitando apenas de ajustes de recursos humanos.

Num outro estudo descritivo para avaliar o programa de controle da hanseníase, realizado por Aquino (2003), no Maranhão, foram utilizados como parâmetro, indicadores operacionais definidos pelo Ministério da Saúde, sendo o referido programa foi considerado “precário” em todos os indicadores utilizados para o estudo. Além disso, na avaliação dos resultados obtidos por um programa de controle de câncer cervicouterino, desenvolvido em uma rede municipal de saúde, no período de 1987 a 1994, Santiago e Andrade (2003) utilizaram, como parâmetro, os resultados obtidos pelo serviço especializado de referência regional no mesmo período, identificando maior adesão da população ao programa estudado.

Em estudo realizado por Veloso (2002), para avaliar o impacto nutricional do programa de alimentação do trabalhador no Brasil, foi analisada uma coorte dinâmica retrospectiva com trabalhadores de empresas com o referido programa, que foram comparados a trabalhadores de empresas sem o programa, e observados alguns impactos negativos do programa sobre o estado nutricional dos trabalhadores de baixa renda.

Consistindo na principal contribuição da epidemiologia para a formulação e operacionalização das políticas de saúde, é necessário que no momento da implantação de um programa/serviço de saúde exista a análise da implantação através da organização do sistema de informação que permitirá avaliar a efetividade do programa posteriormente, além do desenho e participação em projetos-piloto experimentais ou estudos de caso para orientar as decisões dos gerentes de programas (TURCOTE, 1983).

O estudo desenvolvido neste trabalho pretende contribuir para o desenvolvimento de pesquisas futuras de avaliação de impacto de programas de saúde no setor bancário. Para tal propósito procurou-se, verificar o impacto do Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde, numa empresa estatal, do setor bancário, na saúde do trabalhador, mediante a comparação entre os níveis de absenteísmo por doenças nos momentos, anterior e posterior às ações implementadas pelo programa, bem como descrever fatores contributivos para o absenteísmo antes e depois do programa, as principais causas e o tempo de afastamento dos trabalhadores.

Das três etapas que constituem a avaliação de programas, ou seja, avaliação de estrutura, de processo e avaliação de impacto ou de resultados, pretende-se, neste estudo, abordar a terceira etapa, na qual o indicador absenteísmo foi utilizado como *proxy* do nível de saúde da população do estudo, que foi submetida ao programa de intervenção. Procurou-se identificar mudanças na morbidade como eventual resultante da intervenção desse programa de saúde.

No capítulo seguinte estaremos demonstrando a metodologia escolhida neste estudo para realizar uma avaliação do impacto das ações implementadas pelo Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde nos índices de absenteísmo por doenças na população estudada, no período

compreendido entre a implantação do programa, no ano de 1998, e posteriormente, em 2001, através dos resultados obtidos no PCMSO da empresa nos dois momentos.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado inicialmente um estudo descritivo com a caracterização da população e ocorrência de afastamentos por doenças, levando em consideração os dados sociodemográficos e ocupacionais (idade em anos, sexo, situação conjugal e cargo ocupado), as variáveis relacionadas ao estilo de vida (hábito de fumar, consumo de álcool, prática de atividade física, Índice de massa corporal) e causas e duração dos afastamentos nos dois períodos para comparação.

As variáveis, hábito de fumar e consumo de bebidas alcoólicas foram avaliadas como fatores de risco e obtidas através da informação dos trabalhadores quando responderam ao questionário do PCMSO, (BRASIL, 1997), itens 34 e 36 respectivamente, em que os trabalhadores referiram o consumo e a frequência do mesmo e os dados foram categorizados em sim ou não para ambos.

Foram também relacionadas às doenças que mais geraram afastamentos do trabalho na população estudada nos dois períodos definidos, tais como, doenças osteomusculares, doenças respiratórias, transtornos mentais e doenças cardiovasculares.

Num segundo momento do estudo foram analisados através de um estudo do tipo *case crossover* que é utilizado para realizar comparações do tipo antes e depois em uma população que foi submetida a uma intervenção e onde cada caso age como controle dele mesmo. Neste estudo, os trabalhadores submetidos às ações do programa de consultoria e diagnóstico em saúde foram avaliados antes e depois de sua implantação quanto à ocorrência de problemas

de saúde que geraram afastamentos, o tempo de duração dos afastamentos, assim como fatores de risco e comportamentos possivelmente associados ao adoecimento e ao absenteísmo entre os trabalhadores, como sobrepeso, obesidade, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

O critério de inclusão no estudo foi a participação no programa e as variáveis estudadas foram o afastamento do trabalho por doença/absenteísmo, definido pela ocorrência de afastamento no período (ano) analisado, o hábito de fumar, definido como tabagismo (sim/não), o consumo de bebidas alcoólicas (sim/não), o sobrepeso definido como IMC (índice de massa corporal) entre 25 e 29,9 kg/m², a obesidade definida como indivíduos com IMC a partir de 30 kg/m² e prática de atividade física.

O IMC (Índice de Massa Corporal) é uma variável incluída neste estudo devido a sua capacidade de detectar o sobrepeso e a obesidade dos trabalhadores, sendo este um fator de risco para diversas enfermidades e podendo estar associado ao absenteísmo por doenças nesta população. Seus valores foram classificados com base na World Health Organization (WHO, 1997), os valores de IMC classificam os indivíduos como eutróficos se estiverem entre 18,5 a 24,9 kg/m², pré-obesos entre 25 e 29,9 kg/m² e obesos acima de 30 kg/m².

Foi utilizado o teste de qui quadrado de Maentel Haenszel para análise dos dados em cada momento do estudo, calculando a razão de prevalência e intervalo de confiança de 95%, identificando as prevalências brutas e ajustando posteriormente através de análise estratificada, por idade e ocupação para a identificação de possível efeito confundidor na associação estudada. Todos os procedimentos de análise foram realizados utilizando-se o “Statistical Package for Statistical” / SAS 8.11.

Neste trabalho, a autora analisa a gravidade do absenteísmo além da ocorrência e motivo gerador do afastamento, sendo seu objetivo, portanto, a qualificação desse absenteísmo.

A definição de absenteísmo baseia-se no índice de freqüência dos trabalhadores, que, segundo Couto (1991), é calculado pelo número de licenças no período dividido pelo efetivo médio de trabalhadores no período. A gravidade do absenteísmo é medida através do número de dias perdidos no período pelo efetivo médio de trabalhadores no mesmo período.

Para efeito deste trabalho, o absenteísmo foi analisado, inicialmente, apenas no que se refere à ausência ao trabalho por motivo de doenças e, posteriormente, pelo número de dias de afastamento num período de um ano após a realização do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) e dividido pelo total de empregados no período. Este foi medido através do registro de afastamento do trabalho por motivo de doenças nos dois períodos recortados (ano) e analisados, ou seja, a partir da data de realização do PCMSO, levantou-se cada afastamento no período de um ano, por grupo de CID 9 (Classificação Internacional de Doenças - 9^a. Revisão), número de dias de afastamento e tipo de afastamento, se LAT (Licença Acidente de Trabalho) ou LTS (Licença Tratamento de Saúde).

Além do levantamento da ocorrência de afastamento, observou-se também o absenteísmo quanto a duração do afastamento, dividindo em curta duração (até 5 dias de licença médica) e longa duração (acima de 5 dias de licença médica). A definição de absenteísmo de curta duração, por motivo de doença, não é consensual e depende das leis trabalhistas vigentes em cada país e das normas específicas de cada instituição.

Os CID's referentes a LAT correspondem às doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, típico ou de trajeto, enquanto os CID's de LTS englobam as licenças associadas a doenças não ocupacionais. O número de dias de afastamento faz-se necessário para se dimensionar a gravidade do absenteísmo em sua extensão de período.

A população deste estudo consistiu, inicialmente, de 863 trabalhadores de uma empresa estatal do setor bancário, com unidades em Salvador, Bahia. Como critério de elegibilidade para este estudo foram selecionados os trabalhadores que passaram pelas ações do programa e foram submetidos a duas avaliações através de exames do PCMSO, antes e depois do programa, esse número se reduziu a 438 trabalhadores que participaram efetivamente do estudo.

A base de dados do estudo incluiu informações selecionadas dos prontuários dos trabalhadores e do sistema *on-line* de licenças médicas, que contém, respectivamente dados sócio-demográficos e ocupacionais, e ocorrência e causas de afastamentos nos períodos. Foi preservada a confidencialidade dos trabalhadores, criando-se códigos para substituição de suas matrículas de identificação. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Brasil.

5 RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 438 trabalhadores que passaram pelas ações do programa e tiveram dois momentos de avaliação através do PCMSO, anterior ao programa e no mínimo, dois anos após seu início. O estudo mostrou que, no início do programa, a população predominante possuía idade variando de 31 e 40 anos (71,0%), do sexo feminino (53,0%), casado (63,0%) e ocupava o cargo de caixa executivo (46,0%), e no segundo momento, reduz-se o número de trabalhadores na faixa etária entre 20 e 30 anos, devido ao efeito coorte (acompanhamento), permanecendo o predomínio da faixa entre 31 e 40 anos (54,0%), o total de casados passa para 64,0%, reduz o percentual de caixas executivos (41,0%) e aumenta o percentual de gerentes (17,0%), sendo a mobilidade na ocupação dos cargos uma característica própria da dinâmica da política de ocupação de cargos da empresa. (Tabela 1).

Um total de 19,0% dos dados referentes a ocupação no primeiro momento e 14,0% no segundo momento foram classificados como não identificados por não terem sido preenchidos pelos trabalhadores no questionário, podendo levar a distorções nos resultados. Foram encontradas associação positiva e estatisticamente significativa entre idade ($p < 0,05$) e ocupação ($p < 0,001$) e a participação no programa (Tabela 1).

Ao analisar as variáveis relacionadas ao estilo de vida referido pela população de estudo e a participação no programa, observou-se que, apesar da implantação de um programa que buscava uma melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores, houve um aumento no número de indivíduos que referiram o hábito de fumar e consumo de álcool, porém esses resultados podem ser em decorrência do grande número de questionários com dados não informados nos dois momentos do estudo. Quanto a prática de atividades físicas, foi observado

um aumento de 22,0% no primeiro momento para 37,0% no segundo momento do estudo, entre os trabalhadores que referiram praticar atividade física regular (acima de 3 vezes por semana) e uma variação de 9,6% para 8,0% de dados não informados(Tabela 2). Ao analisar o IMC (Índice de Massa Corporal) foi observada uma variação de 68,0% no primeiro momento e 62,0% no segundo para os indivíduos eutróficos e um aumento no percentual de sobrepeso de 25,0% para 28,0% nos dois momentos do estudo, o que possivelmente será justificado pelo curto intervalo de tempo entre a implantação do programa e análise efetuada em se tratando de fatores relacionados com mudanças comportamentais e, portanto requerem um maior intervalo de tempo para se obter uma resposta (Tabela 2).

Ao analisar a ocorrência de afastamentos por doenças de acordo com os hábitos relacionados ao estilo de vida dos trabalhadores observou-se um percentual de 10,0% de adoecimento entre os trabalhadores que referiram o hábito de fumar, no primeiro momento do estudo, com uma pequena variação passando para 11,0% no segundo momento. O adoecimento entre os trabalhadores que referiram consumo de bebidas alcoólicas variou de 5,0% para 18,0% quando comparados os dois momentos do estudo. Quanto a relação entre a prática de atividade física referida e o adoecimento entre os trabalhadores, no primeiro momento do estudo foi observado um percentual de 19,0% aumentando para 36,0% no segundo momento. Entre os indivíduos com sobrepeso o adoecimento variou de 28,0% para 27,0% entre os dois momentos do estudo. (Tabela 3).

Ao analisar os afastamentos por grupo de doenças de acordo as variáveis sociodemográficas observou-se uma prevalência maior de doenças osteomusculares na população feminina, nos dois momentos do estudo (71,0% e 72,0%), faixa etária entre 31 e 40 anos, no primeiro momento (77,0%), casados (57,0% e 54,0%) e caixas executivos (72,0% e 63,0%). As doenças do

aparelho respiratório também predominam na população feminina, 31 a 40 anos, casados e caixas executivos, nos dois momentos do estudo (Tabela 4).

Quanto as doenças cardiovasculares a distribuição ocorreu em proporções semelhantes quanto ao sexo (50,0% feminino, 50,0% masculino) no primeiro momento, passando a predominar no sexo masculino no segundo momento (60,0%). Todos os casos ocorreram na população entre 31 e 40 anos no primeiro momento, passando a distribuição de 60,0% e 40,0% nas populações de 31 a 40 anos e acima de 40 anos, respectivamente. Houve predomínio da ocorrência dessas doenças entre os solteiros (100%) no primeiro momento, reduzindo para 20,0% no segundo para este grupo. O grupo de casados passa a responder por 60,0% dos afastamentos por doenças cardiovasculares no segundo momento do estudo. Quanto a ocupação as doenças cardiovasculares acometeram apenas a população de caixas executivos no momento inicial, passando para 50,0% no segundo momento para essa categoria (Tabela 4).

A distribuição da ocorrência dos transtornos mentais, na população estudada foi de 50,0% para a população feminina e masculina no primeiro momento do estudo, 92,0% dos casos entre a população de 31 a 40 anos, 75,0% entre os casados e 45,0% entre os caixas executivos. No segundo momento observou-se aumento da ocorrência no sexo feminino (77,0%), redução na faixa etária entre 31 e 40 anos, passando para 55,0%, sendo que os trabalhadores com idade acima de 40 anos passa a apresentar 44,0% do total de ocorrência dessas doenças, 66,0% entre os solteiros e nenhum caso entre os casados, e 28,0% entre os caixas executivos com igual percentual para os escrivães (Tabela 4). As doenças do aparelho digestivo, neoplasias, doenças de pele, doenças endócrinas, doenças do sistema nervoso e sinais e sintomas mal definidos foram classificadas como outras para efeito desta descrição.

Analisando a duração dos afastamentos, as licenças de até 5 dias apresentaram um maior número de ocorrência totalizando 84,9% no momento anterior a implantação do programa e 79,9% no momento posterior. Apesar da redução nestes números, continua prevalecendo o afastamento de curta duração em relação àqueles de período superior a 5 dias que correspondem a 15,9% no primeiro momento e aumentam para 20,0% no segundo momento, após a implantação do programa (Tabela 5).

Ao analisar a duração dos afastamentos e relacionar com as características sociodemográficas da população observou-se que na população masculina, 91,0% dos afastamentos são de até 5 dias enquanto na população feminina esse número corresponde a 80,0% dos afastamentos quando comparados aos períodos mais longos (acima de 5 dias). Esses afastamentos de menor duração continuam predominando em ambos os sexos no segundo momento do estudo (84,0% masculino e 76,0% no sexo feminino) (Tabela 6).

Ao analisar a duração dos afastamentos quanto a distribuição por grupos etários, os afastamento de menor duração continuam a predominar nas três faixas etárias categorizadas neste estudo com percentuais acima de 80,0% em todas as faixas, assim como quanto a distribuição de acordo a situação conjugal e ocupação, nos dois momentos do estudo, com distribuição acima de 65,0% (Tabela 6).

Para verificar se o programa implantado pela empresa atendia ao seu objetivo de reduzir os níveis de absenteísmo por doenças, foi efetuada análise estratificada das variáveis relacionadas a problemas de saúde como sobrepeso, obesidade e o próprio absenteísmo, além da observação das doenças que mais levaram ao afastamento do trabalho nesta população do estudo, nos períodos analisados. Analisaram-se ainda as variáveis, prática de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e hábito de fumar, ajustadas

por idade e ocupação para eliminar o possível efeito confundidor de alguma dessas variáveis (Tabela 7).

Ao analisar os dados obtidos eliminando não informados pela população observou-se que quanto às características relacionadas ao comportamento, antes da implantação do programa, 9,5% da população de trabalhadores referiu hábito de fumar e 11,9% referiram ingerir bebidas alcoólicas, percentuais estes que se alteram quando comparados ao segundo momento (após a implantação do programa), quando 10,3% referem o hábito de fumar e 33,7% referem a ingestão de bebidas alcoólicas (Tabela 7).

A variável hábito de fumar apresenta uma associação positiva (fator de risco) com a implantação do programa, apesar da associação não se apresentar estatisticamente significativa (RPb 1,07 IC 95% 0,7 1,63), e a variável consumo de bebidas alcoólicas mostra uma associação positiva e estatisticamente significativa (RPb 2,83 IC 95% 0,70 1,08), e, quando ajustadas para idade e ocupação, percebeu-se uma pequena redução na associação entre o programa e o hábito de fumar e um aumento na RP em relação ao consumo de bebidas alcoólicas (RPaj 3,12 IC 95% 1,89 5,14), mostrando que essas variáveis são possíveis fatores de confundimento na associação entre o programa e o consumo de bebidas alcoólicas (Tabela 7).

Observou-se também uma associação negativa entre o absenteísmo e o programa, podendo sugerir um fator de proteção com uma RPb 0,87 e IC 95% 0,70 1,08. Quando ajustada por idade e ocupação, esta associação se mantém em níveis semelhantes 0,84 IC 95% 0,65 1,07, associação não estatisticamente significativa. No momento inicial do programa, quando da avaliação antes da sua implantação, houve um absenteísmo de 29,0%, passando para 25,2% no segundo momento (Tabela 7).

Entre as doenças que geraram um maior número de afastamentos encontram-se as osteomusculares que apesar de sua redução quando comparados os dois momentos, continua sendo a maior responsável pelas licenças médicas na população estudada. É seguida pelas doenças respiratórias, que apresentaram um aumento na prevalência no segundo momento do estudo, passando de 3,9% para 4,6% RP 1,18 IC 95% (0,62 2,22), associação positiva e não estatisticamente significativa e mantendo esses valores quando ajustadas para idade e ocupação (Tabela 7).

Os transtornos mentais e as doenças cardiovasculares se apresentaram como causas importantes de afastamento do trabalho, nos dois momentos do estudo, sendo que houve um aumento da prevalência de doenças cardiovasculares após a implantação do programa, passando de 0,5% a 1,1% com RPb 2,5 IC 95% (0,5 12,8) e, quando ajustadas por idade e ocupação, apresentaram RPaj. 2,14 IC 95%(0,27 16,85). A grande variação nos intervalos de confiança podem ser devido ao tamanho da amostra estudada (Tabela 7).

A prática de atividade física foi referida por 24,5% dos trabalhadores no momento anterior à implantação do programa e por 40,4% após a implantação deste com uma RPb 0,79 mostrando uma associação negativa, sugerindo fator de proteção e IC 95% (0,72 0,87), estatisticamente significativa. Quando ajustada por idade e ocupação a RPaj foi de 0,80 e o IC 95% (0,71 0,89), associação negativa e estatisticamente significativa (Tabela 7).

Conforme ilustrado no gráfico 1, as doenças osteomusculares se constituem em importante de fator de adoecimento e conseqüentemente afastamento (de curta e longa duração) entre essa população de trabalhadores que compõem o estudo, havendo porém uma redução em sua prevalência no

segundo momento do estudo. Segue-se com as doenças do aparelho respiratório e transtornos mentais. Observa-se um número bastante elevado de ocorrência classificada como outras, para efeito deste estudo, que se constitui dos episódios de dengue (grande número de casos na população geral nesse período), conjuntivite, e outras doenças que não estão classificadas nas demais categorias.

As doenças do aparelho respiratório apresentam um aumento na sua prevalência quando comparados os dois momentos do estudo, sendo necessário uma análise mais detalhada especificando o CID (código internacional de doenças) para saber de que exatamente esses trabalhadores estão adoecendo e período de acometimento por tratar-se de patologias com distribuição sazonal. O aumento na prevalência das doenças cardiovasculares podem representar um avanço nas técnicas diagnósticas além de um acompanhamento do envelhecimento da população, devendo ser analisado, em momento oportuno, as doenças específicas, dentro desse grupo, que acometeram essa população (Figura 1).

As doenças do sistema nervoso e do aparelho digestivo apresentam uma redução quando comparados os dois momentos do estudo (Figura 1), assim como os sinais e sintomas mal definidos (estes podem ser expressão da qualidade de dados nos prontuários da empresa). A ocorrência de afastamento por neoplasias só foi vista no primeiro momento do estudo, o que pode estar relacionado às características deste grupo de doenças que são incapacitantes e levam o trabalhador a adquirir aposentadoria e desligar-se em definitivo da empresa, além dos avanços nos tratamentos e diagnósticos precoces.

No capítulo seguinte, estaremos discutindo estes achados e comparando com os resultados de outros estudos que investigam as causas de absenteísmo entre os trabalhadores desta e de outras categorias e buscam propor soluções para este problema que traz impacto negativo do ponto de vista da saúde do trabalhador e da perspectiva de crescimento das empresas.

6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram uma redução nas taxas de absenteísmo por doenças quando comparados os dois momentos, anterior e posterior à implantação do Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde. Esta redução variou de acordo com as características analisadas como, sexo, idade, ocupação, duração do afastamento, sendo que alguns desses achados foram estatisticamente significantes.

Os dados foram analisados através do teste de Mantel Haenszel (qui-quadrado), apropriado para testar hipóteses entre duas variáveis independentes e ajustados por idade e ocupação. Vale ressaltar que, obedecendo aos critérios de exclusão, a saída de vários trabalhadores da população inicial do estudo reduziu amostra, podendo induzir a distorções nos resultados.

Um fator importante a ser considerado ao se estudar o absenteísmo por doença, não apenas para esta categoria, é a dificuldade resultante do *efeito do trabalhador sadio* (MONSON, 1983), que pode trazer implicações nos resultados encontrados, uma vez que as pessoas selecionadas para trabalhar apresentam um bom estado de saúde, que é inevitavelmente associado a um prognóstico de bom desempenho. Este fator pode estar associado às diferenças de prevalências encontradas entre a população estudada e os demais segmentos ou população geral.

Segundo Thiele e Enderlein (1986) o *efeito do trabalhador sadio* é decorrente da auto-seleção primária, auto-seleção secundária e da atividade de seleção propriamente dita. As pessoas com determinadas predisposições físicas e mentais tendem a escolher ocupações com requisitos e cargas de trabalho compatíveis com estas (primária), alguns trabalhadores evitam empregos aos

quais não apresentam tolerância (secundária) e, por fim, ao se selecionar um trabalhador, buscam-se indivíduos que atendam aos pré-requisitos mínimos de saúde orgânica e psíquica para o cargo a ser ocupado. Apesar do efeito "trabalhador sadio" observa-se nesta população um importante quadro de adoecimento.

Quando analisadas as doenças que mais acometeram essa população de trabalhadores, percebe-se que as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo apresentaram uma redução no período, apesar de permanecerem como os maiores responsáveis pelo absenteísmo por doença neste grupo, dado coerente com os diversos estudos sobre saúde dos bancários.

Apesar da redução do absenteísmo, chama a atenção, neste estudo, a elevação da prevalência das doenças do aparelho respiratório e das doenças cardiovasculares. Em estudo realizado por Maia (2001) sobre a prevalência de patologias do aparelho respiratório entre trabalhadores da direção do Banco do Brasil, no Distrito Federal, a autora traz que a via respiratória consiste na principal porta de entrada para o adoecimento por patologias relacionadas ao trabalho e que a ocorrência dessas doenças possuem distribuição bastante irregular e relacionada aos meses mais frios, demonstrando a influência dos fatores climáticos além de outros fatores adversos. Neste estudo as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 19,7% dos afastamentos ocorridos no ano de 1998 (460 afastamentos) e 21,4% em 1999 (523 afastamentos).

Os achados deste estudo são coerentes com a literatura que mostra as doenças osteomusculares e doenças respiratórias, entre as causas de licenças mais prevalentes, dividindo esses números com os acidentes e envenenamentos, transtornos mentais e doenças digestivas (QUICK E LAPERTOSA, 1982; MEIRA, 1982; FEENEY ET AL, 1998). As variações

encontradas nos diversos estudos podem ser explicadas por condições geográficas e/ou características específicas de cada população estudada.

Quanto aos achados referentes a duração do afastamento, os números encontrados neste estudo são semelhantes a outras pesquisas como o estudo realizado em instituição financeira no Distrito Federal, que aponta os afastamentos de curta duração como os responsáveis pelo maior número de licenças, dias perdidos, verificando que 55,5% do total de licenças médicas foram de curta duração (até 5 dias) (LIMA, A; ANDRADE, F.; SEIDLER, J.,2000). Afastamentos de curta duração podem fornecer informações a respeito do estado de saúde de determinado grupo de trabalhadores, como também podem estar relacionados a fatores ligados à organização do trabalho, como duração da jornada, turnos e autonomia no trabalho, entre outros.

Em estudo realizado por Quick e Lapertosa (1982), os autores colocam que as licenças de curta duração acarretam em perdas de ordem econômica e da própria dinâmica e organização do trabalho, sendo a prevenção desses afastamentos uma maneira eficaz de reduzir as repercussões causadas por essas ausências. Os afastamentos de curta duração podem ainda fornecer informações a respeito do estado de saúde de determinados grupos de trabalhadores, como também podem estar relacionados a fatores ligados à organização do trabalho, como duração da jornada, turnos e autonomia no trabalho.

Para melhor se compreender a ocorrência de doenças entre bancários faz-se necessário um estudo aprofundado das transformações ocorridas com esta categoria a partir da reestruturação produtiva e seus reflexos em seu perfil de adoecimento, conforme relatado no estudo de Ferreira, *Síndrome da Condição Bancária* (1986). O autor analisou a inter-relação trabalho e desgaste da saúde abordando os impactos da automação sobre o trabalho bancário e quais os

problemas de saúde mais freqüentes nesta categoria. Ao realizar um levantamento das principais fontes de tensão e cansaço na organização bancária, entre outros fatores, estavam o prolongamento da jornada de trabalho, a insuficiência do número e duração das pausas e o ritmo acelerado.

Vale ressaltar que as transformações no mundo do trabalho, articuladas ao processo de reestruturação produtiva, trouxeram impactos, tanto positivos (melhoria na qualidade dos processos, desenvolvimento de novas competências, etc.) quanto negativos (desenfreada competição entre os trabalhadores). Diante disso, os trabalhadores buscam superar essas contradições que se tornam uma fonte de sofrimento e podem levar a sérios problemas de saúde.

As estratégias utilizadas pelos trabalhadores precisam encontrar ressonância na flexibilidade da organização do trabalho, na adequação das condições de trabalho e na qualidade das relações socioprofissionais, pois, caso contrário podem gerar adoecimento manifestado muitas vezes pelo estresse e esgotamento profissional ocasionando quadros de DORT/LER e depressão (MENDES, 1999).

Em relação aos altos índices de afastamento por doenças osteomusculares, conforme relatado pela literatura, isso ocorre em consequência da intensificação do trabalho em virtude do incremento da produção individual, do aumento do ritmo das atividades, aumento das jornadas de trabalho, aliados à ausência das pausas nos trabalhos repetitivos (BRANDIMILLER, 1993).

Além da intensificação, existe a sobrecarga física e mental, características do trabalho bancário, levando a consequências como alterações físicas e transtornos mentais. Existem estudos que apontam para o aumento de casos de doenças mentais entre os trabalhadores avaliados no período. Fernandes (1992), num estudo sobre trabalhadores do processamento de dados no Estado da Bahia, analisando as repercussões da organização do trabalho

sobre a saúde psíquica dos trabalhadores, registra um percentual médio de 20 a 24% de morbidade psíquica em três empresas.

Uma das possíveis explicações para esses achados pode ser encontrado nos estudos de Dejours (1992) que, ao estudar a psicopatologia, enfatiza que o trabalho de *per si* não causa doença mental específica, mas a relação homem x organização do trabalho, a partir de seus componentes básicos como a fadiga, o “sistema frustração agressividade reativa” e a organização do trabalho, aliados à estrutura da personalidade, poderá vir a desencadear alguma descompensação.

A literatura mostra um crescimento nas evidências de uma associação entre o estresse ocupacional e o absenteísmo por doença, retratando vários fatores psicológicos, como a pressão temporal, atingindo o desempenho do trabalhador e seu ambiente de trabalho (DAMIANI et al., 2004). Segundo estes autores os vários fatores psicológicos como as grandes demandas e o controle sobre o tempo, aparecem como preditores de afastamento, enquanto outros, como o clima organizacional, encontram-se associados ao número de dias de afastamento.

Nos países que compõem a União Européia o estresse é o segundo principal problema de saúde relacionado ao trabalho, enquanto nos Estados Unidos, este é responsável por mais da metade do absenteísmo por doença. Apesar destes dados sobre o estresse no trabalho, é difícil estimar qual o peso específico que este tem na frequência e gravidade da incapacidade para o trabalho (GRAÇA, 2002).

Damiani et al (2004) analisam se os programas de administração do estresse ocupacional afetam as taxas de absenteísmo, focando os efeitos das intervenções em relação a duração do efeito através de uma metaanálise que mostra que, apesar dos resultados percebidos das respostas psicológicas e da

qualidade de vida, não houve redução nos níveis de adoecimento entre os trabalhadores submetidos aos programas.

Para cada estudo e período (antes e depois) das intervenções, foi computada a proporção de trabalhadores com longos e curtos períodos de duração e níveis de doenças (maior que 6 dias por ano e entre 3 a 6 dias por ano). A partir desta metaanálise foram encontrados 53 estudos experimentais ou quase-experimentais sobre população de trabalhadores, dos quais cinco estudaram os resultados do absenteísmo. As intervenções no nível organizacional e individual foram consideradas e foi detectado que, um ano após a intervenção, três entre quatro estudos não evidenciaram redução do absenteísmo, havendo apenas uma redução limitada entre os afastamentos de mais de seis dias por um ano (DAMIANI et al., 2004).

Por não haver, até aquele momento, nenhum tipo de avaliação do referido programa, não existindo, portanto um parâmetro definido para sua análise, a autora utilizou, neste estudo, os índices de absenteísmo por doença, por ser sua redução um dos objetivos do programa, para servir de indicador de sua avaliação.

Apesar de os estudos sobre a saúde dessa categoria abordarem, mais freqüentemente, as doenças osteomusculares e os transtornos mentais, ressalta-se que, neste estudo, as doenças do aparelho respiratório são responsáveis pela segunda maior causa de afastamento. Estes dados reforçam o achado de Lima (2000), em estudo realizado em uma estatal bancária do Distrito Federal, que registra como principais causas de afastamento do trabalho, as doenças osteomusculares e as doenças do aparelho respiratório. Além disso, em estudo piloto realizado com uma amostra desta população comparando o absenteísmo no período de 1998 e 2001, houve concordância nesses achados (RIBEIRO, 2000).

Os maiores índices de afastamento por doença, detectados neste estudo, ocorreram entre os caixas executivos, nos dois momentos observados, o que confirma o perfil de adoecimento por doenças osteomusculares entre trabalhadores da digitação e sem realização de pausas nos movimentos repetitivos (VIANA, 2000). A população com idade entre 31 e 40 anos apresenta maior ocorrência de doenças que podem estar associadas ao maior período de exposição aos fatores de risco e por consistir no maior quantitativo de caixas executivos dentro dessa faixa etária.

A segunda avaliação ocorreu pelo menos dois anos após a implementação do programa e, em alguns casos, o trabalhador só foi avaliado pela segunda vez quatro anos após ter passado pelo programa, consistindo, portanto, numa limitação deste estudo, devido às possíveis diferenças nos resultados encontradas decorrentes da diferença no intervalo de tempo entre as ações do programa e a avaliação do trabalhador.

Quanto aos resultados relacionados ao estilo de vida dos trabalhadores, nota-se uma alteração de comportamento com aumento na prática de atividade física no segundo momento da avaliação, o que pode estar associado ao tipo de ação implementada pelo programa. Este foi implantado na empresa com o objetivo de realizar um trabalho de cunho psicossocial, para o fortalecimento da auto-estima e o espírito de equipe, buscando harmonizar o clima social e psicológico na organização e na qualidade de vida dos trabalhadores. Estes resultados demonstram a importância da implantação de programas como este, pelas empresas, de forma a atender às necessidades de saúde dos trabalhadores.

7 CONCLUSÃO

Estudar o absenteísmo, suas causas e conseqüências, merece uma atenção constante, tanto pelo seu impacto econômico, quanto pela necessidade de assegurar a saúde e bem estar dos trabalhadores, assim como suas conseqüências que acarretam redução de produtividade, sobrecarga das equipes, aumento do custo da produção e dos planos de saúde, entre outras.

As transformações no mundo do trabalho vivenciadas no final do século XX e início do século XXI têm apresentado alguns reflexos negativos sobre a saúde do trabalhador e esses reflexos levam a deterioração do bem-estar das pessoas através dos prejuízos a sua saúde. Esses prejuízos acabam se transformando em dificultadores para o alcance dos objetivos propostos pelas empresas. Com a tomada de consciência desse panorama vivenciado na maioria das organizações, tornou-se necessário uma atenção maior sobre os reflexos do trabalho na saúde dos trabalhadores.

As novas formas de organização do trabalho apesar de serem eficazes para viabilizar o aumento da produtividade não têm sido capazes de evitar os efeitos danosos à saúde física e mental dos trabalhadores. Para amenizar esse quadro as empresas buscam implantar programas que atuem de forma preventiva inibindo o aparecimento de doenças e controlando aquelas já instaladas através de ações voltadas promoção da saúde e prevenção de doenças.

O aumento no número de empresas que investem na implantação de programas de promoção de saúde do trabalhador é justificado pela relação demonstrada de que um funcionário saudável produz mais e “custa” menos.

Os resultados deste estudo, que buscou analisar um programa implantado por uma empresa estatal com o objetivo de reduzir o absenteísmo por doenças, demonstram a importância de se implementar programas que diagnostiquem e executem ações preventivas e corretivas, bem como a necessidade de se avaliar esses programas, como se pode depreender deste estudo, que demonstra uma redução na ocorrência das principais doenças que acometem essa população.

Embora não tenha sido aprofundado neste estudo a relação do absenteísmo de acordo com o número de dias de afastamento, chama atenção a maior ocorrência dos afastamentos de curta duração nesta população (até cinco dias) e o que isto pode traduzir. Este achado remete à necessidade de elaboração de um estudo que investigue melhor esta questão e a relacione com as causas desses afastamentos e o período do ano de sua ocorrência.

Os números encontrados em relação a ocorrência de afastamentos por doenças osteomusculares chamam atenção para a urgência que se constitui a necessidade de adoção de medidas de prevenção destas, haja vista, estarem relacionadas com as atividades desenvolvidas diariamente pela categoria de trabalhadores, que consistem em movimentos repetitivos, posturas e mobiliário inadequados, dentre outros, combinados aos fatores psicossociais como pressão por batimento de metas, pequena autonomia, monotonia e pequena variação no conteúdo das tarefas.

Outro achado relevante neste estudo e que merece especial atenção está no aumento da ocorrência das doenças respiratórias como responsáveis pelo segundo maior número de casos de afastamentos e trazida na literatura como responsável por grandes índices de absenteísmo no trabalho também em outras categorias. Além das influências climáticas, estas podem está associadas a

condições ambientais, exposições a agentes como poeira, substâncias tóxicas, ambientes mal ventilados, entre outros.

Conclui-se, portanto que, os gestores da empresa estudada devem estar cada dia mais atentos aos altos índices de afastamentos do trabalho por doenças osteomusculares resultantes da execução de atividades repetitivas, relacionadas com a digitação, atividade predominante desta categoria, buscando alternativas de controle e proporcionando condições de trabalho capazes de modificar a realidade atual desses trabalhadores. Chama atenção a ocorrência das doenças mentais nesse processo, como uma alerta às necessidades de cuidados requeridos para essa categoria.

Além do mais, deve-se atentar para o fato de o programa estar voltado para detectar e controlar fatores como hábito de fumar, consumo de álcool, prática de atividade física, associando estes ao absenteísmo por doenças, devendo ser elaborado um diagnóstico das reais condições de trabalho dessa população, para, a partir daí, definir-se uma linha de ação para o referido programa, pois o absenteísmo nessa categoria de trabalhadores pode estar associado a sobrecarga de trabalho, excessivo número de horas de trabalho com digitação sem os intervalos necessários, assim como às relações no trabalho entre os trabalhadores.

Faz-se necessária também, a realização de outros estudos que contemplem o efeito da variação do intervalo de tempo entre a implantação do programa e o seu impacto nos índices de absenteísmo por doença, para eliminar possíveis distorções na avaliação desses programas e seus efeitos na saúde do trabalhador. Embora o estudo realizado tenha cumprido um de seus objetivos que consiste em comparar uma população submetida a uma intervenção antes e depois para avaliar os efeitos dessa intervenção, faz-se necessário, a partir de seus resultados, dar continuidade a essa avaliação através de outros estudos especificamente desenhados para a avaliação do impacto desse programa de

saúde, bem como desenvolver um estudo de coorte que proponha um acompanhamento dessa população para a melhor detecção dos possíveis efeitos desse programa na saúde desse grupo de trabalhadores.

Estudar o absenteísmo por doenças entre os trabalhadores, assim como identificar as principais causas desse absenteísmo, significa dar continuidade a essa busca de melhores condições de trabalho e saúde. A partir de um diagnóstico de saúde no trabalho, aliado a pesquisas de outros autores que atuam nessa área, deve-se pleitear condições adequadas de vida e trabalho para todos os indivíduos.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e ocupacionais da população de trabalhadores de uma estatal em Salvador, Bahia, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa).

| Variáveis | Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde | | | | |
|----------------------|--|-------|--------|-------|-----|
| | Antes | | Depois | | p |
| | N | % | N | % | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 206 | 47,0 | 206 | 47,0 | |
| Feminino | 232 | 53,0 | 232 | 53,0 | |
| Total | 438 | 100,0 | 438 | 100,0 | |
| Idade | | | | | |
| 20 – 30 anos | 44 | 10,5 | 10 | 2,2 | *** |
| 31 – 40 anos | 311 | 71,0 | 235 | 53,6 | |
| > 40 anos | 83 | 18,95 | 193 | 44,0 | |
| Total | 438 | 100,0 | 438 | 100,0 | |
| Sit. Conjugal | | | | | |
| Solteiro | 126 | 28,7 | 110 | 25,1 | |
| Casado | 278 | 63,4 | 282 | 64,3 | |
| Divorciado | 34 | 7,7 | 46 | 10,5 | |
| Total | 438 | 100,0 | 438 | 100,0 | |
| Ocupação | | | | | |
| Gerente | 49 | 11,2 | 74 | 16,9 | * |
| Caixa Executivo | 202 | 46,1 | 180 | 41,1 | |
| Escriturário | 51 | 11,6 | 52 | 11,9 | |
| Outros | 51 | 11,6 | 68 | 15,5 | |
| Não identificados | 85 | 19,4 | 64 | 14,6 | |
| Total | 438 | 100,0 | 438 | 100,0 | |

* p valor < 0,05

*** p valor < 0,0001

Tabela 2. Dados de estilo de vida e IMC da população de trabalhadores de uma estatal em Salvador, Bahia, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa).

| Variáveis | Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde | | | | |
|--------------------------|--|-------|--------|-------|---|
| | Antes | | Depois | | p |
| | N | % | N | % | |
| Hábito de Fumar | | | | | |
| SIM | 39 | 8,9 | 41 | 9,4 | * |
| NÃO | 370 | 84,5 | 359 | 82,0 | |
| Não informados | 29 | 6,6 | 38 | 8,6 | |
| Total | 438 | 100,0 | 438 | 100,0 | |
| Consumo de álcool | | | | | |
| SIM | 21 | 4,8 | 114 | 26,0 | |
| NÃO | 155 | 35,4 | 224 | 51,0 | |
| Não informados | 262 | 59,8 | 100 | 23,0 | |
| Total | 438 | 100,0 | 438 | 100,0 | |
| Atividade Física | | | | | |
| SIM | 97 | 22,1 | 162 | 37,0 | * |
| NÃO | 299 | 68,3 | 239 | 55,0 | |
| Não informados | 42 | 9,6 | 37 | 8,0 | |
| Total | 438 | 100,0 | 438 | 100,0 | |
| IMC | | | | | |
| Eutrófico | 296 | 68,0 | 272 | 62,0 | |
| Sobrepeso | 112 | 25,0 | 124 | 28,0 | |
| Obesidade | 30 | 7,0 | 42 | 10,0 | |
| Total | 438 | 100,0 | 438 | 100,0 | |

* p valor < 0,05

Tabela 3. Absenteísmo por doenças de acordo os dados de estilo de vida da população de trabalhadores de uma estatal em Salvador, Bahia, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa).

| Variáveis | ABSENTEÍSMO POR DOENÇAS | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|---|
| | Antes | | | | Depois | | | | p |
| | SIM | | NÃO | | SIM | | NÃO | | |
| N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Hábito de Fumar | | | | | | | | | |
| SIM | 13 | 10,2 | 26 | 8,0 | 11 | 10,0 | 30 | 9,2 | |
| NÃO | 107 | 84,3 | 263 | 85,0 | 84 | 76,4 | 275 | 84,1 | |
| Não identificados | 7 | 5,5 | 22 | 7,0 | 15 | 13,6 | 22 | 6,7 | |
| Total | 127 | 100,0 | 311 | 100,0 | 110 | 100,0 | 327 | 100,0 | |
| Consumo de álcool | | | | | | | | | |
| SIM | 7 | 5,5 | 14 | 4,5 | 20 | 18,0 | 93 | 28,4 | |
| NÃO | 50 | 39,4 | 105 | 33,8 | 56 | 51,0 | 168 | 51,4 | |
| Não identificados | 70 | 55,1 | 192 | 61,7 | 34 | 31,0 | 66 | 20,2 | |
| Total | 127 | 100,0 | 311 | 100,0 | 110 | 100,0 | 327 | 100,0 | |
| Atividade Física | | | | | | | | | |
| SIM | 24 | 18,9 | 73 | 23,4 | 40 | 36,4 | 121 | 37,0 | |
| NÃO | 94 | 74,0 | 205 | 66,0 | 55 | 50,0 | 184 | 56,3 | |
| Não identificados | 9 | 7,1 | 33 | 10,6 | 15 | 13,6 | 22 | 6,7 | |
| Total | 127 | 100,0 | 311 | 100,0 | 110 | 100,0 | 327 | 100,0 | |
| IMC | | | | | | | | | |
| Eutrófico | 80 | 63,0 | 216 | 69,4 | 71 | 64,5 | 200 | 61,2 | |
| Sobrepeso | 36 | 28,3 | 76 | 24,4 | 30 | 27,3 | 94 | 28,7 | |
| Obesidade | 11 | 8,7 | 19 | 6,2 | 9 | 8,2 | 33 | 10,1 | |
| Total | 127 | 100,0 | 311 | 100,0 | 110 | 100,0 | 327 | 100,0 | |

Tabela 4. Absenteísmo por doenças osteomusculares, respiratórias, cardiovasculares e transtornos mentais, de acordo as variáveis sócio demográficas e ocupacionais, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa).

| Variáveis | ABSENTEÍSMO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--------------------|-------|--------|-------|---------------------|-------|--------|-------|---------------------|-------|--------|-------|----------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|--------|-----|-------|
| | D. Osteomusculares | | | | D. Ap. respiratório | | | | D. Cardiovasculares | | | | Transtornos. mentais | | | | Outras | | | | Total | | | |
| | Antes | | Depois | | Antes | | Depois | | Antes | | Depois | | Antes | | Depois | | Antes | | Depois | | Antes | Depois | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 10 | 28,6 | 7 | 29,2 | 7 | 41,2 | 6 | 30,0 | 1 | 50,0 | 3 | 60,0 | 6 | 50,0 | 2 | 22,2 | 21 | 34,43 | 35 | 67,31 | 45 | 35,43 | 53 | 48,18 |
| Feminino | 25 | 71,4 | 17 | 72,4 | 10 | 58,8 | 14 | 70,0 | 1 | 50,0 | 2 | 40,0 | 6 | 50,0 | 7 | 77,8 | 40 | 65,57 | 17 | 32,69 | 82 | 64,57 | 57 | 51,82 |
| Total | 35 | 100,0 | 24 | 100,0 | 17 | 100,0 | 20 | 100,0 | 2 | 100,0 | 5 | 100,0 | 12 | 100,0 | 9 | 100,0 | 61 | 100,0 | 52 | 100,0 | 127 | 100,0 | 110 | 100,0 |
| Idade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 a 30 anos | 3 | 8,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4,92 | 1 | 1,92 | 6 | 4,73 | 1 | 0,9 |
| 31 a 40 anos | 27 | 77,1 | 12 | 50,0 | 13 | 76,5 | 13 | 65,0 | 2 | 100,0 | 3 | 60,0 | 11 | 92,0 | 5 | 55,5 | 44 | 72,13 | 23 | 44,23 | 97 | 76,37 | 56 | 51,0 |
| > 40 anos | 5 | 14,3 | 12 | 50,0 | 4 | 23,5 | 7 | 35,0 | 0 | 0 | 2 | 40,0 | 1 | 8,0 | 4 | 44,5 | 14 | 22,95 | 28 | 53,85 | 24 | 18,90 | 53 | 48,1 |
| Total | 35 | 100,0 | 24 | 100,0 | 17 | 100,0 | 20 | 100,0 | 2 | 100,0 | 5 | 100,0 | 12 | 100,0 | 9 | 100,0 | 61 | 100,0 | 52 | 100,0 | 127 | 100,0 | 110 | 100,0 |
| Sit. Conjugal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solteiro | 11 | 31,4 | 8 | 33,3 | 5 | 29,4 | 3 | 15,0 | 2 | 100,0 | 1 | 20,0 | 3 | 25,0 | 6 | 66,7 | 38 | 63,30 | 31 | 59,62 | 59 | 46,5 | 49 | 44,5 |
| Casado | 20 | 57,2 | 13 | 54,2 | 11 | 64,7 | 15 | 75,0 | 0 | 0 | 3 | 60,0 | 9 | 75,0 | 0 | 0 | 20 | 32,79 | 11 | 21,15 | 60 | 47,2 | 42 | 38,2 |
| Divorciado | 4 | 11,4 | 3 | 12,5 | 1 | 5,9 | 2 | 10,0 | 0 | 0 | 1 | 20,0 | 0 | 0 | 3 | 33,3 | 3 | 4,92 | 10 | 19,23 | 8 | 6,3 | 19 | 17,3 |
| Total | 35 | 100,0 | 24 | 100,0 | 17 | 100,0 | 20 | 100,0 | 2 | 100,0 | 5 | 100,0 | 12 | 100,0 | 9 | 100,0 | 61 | 100,0 | 52 | 100,0 | 127 | 100,0 | 110 | 100,0 |
| Ocupação * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gerente | 2 | 6,9 | 1 | 5,3 | 0 | 0 | 2 | 11,8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7,55 | 5 | 10,87 | 6 | 5,7 | 7 | 7,6 |
| Caixa Executivo | 21 | 72,4 | 12 | 63,2 | 9 | 69,2 | 7 | 41,2 | 2 | 100,0 | 2 | 50,0 | 4 | 45,0 | 2 | 28,6 | 33 | 62,26 | 24 | 52,17 | 69 | 65,1 | 47 | 51,2 |
| Escriturário | 2 | 6,9 | 1 | 5,3 | 2 | 15,4 | 4 | 23,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 33,0 | 2 | 28,6 | 10 | 18,87 | 12 | 26,09 | 17 | 16,0 | 19 | 20,6 |
| Outros | 4 | 13,8 | 5 | 26,2 | 2 | 15,4 | 4 | 23,5 | 0 | 0 | 2 | 50,0 | 2 | 22,0 | 3 | 42,8 | 6 | 11,32 | 5 | 10,87 | 14 | 13,2 | 19 | 20,6 |
| Total | 29 | 100,0 | 19 | 100,0 | 13 | 100,0 | 17 | 100,0 | 2 | 100,0 | 4 | 100,0 | 9 | 100,0 | 7 | 100,0 | 53 | 100,0 | 46 | 100,0 | 106 | 100,0 | 92 | 100,0 |

* Diferenças devido a dados perdidos

Tabela 5. Distribuição dos afastamentos de acordo com o número de dias de licença médica na população de trabalhadores de uma estatal em Salvador, Bahia, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa).

| Número de dias de afastamento | Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde | | | | |
|-------------------------------|--|-------|--------|-------|---|
| | Antes | | Depois | | p |
| | N | % | N | % | |
| Até 5 dias | 372 | 84,9% | 350 | 79,9% | * |
| Acima de 5 dias | 66 | 15,1% | 88 | 20,1% | |

* p valor < 0,05

Tabela 6. Distribuição dos afastamentos de acordo o número de dias de licença e variáveis sociodemográficas e ocupacionais, nos dois momentos do estudo (antes e depois da implantação do programa).

| Variáveis | PROGRAMA DE CONSULTORIA E DIAGNÓSTICO EM SAÚDE | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|------------|-------|-----------------|--------------------|-------|-------|------------|-------|-----------------|-------|-------|-------|
| | ANTES DO PROGRAMA | | | | DEPOIS DO PROGRAMA | | | | | | | | |
| | N | Até 5 dias | | Acima de 5 dias | | Total | | Até 5 dias | | Acima de 5 dias | | Total | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 186 | | 90,73 | 19 | 9,27 | 205 | 100,0 | 172 | 83,90 | 33 | 16,10 | 205 | 100,0 |
| Feminino | 186 | | 79,83 | 47 | 20,17 | 233 | 100,0 | 178 | 76,39 | 55 | 23,61 | 233 | 100,0 |
| Idade | | | | | | | | | | | | | |
| 20 a 30 anos | 41 | | 93,18 | 3 | 6,82 | 44 | 100,0 | 7 | 70,0 | 3 | 30,0 | 10 | 100,0 |
| 31 a 40 anos | 260 | | 83,60 | 51 | 16,40 | 311 | 100,0 | 198 | 84,26 | 37 | 15,74 | 235 | 100,0 |
| > 40 anos | 71 | | 85,54 | 12 | 14,46 | 83 | 100,0 | 145 | 75,13 | 48 | 24,87 | 193 | 100,0 |
| Sit. Conjugal | | | | | | | | | | | | | |
| Solteiro | 115 | | 91,27 | 11 | 8,73 | 126 | 100,0 | 235 | 83,33 | 47 | 16,67 | 282 | 100,0 |
| Casado | 232 | | 83,45 | 46 | 16,55 | 278 | 100,0 | 84 | 76,36 | 26 | 23,64 | 110 | 100,0 |
| Divorciado | 25 | | 73,53 | 9 | 26,47 | 34 | 100,0 | 31 | 67,39 | 15 | 32,61 | 46 | 100,0 |
| Ocupação | | | | | | | | | | | | | |
| Gerente | 46 | | 93,88 | 3 | 6,12 | 49 | 100,0 | 70 | 94,59 | 4 | 5,41 | 74 | 100,0 |
| Caixa Executivo | 170 | | 84,16 | 32 | 15,84 | 202 | 100,0 | 139 | 77,22 | 41 | 22,78 | 180 | 100,0 |
| Escriturário | 42 | | 82,35 | 9 | 17,65 | 51 | 100,0 | 37 | 71,15 | 15 | 28,85 | 52 | 100,0 |
| Outros | 42 | | 82,35 | 9 | 17,65 | 51 | 100,0 | 50 | 73,53 | 18 | 26,47 | 68 | 100,0 |

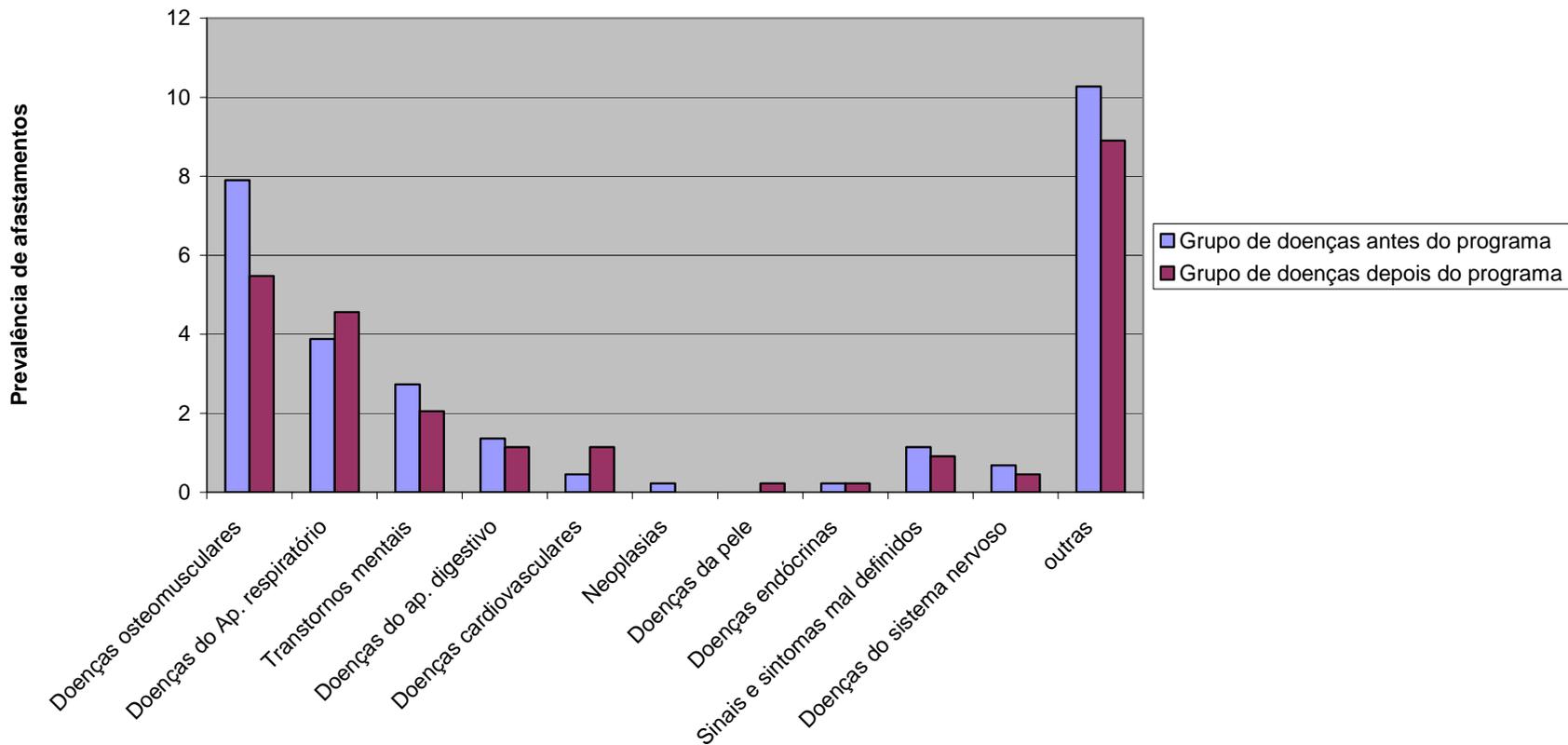
Tabela 7. Prevalências dos fatores de risco, problemas de saúde e fatores de proteção antes e depois do programa e respectivas razões de prevalência brutas e ajustadas por idade e ocupação, e intervalos de confiança a 95% Método de Mantel Haenszel.

| Variáveis | Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde | | | | RPb | 95% IC | Rpaj 95%IC |
|-----------------------------|--|------|--------|------|-------------|--------------------|-------------------------|
| | Antes | | Depois | | | | |
| | N | % | | % | | | |
| Fatores de risco | 39 | 9,5 | 41 | 10,3 | 1,07 | (0,7 1,63) | 0,84 (0,52 1,34) |
| Hábito de fumar | | | | | | | |
| Consumo de álcool | 21 | 11,9 | 114 | 33,7 | 2,83 | (1,84 4,34) | 3,12 (1,89 5,14) |
| Problemas de saúde | | | | | | | |
| Absenteísmo | 127 | 29,0 | 110 | 25,2 | 0,87 | (0,70 1,08) | 0,84 (0,65 1,07) |
| Sobrepeso | 112 | 27,5 | 124 | 31,3 | 1,14 | (0,92 1,41) | 1,03 (0,81 1,31) |
| Obesidade | 30 | 9,2 | 42 | 13,4 | 1,45 | (0,93 2,26) | 1,58 (0,94 2,63) |
| D. Osteomusculares | 35 | 8,0 | 24 | 5,5 | 0,69 | (0,42 1,13) | 0,70 (0,38 1,28) |
| D. Ap. Respiratório | 17 | 3,9 | 20 | 4,6 | 1,18 | (0,62 2,22) | 1,18 (0,59 2,36) |
| Transtornos Mentais | 12 | 2,7 | 9 | 2,1 | 0,75 | (0,32 1,76) | 0,71 (0,24 2,09) |
| D. Cardiovasculares | 2 | 0,5 | 1 | 1,1 | 2,5 | (0,5 12,8) | 2,14 (0,27 16,85) |
| Fator de proteção | | | | | | | |
| Prática de atividade Física | 97 | 24,5 | 162 | 40,4 | 0,79 | (0,72 0,87) | 0,80 (0,71 0,89) |

RPb – Razão de prevalência bruta

Rpaj – Razão de prevalência ajustada

Figura 1. Gráfico de prevalência (percentual) de absenteísmo por grupo de causas de doenças na população de trabalhadores de uma empresa estatal em Salvador, Bahia nos dois momentos do estudo (antes e depois do programa)



REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, L. A. *Absenteísmo por licença médica na sede da empresa brasileira de infra-estrutura aeroportuária Infraero*. 2002. 97f Monografia (Curso de especialização em Medicina do Trabalho) Universidade de Brasília, 2002.

ABUCHAIN, C. Marcas na alma. *Revista cérebro e mente*. UNICAMP, n. 12, fev./abr. 2001. Disponível em < <http://www.epub.org.br> > Acesso em 30 jan. 2002.

ANTUNES, C. M. Avaliação do impacto de programas de controle vetorial da doença de Chagas. Montevideu, Uruguai, 2001.

AQUINO, D. M. C. de; SANTOS, J. S; COSTA, J. M. L. Assessment of a leprosy control program in a hyperendemic county in the State of Maranhão, Brazil, 1991 – 1995. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n.1 p 119 –125, jan. /fev. 2003.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO. Subcomissão de Absenteísmo. Controle estatístico do ausentismo-doença; recomendação. *Saúde Ocupacional e Segurança*, São Paulo, v. 13, n.1, p. 32-33,1978.

ASSUNÇÃO, A. A. A SAÚDE bancária na era moderna: fatores de risco. In: A saúde no trabalho bancário. São Paulo. Central Única de Trabalhadores, Instituto Nacional de Saúde no Trabalho, Confederação Nacional dos Bancários, 1993. p. 27-35.

BALERINI, C. Qualidade de vida: reduzindo os custos e melhorando o desempenho. *Jornal Estilo & Gestão RH Catho*. São Paulo, 2003. Disponível em <<http://www.catho.com.br>> Acesso em 06 fev. 2004.

BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL: Área de la Salud. *Memória Estatística Anual* 1993. Montevideo, 1994.

BEHREND, H. La ausência voluntária del trabajo. *Rev. Inter. del Trabajo*, Ginebra, n. 2, p. 159-170, 1959.

BOURGUIGNON, D. R. *Aspectos epidemiológicos de acidentes de trabalho em bancários: um recorte de gênero e adoecimento*. Vitória: SEEB/ES, 1999.

BOEDEKER, W. Associations between workload and diseases rarely occurring in sickness absence data. *J. Occup. Environ Méd.*, n. 43, p. 1081-1088, 2001.

BORGES, L. H. *Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos em processos de trabalho repetitivos: estudo de caixas bancários*. Rio de Janeiro, 1999. Tese (Doutorado em Psiquiatria) Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

BRANDIMILLER, P. A. Movimento repetitivo: a ponta do iceberg. In: A SAÚDE do trabalho bancário. São Paulo: Central Única de Trabalhadores (CUT); Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST); Confederação Nacional dos Bancários (CNB), p. 69 – 79, 1993.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Boletim Estatístico da Previdência Social. Disponível em < [http:// www.mpas.org.br](http://www.mpas.org.br)>. Acesso em 06/02/2004.

BRASIL. NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Redação dada pela Portaria n.º 24 de 29-12-94. V. Despacho da SSST, de 1-10-96. In: MANUAIS de Legislação Atlas: Segurança e Medicina do Trabalho. 48 ed. São Paulo: Atlas, 2001 p.89 - 101.

BRASIL. NR 9 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Redação dada pela Portaria n.º 24 de 29-12-94. V. Despacho da SSST, de 1-10-96. In: MANUAIS de Legislação Atlas: Segurança e Medicina do Trabalho. 48 ed. São Paulo: Atlas, 2001 p. 102 - 106.

CODO, W. et al. O mal-estar do trabalho vazio em bancários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 42, supl. 1, p 23 - 28 mar. 1993.

CHAVES, M. E. C. et al. Organização do trabalho e saúde dos bancários – Salvador, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 25 n. 93/94, p 39 - 56, 1998.

CHIAVENATTO, I. *Teoria Geral de Administração*. São Paulo, 6ª. edição ed. McGraw-Hill, 1999.

COUTO, H. A. *Guia prático de tenossinovites e outras lesões*. Belo Horizonte. Ergo, 1991.

DAMIANI, G. et al. Do occupational stress management programmes affect absenteeism rates? *Occupational Medicine*, Roma, Institute of Hygiene, Catholic University, v. 54, n. 1, p 58 - 59, 2004.

DANATRO, D. Ausentismo laboral de causa médica en una institución pública. Montevideo 1994-1995. *Rev. Méd. Urug*, n. 13 p 101-9, 1997.

DEJOURS. C. *A loucura do trabalho*. 5ª ed. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia L. Ferreira. São Paulo: Cortez: Oboré, 1992.

DIESAT. Trabalho e saúde mental dos bancários. In: A SAÚDE no trabalho bancário. São Paulo: CUT: INST, 1993 p. 83 - 91.

DONABEDIAN, A. The epidemiology of quality. *Inquiry*, n.22, p. 282-292, 1985.

FEENEY A.; NORTH, F.; HEAD, J. CANNER, R.; MARMOT, M. Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1998, v. 55, p 9 - 18.

FERNANDES, S. R. P. *Trabalho informatizado e distúrbios psico-emocionais: estudo em três empresas de processamento de dados*. 1992. 248 f. Tese (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1992.

FERREIRA, M. C. *A síndrome da condição bancária*: In: A SAÚDE do trabalho bancário. São Paulo: Central Única de Trabalhadores (CUT); Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST); Confederação Nacional dos Bancários (CNB), 1993 p 39 - 65.

FERREIRA, A B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FILGUEIRAS, L. A M. *Desestruturação do mundo do trabalho e o “mal-estar” desse fim de século*. Salvador: CNB: CUT, 1997.

FONTES, J., SANTOS NETO, L. DE O. S., PINTO, N. F. *Absenteísmo do trabalhador bancário em uma instituição oficial*. 1998. Monografia (especialização em Medicina do Trabalho) Universidade Federal de Sergipe, 1998.

FORMIGLI, V. L. A; PORTO, L. Evaluation of a comprehensive adolescent health care service. *Caderno de Saúde Pública*, v. 16, n. 3, p 831 - 841, jul./set. 2000.

FUKUI, L. Segurança bancária: um estudo de caso na cidade de São Paulo. In: SEGURANÇA do dinheiro ou da vida bancária? São Paulo: SEEB/SP, 1992, p. 1-65.

FUNDACENTRO. *Organização do trabalho e efeitos sobre a saúde dos trabalhadores: LER e Sofrimento mental*: Relatório de pesquisa. Salvador, jul. 2000.

GILLIES, D A. Absenteísmo. In: _____Gestión en enfermería. Barcelona. Ed. Masson-Salvat, 1994, cap. 18, p 321- 327.

GODOY, S. *Absenteísmo: doença entre funcionários de um hospital universitário*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

GONÇALVES, L G. *Programa de vigilância das lesões por esforço repetitivo: uma proposta*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 1998.

GRAÇA, L. Absenteísmo e estresse no trabalho. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, p. 147, out. /2002. Disponível em <<http://www.terravista.pt/meco/textos>> . Acesso em 16/10/2003.

GRAÇA, L. Absenteísmo global e específico: alguns problemas teóricos metodológicos. (resumo) *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, p.154, 2002. Disponível em <<http://www.terravista.pt/meco/textos>> Acesso em: 13 out. 2003.

GRAÇA L. Um problema de saúde pública: O absenteísmo por incapacidade para o trabalho. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. v. 14, n. 3, p 153, 1996. Disponível em <<http://www.terravista.pt/meco/textos>> Acesso em: 13/10/2003.

HARTZ, Z. M. de A. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 13-20, 1996.

ILDEFONSO, S. de A G. *Absenteísmo por licença médica*. 2001, 51 f. Monografia (Curso de especialização em Medicina do Trabalho)Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

LAURELL, A C. A saúde doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

LIMA, A; ANDRADE, F. D; SEIDLER, J. *Causas de licença médica para tratamento de saúde em uma instituição bancária*. Monografia, (Departamento de Saúde Coletiva)Faculdade de Ciências da Saúde da UNB, Brasília, 2000.

LUBISCO, Neide M. D.; VIEIRA, Sônia Chagas. *Manual de estudo acadêmico: monografia, dissertação e teses*, 2^a. ed. ver. e ampl. Salvador, EDUFBA, 2003.

MACHADO, S. I. V. Microcomputador: riscos à saúde e proteção. *Revista Proteger*, p. 25-29, abr./maio 1995.

MAIA, M. E. B. P. *Prevalência de patologias do aparelho respiratório na direção do Banco do Brasil em 1998 e 1999*. 84 f. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) Departamento de Saúde Coletiva da UNB, Brasília, 2001.

MATTEI, R. H. Ergonomia I. *Rev SOS*, São Paulo, n. 180. p. 1-4, 1995.

MEIRA, J. Absenteísmo por enfermidade: sugestões para seu controle. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 10, n. 40, p.68 – 76, São Paulo: out./nov./dez., 1982.

MENDES, R. Detecção dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: _____ *Patologia do Trabalho*. 3^a. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999 p.49-58.

MONSON, R. R., *Occupational epidemiology*. Flórida (EUA): Press Inc Boca Raton, 1983.

NOGUEIRA, D. P. Absenteísmo por doença em doença de mulheres. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.19, p. 393-399,1975.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Enciclopedia de Salud, Seguridad e Higiene en el Trabajo*. España: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1991. v. 1, p 5-11.

PEREIRA, M. L. B. *Na cova dos leões: o consultor como facilitador do processo decisório empresarial*. São Paulo: Makron Books, 1998.

PIIRAINEN, H. et al. Organizational climate, perceived work-related symptoms and sickness absence: a population-based survey. *Journal Occup. Environ Méd*, n. 45, p.175-184, feb./2003.

QUICK, T; LAPERTOSA, J. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.10, n.40, p. 62-67, out./nov./dez. 1982.

REIS, R. J. dos. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 1 -11, out. 2003.

RIBEIRO, H. P. *A violência oculta no trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

RIBEIRO, L.F. *Avaliação do Programa de Consultoria e Diagnóstico em Saúde*. 2000, 24 f. Monografia (Curso de especialização em Saúde do Trabalhador)ISC/UFBA, Salvador, 2000.

ROCHA, R. *Minidicionário enciclopédico escolar*. São Paulo: Scipione, 2000.

SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. Evaluation of a cervical cancer prevention program in a local health system in Southeast Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, v.19, n. 2, p. 571-578, mar./abr. 2003.

SANTOS, U. P et al: Síndrome do edifício doente em bancários. *Rev de Saúde Pública*, v.26, n. 6, p. 400-404,1992.

SANTOS, C. M. D. Enfoque ergonômico dos postos de trabalho. *Revista CIPA-Caderno Informativo de Prevenção de Acidentes*, São Paulo, n. 143, out. 1991.

SCARPATO, A T. Pessoas vítimas de violência. *Revista Cérebro e Mente*. Campinas, UNICAMP, n. 11, out./dez. 2000.

SCHMIDT, M. J. Natureza das condições de trabalho da enfermagem. *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 4, Jul./Ago./Set. 1986.

SILVA FILHO, J. F. da. *Subjetividade, sofrimento psíquico e trabalho bancário*. Rio de Janeiro: CNB-CUT, 1985.

SILVER, G. A. Paul Anthony Lembcke: a pioneer in medical care evaluation. *American Journal of Public Health*, n. 80, p. 342 - 348, 1990.

SOUZA, S. R. de O e S. de. *Fatores que contribuem para o absenteísmo da Enfermagem na Unidade de Doenças Infecto Parasitárias*. 1992 137f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto). Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO, Rio de Janeiro, 1992.

STOCKMEIER, T. E. *Absenteísmo*. Disponível em <<http://www.drthomas.med.br>> Acesso em 20 de out. 2003.

THIELE H; ENDERLEIN, G. Cross-sectional studies. In: KARVANEN MIKHEEV *Epidemiology of occupational health*. Copenhagen: World Health Organization (WHO), 1986.

TURCOTTE, F. The uses of epidemiology in health services policy: a discussion. In: WHITE, K. L. *Investigaciones sobre Servicios de Salud*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1983. p. 555-563.

VELOSO, Iracema. Impacto nutricional do programa de alimentação do trabalhador no Brasil. *Revista Pan. Salud Publica/Pam Am J Public Health*, v.11, n. 1, p. 24-31, 2002.

VIANA, Solange Veloso. *Indústria moderna e padrão alimentar: o espaço do trabalho, do consumo e da saúde*. 2000. 271f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

VIEIRA, Sonia. *Bioestatística: tópicos avançados*. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva, 1997.

ZAPELINI, L. B. *A insatisfação no trabalho como fator determinante de absenteísmo e de rotatividade: uma abordagem ergonômica*. São Paulo: Departamento de Métodos Quantitativos e de Produção da USP, 2002.

Ficha Catalográfica

R484a Ribeiro, Lenira Ferreira

“Absentéismo no setor bancário: análise de um programa de intervenção” / Lenira Ferreira Ribeiro. – Salvador, 2004.

83 p.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Universidade Federal da Bahia.

Área de Concentração: Epidemiologia
Orientador: Prof. Dr. Pedro Reginaldo Prata

1. Absenteísmo 2. Programas de saúde. 3. Saúde do trabalhador.
I. Título.

CDU: 613.62

