

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

RENATA MARIA DIAS DE ABREU

**ESTUDO DO ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM
DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

**UBERABA - MG
2009**

RENATA MARIA DIAS DE ABREU

**ESTUDO DO ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

UBERABA - MG
2009

***Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Frei Eugênio, Universidade Federal do Triângulo
Mineiro, MG, Brasil) Mineiro, MG, Brasil)***

Abreu, Renata Maria Dias de, 1980-
A162e Estudo do absenteísmo na equipe de Enfermagem de um hospital
de ensino/Renata Maria Dias de Abreu -- 2009
118f.: il.: tab.: graf.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal
do Triângulo Mineiro; Uberaba, 2009.

1. Enfermagem. 2. Absenteísmo. 3. Saúde do trabalhador. 4.
Administração de recursos humanos em hospitais. I. Título. II.
Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Simões, Ana Lúcia de
Assis.

CDU 616-083:331.101

RENATA MARIA DIAS DE ABREU

**ESTUDO DO ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE
ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde na área de concentração: Saúde em Enfermagem.

Aprovada em 14 de dezembro de 2009.

Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões.
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Orientadora

Profa. Dra. Maria Helena Palucci Marziale
Universidade de São Paulo
Membro da Banca Examinadora

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Membro da Banca Examinadora

Dedico este trabalho sobretudo a Deus, fonte de luz e paz que sempre está presente em cada passo da minha caminhada.

Aos meus pais, Eucréide e Carlos, pelo incentivo e oportunidade de ser uma pessoa melhor.

Ao meu marido, Luiz Humberto, que esteve sempre de braços abertos para me acolher em todos os momentos desta trajetória acadêmica.

A minha querida irmã Rejane e ao amigo do coração Roberto que contribuíram para a concretização deste projeto profissional.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões, pelo exemplo de competência, serenidade e, sobretudo, pelas críticas e sugestões relevantes realizadas durante a orientação desta dissertação. Obrigada pela colaboração e confiança durante esta caminhada.

A Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo pela valiosa contribuição e apoio durante a realização deste estudo.

Às professoras Dra. Maria Isabel Borges Moreira Saúde e Dra. Maria Helena Palucci Marziale por contribuírem para um maior enriquecimento deste trabalho.

Aos docentes do Curso de Pós-Graduação Mestrado em Atenção à Saúde, pelo conhecimento compartilhado.

Ao Reitor da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Prof. Dr. Virmondes Rodrigues Junior, que compreendeu a importância do Mestrado para o meu crescimento e desenvolvimento profissional, permitindo o afastamento parcial de minhas atividades no trabalho.

Ao Diretor de Enfermagem do Hospital de Clínicas da UFTM (HC/UFTM), Enfermeiro Gilmar Rosa da Silva e Colegas de trabalho, por confiarem em mim, pela amizade e por compreenderem os momentos de ausências...

À Equipe do Núcleo de Atenção à Saúde e Educação (NASE) e à Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba (FUNEPU), pela disponibilidade e atenção durante a etapa de coleta de dados.

Aos Profissionais de Enfermagem do HC/UFTM por contribuírem com a realização desta pesquisa.

À Equipe da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do HC/UFTM, pela disponibilidade e por suas ricas contribuições durante a realização dos grupos focais.

Aos Colegas de Pós-Graduação, com os quais pude compartilhar conhecimentos e angústias durante esta caminhada. Em especial, agradeço à Rejane, Flávia, Maurícia e Janielle.

Às Secretárias do Curso de Pós-Graduação e da Diretoria de Enfermagem pelo carinho e atenção.

A Todos que contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

Obrigada a todos!

***“Para realizar grandes conquistas,
devemos não apenas agir, mas também
sonhar; não apenas planejar, mas
também acreditar.”***

(Anatole France)

RESUMO

ABREU, Renata Maria Dias de. **Estudo do absenteísmo na equipe de enfermagem de um Hospital de Ensino**. 2009. 118 f. Dissertação (Mestrado em Atenção a Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2009.

O absenteísmo entre os profissionais de enfermagem tem sido uma preocupação constante dos gestores hospitalares, o que gera a necessidade de aprofundamento no conhecimento de suas causas e de ações para redução dos índices de ocorrência no âmbito hospitalar. Este estudo descritivo-exploratório teve como objetivo analisar os fatores que interferem na ocorrência do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira objetivou verificar o índice de absenteísmo e identificar e analisar a principal categoria de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem. Na segunda etapa, identificar os motivos atribuídos pelos profissionais de enfermagem para as faltas no trabalho e descrever as alternativas propostas por estes para a redução do absenteísmo. Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2009, a partir dos relatórios mensais referentes aos meses de janeiro a dezembro de 2008, confeccionados pela Diretoria de Enfermagem e nos registros do Núcleo de Assistência a Saúde e Educação e Departamento Médico da Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba. Posteriormente foram submetidos à análise estatística descritiva. A amostra desta primeira etapa contemplou 383 profissionais que apresentaram ausências não previstas, sendo 52 (13,58%) enfermeiros, 182 (47,52%) técnicos de enfermagem, 131 (34,20%) auxiliares de enfermagem e 18 (4,70%) auxiliares de saúde. Totalizaram 1609 ausências, representando 9843 dias perdidos no trabalho. As ausências foram classificadas em categorias: absenteísmo doença (62,27%); absenteísmo legal e compulsório, incluindo as faltas abonadas (22,19%), licença nojo (1,80%), doação de sangue (0,87%), licença-natalidade (0,81%) e licença gala (0,62%) e absenteísmo voluntário, incluindo as faltas injustificadas perfazendo (11,44%). O índice de absenteísmo foi de 5,62%, prevalecendo entre os auxiliares de enfermagem, sexo feminino, idade entre 30 a 39 anos, servidores efetivos, turno noturno, com um vínculo empregatício e com período de afastamento curto (1 a 3 dias). O afastamento por adoecimento compreendeu a principal categoria de ausências, onde prevaleceram os problemas osteomusculares e do tecido conjuntivo (18,86%). A unidade de origem com maior índice de absenteísmo foi a de Terapia Intensiva Adulto (8,64%). Na segunda etapa, participaram 29 profissionais de enfermagem lotados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Para a coleta dos dados, foram realizadas observações diretas e não sistematizadas na unidade e grupos focais com os profissionais. As informações foram submetidas à técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, de onde emergiram os temas: O absenteísmo para os profissionais de enfermagem e Alternativas para minimizar o absenteísmo. Os resultados evidenciaram os motivos para a ocorrência do absenteísmo, dentre eles: ambiente físico da UTI, modelo centralizado de gestão,

relacionamento interpessoal ineficaz, sobrecarga de trabalho, desorganização do serviço e questões pessoais e familiares. Destacaram como sugestões para minimizar sua ocorrência: gestão participativa; trabalho em equipe; organização do serviço e suporte terapêutico para os profissionais da UTI. Concluiu-se que a ocorrência do absenteísmo traz implícitas questões subjetivas que envolvem múltiplas dimensões, entre elas, as relações interpessoais, as condições de trabalho e os processos de gestão, que não podem ser elucidadas somente pela perspectiva quantitativa. Os resultados deste estudo poderão contribuir para o planejamento e implementação de medidas preventivas para redução do absenteísmo no hospital e também de outros contextos, especificamente na intervenção sobre os fatores multicausais, através de ações direcionadas às necessidades dos profissionais e da instituição.

Palavras-chave: Enfermagem. Absenteísmo. Saúde do Trabalhador. Administração de Recursos Humanos em Hospitais.

ABSTRACT

ABREU, Renata Maria Dias de. **Study of absenteeism in the nursing team of a College Hospital**. 2009. 118 f. Dissertation (Master Course in Health Care) - Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2009.

The absenteeism among the nursing professionals has been of great concern within hospital management, which generates the need to deepen the knowledge related to its causes and also actions to reduce the indexes of occurrence in hospitals. This descriptive and explanatory study aimed at analysing the factors which interfere in absenteeism taking place among the nursing professionals of Hospital de Clínicas, Federal University of Triangulo Mineiro. This research was done in two stages. The first one aimed at checking the index of absenteeism, as well as identifying and analysing the main category of absenteeism among nursing professionals. In the second stage, the aim was identify the reasons ascribed by nursing professionals for their absences at work, and describe the alternatives proposed by them to reduce absenteeism. The data were collected from February to June, 2009, based on monthly reports of the year 2008. They were done by the Nursing Directory and found in the registers of Division of Medical Assistance and Education and the Medical Department of Foundation Teaching and Research of Uberaba. They were later undergone statistics and descriptive analysis. The sample of this first stage contemplated 383 professionals who had unpredictable absences. Among whom 52 (13,58%) were nurses, 182 (47,52%) were nursing technicians, 131 (34,20%) were nursing assistants and 18 (4,70%) were health assistants. There were 1609 absences all together, representing 9843 days that were lost at work. The absences were classified into categories: illness absence (62,27%); absenteeism legal and compulsory, including excused absence (22,19%), mourning leave (1,80%), blood donation (0,87%), maternity leave (0,81%), and marriage leave (0,62%) and voluntary absenteeism, including unjustified absences totaling (11,44%). The absenteeism index was 5,62%, and the most affected category was the nursing assistants, female, aged between 30 to 39, with permanent jobs, working the night shift with a short period of absence ranging from 1 to 3 days. The absence due to illness reasons happened mainly because of osteomuscle problems and also the conjunctive tissue (18,86%). The origin unit with the highest level of absenteeism was the Intensive Care Adult (8,64%). In the second stage, 29 nursing professionals took part and they were loaded in the Intensive Care Unit Adult. In order to gather the data, direct observations were carried out and not systematized in the unit and also focal groups within the professional. All the information underwent the content analysis technique in theme modality, from where these topics were raised: the absenteeism for the nursing professionals and alternatives to minimize absenteeism. The results showed the following risk factors for absenteeism occurrence: The physical environment of the ICU; centralized model of management, poor interpersonal relationship, overwork, disorganisation of service, personal and family matters. Some suggestions were pointed out to minimise the occurrence: participative management, team work, service organisation, therapeutic support for ICU professionals. It was concluded that

absenteeism occurrence creates implicit subjective questions which involve multiple dimensions, among which there are the interpersonal relationships, working conditions and the management processes, which can not be seen only by a quantitative perspective. The results of this study may contribute to the planning and implementation of preventive measures in order to reduce absenteeism in the hospital as well as in other contexts, specifically in the intervention about multi-cause factors, through directed actions towards the needs of the professionals and the institution.

Key words: Nursing. Absenteeism. Workers Health. Human Resources

RESUMEN

ABREU, Renata Maria Dias de. **El absentismo de estudio de un equipo de enfermería de un Hospital Escuela**. 2009.118 f. Disertación (Maestría en Atención de Salud) - Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba (MG), 2009.

El ausentismo entre los profesionales de enfermería ha sido motivo de gran preocupación dentro gestión hospital, lo que genera la necesidad de profundizar los conocimientos relacionados con sus causas y también las acciones para reducir los índices de ocurrencia en los hospitales. Este estudio descriptivo y explicativo destinado a analizar los factores que interfieren en el ausentismo que tienen lugar entre los profesionales de enfermería del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro. Esta investigación se realizó en dos etapas. La primera destinada a comprobar el índice de absentismo, así como la identificación y el análisis de la categoría principal de ausentismo entre los profesionales de enfermería. En la segunda etapa, el objetivo era identificar las razones atribuidas por los profesionales de enfermería por sus ausencias en el trabajo, y describir las alternativas propuestas por ellos para reducir el absentismo. Los datos fueron recogidos entre febrero y junio de 2009, sobre la base de los informes mensuales del año 2008. Ellos fueron hechas por el Directorio de Enfermería y se encuentra en los registros de la División de Asistencia Médica y Educación y el Departamento Médico de la Fundación de Enseñanza y la Investigación de Uberaba. Posteriormente fueron sometidos a las estadísticas y análisis descriptivo. La muestra de esta primera etapa contempla 383 profesionales que había ausencias imprevisibles. Entre los cuales 52 (13,58%) fueron los enfermeros, 182 (47,52%) fueron técnicos de enfermería, 131 (34,20%) fueron los auxiliares de enfermería y 18 (4,70%) fueron los asistentes de salud. Hubo ausencias 1609 todos juntos, lo que representa 9.843 días que se perdieron en el trabajo. Las ausencias fueron clasificados en categorías: ausencia de enfermedad (62,27%); el absentismo legal y obligatorio, incluido ausencia justificada (22,19%), salir de luto (1,80%), la donación de sangre (0,87%), la licencia de maternidad (0,81%), y la licencia por matrimonio (0,62%) y el absentismo voluntario, incluidas las ausencias injustificadas por un total de (11,44%). El índice de ausentismo fue de 5,62%, y la más afectada fue la categoría de auxiliares de enfermería, las mujeres, de edades comprendidas entre 30 y 39, con empleos permanentes, el turno de noche con un breve período de ausencia que van de 1 a 3 días. La ausencia por razones de enfermedad ocurrió principalmente debido a problemas de osteomuscle y también el tejido conjuntivo (18,86%). La unidad de origen con el más alto nivel de ausentismo fue la de Cuidados Intensivos Adulto (8,64%). En la segunda etapa, 29 profesionales de enfermería participaron y que se cargaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto. Con el fin de recopilar los datos, observaciones directas se llevaron a cabo y no sistematizada en la unidad y también grupos de coordinación en el profesional. Toda la información que se sometieron a la técnica de análisis de contenido en la modalidad de tema, desde donde se plantearon los siguientes temas: el absentismo de los profesionales de enfermería y las alternativas para minimizar los resultados mostraron absenteeism. The siguientes factores de riesgo

de aparición de absentismo: El ambiente físico de la UCI; centralizado modelo de gestión, relaciones interpersonales pobres, exceso de trabajo, la desorganización de los servicios, asuntos personales y familiares. Algunas sugerencias han sido señalados para reducir al mínimo la incidencia: gestión participativas, trabajo en equipo, organización de servicios, apoyo terapéutico para los profesionales de la UCI. Se concluyó ocurrencia ausentismo Thar crea implícita preguntas subjetivas que envuelven a múltiples dimensiones, entre los que se encuentran las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo y los procesos de gestión, que no puede ser visto sólo por una perspectiva cuantitativa. Los resultados de este estudio os puede contribuir a la planificación y ejecución de las medidas preventivas a fin de reducir el absentismo en el hospital, así como en otros contextos, en particular en la intervención sobre múltiples factores causales, a través de acciones dirigidas a las necesidades de los profesionales y de la institución.

Palabras clave: Enfermería. Absentismo. Atención a la Salud del Trabajador. Gestión de Recursos Humanos en Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do total de profissionais e a quantidade de profissionais que apresentaram ausências não previstas, conforme a categoria profissional, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	55
Tabela 2	Distribuição da equipe de enfermagem e dos profissionais que apresentaram ausências não previstas, segundo o sexo, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	57
Tabela 3	Distribuição dos profissionais que apresentaram ausências não previstas, de acordo com a idade, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	58
Tabela 4	Distribuição da equipe de enfermagem que apresentaram ausências não previstas, segundo o estado civil, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	59
Tabela 5	Distribuição dos profissionais de enfermagem que apresentaram ausências não previstas, conforme o turno de trabalho, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	59
Tabela 6	Distribuição da equipe de enfermagem e dos profissionais que apresentaram ausências não previstas, de acordo com o vínculo empregatício, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	60
Tabela 7	Distribuição dos profissionais que apresentaram ausências não previstas no trabalho, de acordo com os anos trabalhados na instituição, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).	60
Tabela 8	Distribuição dos profissionais que apresentaram ausências não previstas, conforme a presença de mais de um emprego, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	61
Tabela 9	Distribuição dos tipos de ausências não previstas, conforme a categoria profissional, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	62
Tabela 10	Índice de absenteísmo dos profissionais de enfermagem, segundo a categoria, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	63
Tabela 11	Distribuição do número total da equipe de enfermagem, dos profissionais ausentes e da relação percentual, segundo a unidade de origem, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	64
Tabela 12	Período de afastamento dos profissionais de enfermagem que apresentaram ausências por motivo de adoecimento, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	67

Tabela 13	Distribuição dos profissionais da UTI-A que participaram dos grupos focais, segundo variáveis demográficas e do trabalho, HC/UFTM. Uberaba-MG (2009).....	71
------------------	---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

Aux. Enferm. - Auxiliar de Enfermagem

Aux. Saúde - Auxiliar de Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

CLT - Consolidação das Leis do Trabalhador

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

DE - Diretoria de Enfermagem

D.S - Doação de Sangue

F.A - Falta Abonada

F.I - Falta Injustificada

FUNEP - Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba

HC/UFTM - Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Ia - Índice de absenteísmo

IST - Índice de Segurança Técnica

L.G - Licença-Gala

L.N - Licença-Nojo

L.Nat. - Licença-Natalidade

L.S - Licença-Saúde

MS – Ministério da Saúde

NASE - Núcleo de Atenção à Saúde e Educação

NR - Norma Regulamentadora

OMS - Organização Mundial de Saúde

OIT - Organização Internacional do Trabalho

P - Participante

SPSS - Statistical Package for Social Scienses

SUS – Sistema Único de Saúde

Tec. Enferm. - Técnico de Enfermagem

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UTI-A - Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O TRABALHO.....	23
2.2 O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	27
2.3 MOTIVAÇÃO NO TRABALHO.....	31
2.3.1 Teoria das Necessidades Humanas de Maslow.....	33
2.3.2 Teoria dos Dois Fatores de Herzberg.....	35
2.4 ABSENTEÍSMO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	38
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 OBJETIVO GERAL.....	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	46
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	46
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	46
4.3 ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO.....	46
4.3.1 Etapa 1.....	47
4.3.1.1 Sujeitos do estudo.....	47
4.3.1.2 Procedimentos.....	47
4.3.1.3 Análise dos dados.....	49
4.3.2 Etapa 2.....	49
4.3.2.1 Tipo de pesquisa.....	50
4.3.2.2 Sujeitos do estudo.....	50
4.3.2.3 Procedimentos.....	50
4.3.2.4 Análise dos dados.....	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
5.1 PRIMEIRA ETAPA.....	55

5.1.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	55
5.1.2 Ocorrência e categorias de absenteísmo.....	61
5.1.3 Absenteísmo por adoecimento.....	65
5.2 SEGUNDA ETAPA.....	68
5.2.1 Caracterização dos participantes dos grupos focais.....	69
5.2.2 Composição dos grupos focais.....	72
5.2.3 Categorias temáticas.....	74
5.2.3.1 O absenteísmo para os profissionais de enfermagem.....	75
5.2.3.2 Alternativas para minimizar o absenteísmo.....	86
6 CONCLUSÃO.....	93
7 REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES.....	108
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ETAPA 1).....	109
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS.....	110
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ETAPA 2).....	111
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS.....	112
APÊNDICE E – DOENÇAS RELACIONADAS AO CID-10 OCORRIDAS NAS LICENÇAS MÉDICAS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ANO DE 2008.....	113
ANEXO.....	117
ANEXO A – PROTOCOLO UFTM.....	118

1 INTRODUÇÃO

A motivação pelo presente estudo surgiu a partir da vivência diária, há três anos, como enfermeira coordenadora do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM). Durante este período, observamos através da prática do trabalho administrativo, como o absenteísmo interfere na rotina dos coordenadores de unidades, bem como ocasiona desestruturação na organização do trabalho da equipe de enfermagem.

Com frequência, presenciamos inúmeros momentos de dificuldades em realizar o remanejamento de pessoal para as unidades, em decorrência de algum tipo de ausência não prevista, como falta não justificada, atestados de saúde de curta duração e até mesmo diante de afastamentos do serviço por período prolongado.

Estas situações despertaram angústias imensuráveis, pois a preocupação imediata, como profissional, era de verificar na escala de trabalho quais unidades poderiam disponibilizar um funcionário para cobertura da ausência no outro setor. Em contrapartida, sabíamos que o remanejamento deste profissional causaria, na respectiva unidade, uma sobrecarga de serviço e desorganização do trabalho para os funcionários que continuassem no local.

A partir de então, verificamos que a instituição necessitava alocar um maior número de profissionais de enfermagem para cobertura das ausências no trabalho, entretanto, havia dificuldades em negociar com os gestores, pois estes não consideravam necessária a contratação de pessoal.

Assim, refletimos muito sobre a problemática e concluímos que, enquanto ocupantes de um cargo administrativo, era necessário tomar decisões acertadas que não fossem fundamentadas no saber empírico do cotidiano de trabalho. Ciampone e Melleiro (2005, p.37) esclarecem que em uma realidade repleta de pressões, devemos tomar decisões de um modo assertivo, pois “[...] diante dessas situações complexas, não podemos simplesmente arriscar tomando decisões pelo processo de acerto ou erro”.

Entendemos que é preciso o respaldo científico e legal que comprove a real necessidade de contratação dos funcionários. Por essa razão, buscamos fundamentação na literatura científica com enfoque no gerenciamento de enfermagem.

Tratando-se especificamente do trabalho na área da saúde, pode-se dizer que é de grande complexidade, devido ao contato entre pessoas com suas subjetividades e também pela imprevisibilidade, pois as pessoas não possuem soberania para decidir quando desejam consumir os serviços de saúde. Nestes serviços, os profissionais atuam em um processo coletivo, através da cooperação no trabalho que se constitui em um processo histórico e social, adquirindo, portanto, características específicas marcadas pela divisão técnica e social (MERHY, 1997).

No que se diz respeito ao trabalho da enfermagem no âmbito hospitalar, verifica-se que em sua maioria os trabalhadores realizam atividades repetitivas, monótonas e que exigem esforço físico. Além disso, esta profissão é caracterizada por divisão de tarefas, prolongada jornada de trabalho e turnos diversos (FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005).

Considerando a relação entre trabalho e saúde, os profissionais, muitas vezes, estão sujeitos a condições insalubres no ambiente de trabalho, caracterizando-se como fatores de risco para sua saúde física e mental. Assim, desde a década de 30, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), junto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), trabalham com estudos que vêm identificando a situação precária do trabalho dos profissionais de enfermagem. Em 1976, durante a 61ª Conferência da OIT, foi apresentado um documento que analisava as condições de vida, trabalho e emprego desses profissionais. Foram discutidas, na época, as condições insatisfatórias do trabalho de enfermagem, devido a extensas jornadas de trabalho, ausência de períodos de descanso, plantões aos domingos e feriados sem justa compensação e a ausência de participação no planejamento e na tomada de decisões em relação à prática profissional, do ensino e das condições de trabalho (FARIAS, 1999).

No Brasil, o Ministério do Trabalho promulgou, através da Portaria nº 485/2005, a Norma Regulamentadora número 32 (NR-32), que trata das condições e necessidades dos trabalhadores em atividades de atenção à saúde e especifica os riscos inerentes ao

ambiente laboral, assim como as medidas de proteção a serem implementadas pelos empregadores (BRASIL, 2005).

Contudo, estudos epidemiológicos sobre o perfil dos acidentes de trabalho e adoecimento ocupacional mostram-se escassos no Brasil, sendo que a categoria de enfermagem necessita de melhores investigações, pois pouco se conhece sobre o perfil de morbidade associada ao afastamento do trabalho destes profissionais. Em contrapartida, cresce a preocupação com este segmento que contabiliza no país aproximadamente 780.000 indivíduos (REIS et al., 2003).

Godoy (2001) acrescenta que além das condições laborais inadequadas, somam-se problemas relacionados à falta de incentivo salarial, ausência de autonomia e valorização no trabalho realizado. Estas situações têm levado os profissionais, no decorrer dos anos, a assumir posturas defensivas, incorrendo em faltas ao serviço.

Estas faltas são consideradas por Chiavenato (1992, p.168) como absenteísmo, que é o termo utilizado para “[...] designar as faltas ou ausências dos empregados ao trabalho”. Em um sentido mais amplo, é a soma dos períodos em que os trabalhadores encontram-se ausentes do serviço, por algum motivo interveniente. Couto (1987) justifica a presença de inúmeros fatores que acarretam o absenteísmo, dentre eles: o adoecimento, as condições ligadas ao trabalho, sociais, culturais e de personalidade.

Nesta perspectiva, é fundamental o dimensionamento do pessoal de enfermagem, no intuito de prover a quantidade de profissionais necessária para realização de uma assistência segura e com qualidade aos clientes e atender aos objetivos da instituição. Este cálculo deve abranger variáveis como o índice para cobertura das ausências dos profissionais ao trabalho (ROGENSKI; FUGULIN, 2007).

Gaidzinsk (1998) classifica as ausências em previstas (referentes a folgas e férias) e não previstas (relativas à falta, licença e suspensão do trabalho). A partir destas informações, calcula-se o Índice de Segurança Técnica (IST) que refere ao percentual de acréscimo de pessoal, para a cobertura de todas as ausências.

Consideramos a importância da definição do IST, pois as ausências no trabalho, como afirma Nicola (2004), interferem diretamente na assistência prestada ao paciente, desestruturam a dinâmica dos serviços, provocam insatisfação na equipe e revertem em custos financeiros para a instituição.

Ainda no que se refere à nossa experiência, neste mesmo período, surgiu a oportunidade de ingressar no Programa de Mestrado e, desde então, aprofundar a investigação sobre as questões que permeiam o absenteísmo nas instituições hospitalares e encontrar possíveis respostas para as situações enfrentadas no serviço. Assim, foram surgindo vários questionamentos ao longo do curso que delinearão nossa proposta de estudo, dentre eles: Por que os profissionais de enfermagem ausentam-se do trabalho? Quais aspectos poderiam estar relacionados às ausências no trabalho? Como poderíamos minimizar os transtornos ocasionados por estas ausências?

Ao longo do trajeto acadêmico, durante o aprofundamento dos estudos sobre o absenteísmo, verificamos que este pode ser causado por diversos fatores, sejam por questões extrínsecas ou intrínsecas ao trabalho.

Percebíamos na realidade institucional que, na maioria das vezes, o profissional que se ausentava do trabalho apresentava atestados médicos ou de acompanhamento familiar, justificando a sua falta. De certa maneira, esta questão incomodava bastante, entretanto, o atestado médico era inquestionável.

Para McDonald e Shaver (1981), aproximadamente 50% dos afastamentos do trabalho são justificados por doenças, mas muitas vezes este não é o motivo verdadeiro da ausência. Estes autores colocam que o trabalhador encontra uma maneira de esconder as reais causas, por entender que a justificativa por doença é a mais aceita pela chefia.

Assim, começamos a refletir sobre como o ambiente de trabalho poderia influenciar no absenteísmo e como poderíamos contribuir administrativamente para a redução deste agravo entre os profissionais de enfermagem.

Como local para o desenvolvimento do estudo, escolhemos o HC/UFTM, por se tratar da instituição em que atuamos profissionalmente, e em virtude da falta de dados consistentes sobre o índice de absenteísmo na referida instituição. Consideramos o estudo como relevante, visto que poderá servir como subsídio para fundamentar a contratação de profissionais e ser utilizado como ferramenta de trabalho para o planejamento de ações que visam minimizar o absenteísmo na equipe de enfermagem.

Através das produções científicas sobre o tema, verificamos o enfoque direcionado ao absenteísmo por motivo de adoecimento, justificando a sobrecarga no

trabalho como causa de adoecimento no futuro. Contudo, observamos lacunas no conhecimento a respeito de pesquisas que contextualizem as subjetividades inerentes ao absenteísmo, na percepção dos profissionais de enfermagem, e as estratégias a serem adotadas pelas instituições de saúde para amenizar este problema.

Pretendemos com a realização deste estudo, caracterizar o absenteísmo na equipe de enfermagem, mas acima de tudo, propiciar a construção de um processo de reflexão, de pensar estratégico e comunicativo, através da participação e da opinião de todas as categorias profissionais de enfermagem, no intuito de compreender os fatores predisponentes à ocorrência do absenteísmo na perspectiva destes trabalhadores.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE O TRABALHO

O trabalho é considerado uma atividade essencial para a humanidade, caracterizado pela sua intencionalidade, e como meio de produção à sociedade, o qual garante as necessidades de sustento para o homem, bem como sua valorização e satisfação pessoal (FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005). É consideravelmente marcado por ocupar parte significativa do tempo da vida das pessoas, principalmente na faixa etária adulta, onde estas se apresentam mais saudáveis.

De acordo com Oliveira (1987, p. 5) o trabalho é definido como:

[...] atividade desenvolvida pelo homem, sob determinadas formas, para produzir a riqueza. São as condições históricas que lhe dão validade e estabelecem o seu limite [...] A história do trabalho começa quando o homem buscou meios de satisfazer suas necessidades.

O processo de trabalho realizado pelo homem inicia-se a partir de uma intencionalidade, quando se busca na natureza elementos naturais que serão utilizados como matéria-prima para a produção de valores que satisfaçam as suas necessidades (GODELIER, 1986).

Nesse sentido, o processo de trabalho começa com um projeto imaginário sobre o produto que o homem deseja produzir. Na sequência, utiliza-se matérias-primas e instrumentos, denominados trabalho morto, pois são resultantes de uma ação anteriormente realizada pelo próprio homem. Assim, através destes instrumentos o homem procede à execução específica para a produção de produtos, o que se denomina trabalho vivo, podendo assumir formas de bens ou serviços. Dessa maneira, estes produtos carregam o valor de troca e o valor de uso (MERHY, 1997).

Portanto, o trabalho vivo é aquele que acontece no momento da sua execução pelo trabalhador, é o trabalho em ato e, com isto, carregado de possibilidade de criação, de inventividade, de tentativas humanamente colocadas. Por sua vez, o trabalho morto é entendido como todos os produtos-meios, instrumentos usados como

ferramentas ou como matéria-prima para operacionalizar o ato produtivo (MERHY, 1997).

No aspecto histórico do trabalho, a partir da Revolução Industrial que aconteceu no século XVIII, ocorreram profundos impactos para o processo produtivo, tanto no nível econômico como no social. Essas modificações foram fundamentadas na divisão do trabalho, que se baseava no parcelamento das fases de confecção do produto em numerosas operações, executadas por diferentes trabalhadores, destacando como modo capitalista de produção (BRAVERMAN, 1987).

A fragmentação do trabalho focava a produção de um volume maior de serviço, resultante do aperfeiçoamento dos trabalhadores na confecção de partes diferenciadas do produto, da economia do tempo, e por dispensar a aprendizagem do trabalho em outra etapa da produção. Nesta época também surgiram máquinas que mecanizaram a produção do trabalho (BRAVERMAN, 1987).

Com o decorrer dos anos, surgiram tecnologias para aumentar a produtividade e, conseqüentemente, o acúmulo de capital financeiro. Esta época foi marcada por condições laborais inadequadas, exigindo longas jornadas diárias de trabalho, exposições constantes a ambientes insalubres e baixa remuneração salarial (VALLE; VIEIRA, 1999).

Toledo e Gancho (1997) afirmam que no modelo capitalista, o ser humano é reconhecido pelo nível de produção, devido à visão de lucro dos empregadores e, nesse contexto, a valorização do profissional é mensurada pela tarefa que executa em detrimento da sua criatividade, visto que este é considerado como máquina e não como um cidadão.

No século XX, o sistema taylorista/fordista impôs forte influência, cujo propósito baseava-se na produção em massa, com o objetivo de reduzir os custos, através de um serviço repetitivo e verticalizado, no qual o profissional era submisso aos ideais da empresa. O trabalho humano era pensado e planejado por alguns e efetivamente implementado por outros (MOSER, 1985).

Assim, o modo de produção capitalista enfocava a automação e a fragmentação do trabalho, com vistas à produtividade intensa dos trabalhadores, sem a preocupação com as condições de segurança e promoção do trabalho.

Somente em 1919 houve a preocupação dos gestores em oferecer serviços médicos aos trabalhadores, através do surgimento da OIT, pelo Tratado de Versalhes, no intuito de garantir a proteção do trabalhador contra agravos provenientes da tarefa laboral, contribuindo para a adaptação, estabelecimento e manutenção do bem-estar físico e mental do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

A OIT representa uma instituição autônoma das Nações Unidas, que conta com representantes do governo, empresários e trabalhadores, cujo objetivo principal é estabelecer normas e convenções internacionais condizentes à promoção do trabalho digno (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 1999).

Entende-se como trabalho digno, o exercício das atividades com produtividade pelo profissional, com garantia de segurança, apoiada na previsão, prevenção, promoção da saúde e, sobretudo, das condições de liberdade, equidade, dignidade, remuneração adequada e amparo social apropriado para o trabalhador. Estas condições visam à erradicação dos perigos, controle de riscos, eliminação de acidentes e redução das enfermidades ocasionadas pela atividade laboral (ALMEIDA, 2005).

No Brasil, a partir de 1943, é criado o decreto lei nº. 5452 que aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o qual inclui no capítulo V: Da Segurança e Medicina do Trabalho, que determina sobre o funcionamento adequado do trabalho e estabelece o mínimo para a segurança e garantia da integridade do trabalhador. Instituíram-se os órgãos fiscalizadores com o intuito de eliminar possíveis riscos ao trabalhador no seu ambiente laboral. Cria-se nas empresas a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, institui-se o provimento de equipamentos de proteção individual, bem como, medidas preventivas de exame médico periódico, admissão, demissão, além de outros atendimentos de saúde e primeiros socorros no trabalho. As condições de trabalho, o desgaste do trabalhador, a carga de trabalho, o trabalho penoso e insalubre e penalidades das infrações de medidas de segurança e saúde no trabalho estão descritas nos artigos 170 a 201 (BRASIL, 1943).

Em 1977 tornou-se obrigatório o serviço médico dentro das empresas, sendo então aprovada a Portaria 3214/78, atual Norma Regulamentadora nº. 4, que exige a constituição de equipes multidisciplinares nos serviços de engenharia de segurança e em medicina do trabalho, com a presença de médicos, enfermeiros, engenheiros,

técnico de segurança no trabalho e auxiliar de enfermagem no trabalho (BRASIL, 1978). Estas ações foram adotadas para redução dos riscos de acidentes no trabalho, bem como, para a melhoria das condições laborais.

Sabemos que o trabalho em saúde é considerado fonte de vários fatores de risco e recebeu tratamento específico, através da criação da Norma Regulamentadora nº 32 (NR32), do Ministério do Trabalho e Emprego, cujo enfoque é estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em estabelecimento de assistência à saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005).

Atualmente, verifica-se com o processo de globalização, a preocupação dos gestores na flexibilização da legislação trabalhista, cuja justificativa seria o custo do trabalho e as conquistas históricas dos trabalhadores como as causas do desemprego (ALMEIDA, 2005).

Contudo, esta flexibilização gera um aumento da jornada, da intensidade do trabalho e a realização de atividades sazonais que ocasionam maiores riscos para a saúde e redução dos níveis de remuneração (ALMEIDA, 2005).

Esta intensificação laboral é característica da atual fase do capitalismo e tem ocasionado o uso desmedido das energias físicas e mentais dos trabalhadores, que são pressionados pela ameaça do desemprego, resultando na submissão a regimes e contratos de trabalho precários, com baixa remuneração e em condições insalubres e de alto risco para a sua saúde (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Dessa maneira, as condições inadequadas de trabalho desencadeiam as ausências por adoecimento dos trabalhadores. Danatro (1997) salienta que nas últimas décadas, houve um aumento de 30% nos afastamentos por doenças em todos os países industrializados e acredita que este é um problema persistente que será agravado em muitas partes do mundo.

Nessa perspectiva, concordamos com ROBAZZI *et al.* (1990), no sentido de que o trabalhador encontra-se em situação de doença, pois entre outros fatores desencadeantes do adoecimento, realizam atividades no trabalho que podem ocasionar desgastes físicos e psíquicos, uma vez que trabalham em mais de um serviço ou

realizam horas extras para incrementar os salários, geralmente inadequados para o seu sustento e de sua família.

2.2 O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Na história sobre o trabalho de enfermagem, nota-se que inicialmente suas características estavam direcionadas para a caridade e ligadas pela religiosidade, sendo que o principal objetivo era alcançar a salvação da alma. Nessa época, era denominada como enfermagem pré-profissional, pois não havia preocupação com o retorno financeiro, capacitação científica e com a evolução clínica do doente (SILVA, 1989).

Com a Revolução Industrial, a partir do século XVIII, os direitos dos trabalhadores de enfermagem começaram a ser reivindicados, quando a enfermagem deixa de ter a característica de caridade e se constitui como trabalho, promovendo o retorno financeiro e a capacitação dos profissionais (SILVA, 1989).

Segundo Gomes *et al.* (1997, apud RIBOLDI, 2008), a enfermagem moderna surge na Inglaterra, com Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, onde o trabalho de enfermagem estruturou-se no sentido de organizar o cuidado ao doente, através da sistematização das técnicas de enfermagem; pela organização do ambiente terapêutico, com medidas de higienização e através da capacitação dos profissionais. Sendo assim, foi reconhecida como prática social, inserida no mundo do trabalho e na atenção à saúde.

Desde então, o Sistema Nightingale disseminou-se por vários países, entre eles Inglaterra, Canadá e Estados Unidos. No Brasil, a Enfermagem moderna teve como principal marco o surgimento do Serviço de Enfermeiras, no Departamento Nacional de Saúde Pública, na cidade do Rio de Janeiro e, posteriormente, a criação da primeira Escola de Enfermagem, em 1923, que recebeu o nome de Anna Nery. Esta homenagem deve-se à participação de Anna Nery na Guerra do Paraguai, em 1965, ficando conhecida como mãe dos brasileiros (MOURA, 1992; KRUSE, 2006).

Conforme a estruturação do trabalho realizado por Florence, estabeleceu-se uma divisão técnica e social que perdura até os dias atuais. As trabalhadoras de enfermagem eram classificadas como *Ladies nurses*, pertencentes às categorias sociais favorecidas e responsáveis pelas atividades de gerência e ensino. Enquanto as *Nurses* eram provenientes de classes menos beneficiadas e responsáveis pelo cuidado direto ao paciente. No decorrer dos anos, com o aumento da complexidade dos clientes e da alta demanda, esta divisão tornou-se mais evidente (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997; SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Em meados do século XIX, com a ascensão do capitalismo industrial, difundiu-se a supervisão do trabalho, como um instrumento deste modo de produção, que baseava-se na divisão técnica do trabalho. Assim, o trabalho de enfermagem foi influenciado pela gerência científica, inaugurada por Taylor no final do século XIX, que defendia o controle, a hierarquia e a disciplina (KURCGANT, 2005).

Atualmente, a profissão de enfermagem está dividida nas seguintes categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. De acordo com a lei nº 7.498/1986, do exercício profissional, cada categoria da enfermagem tem qualificações e pré-requisitos, devendo cumprir funções diferentes, destacando que o aspecto do poder está relacionado diretamente com o saber (BRASIL, 1986).

Nesse sentido, a enfermagem atual tem organizado o trabalho, de acordo com o modelo preconizado pela administração científica, através da distribuição do serviço em tarefas, que são divididas entre as pessoas da equipe, acarretando a fragmentação do cuidado ao cliente (SIMÕES, 2001).

Considerando o trabalho nas instituições hospitalares, os profissionais de enfermagem representam parcela significativa dos recursos humanos. Nota-se, como característica comum da profissão, a realização de atividades frequentemente marcadas por fragmentação de tarefas, rígida estrutura hierárquica, prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção por excesso de tarefas, automação por ações repetitivas, insuficiência de pessoal e material, parcelamento das atividades, turnos diversos e complexidade das ações executadas (HAHN; CAMPONOGARA, 1997).

Pereira e Bellato (1995) descrevem que a força de trabalho de enfermagem constitui-se essencialmente de pessoas do sexo feminino, sendo historicamente marcada pela responsabilidade do cuidado à saúde. A justificativa de ser uma profissão eminentemente composta por mulheres pode estar relacionada ao fato de que estas sempre realizaram o cuidado e a educação dos filhos e, assim, o cuidado aos doentes também passou a ser parte do trabalho feminino, constituindo uma extensão do trabalho doméstico.

Pitta (1990) define as instituições hospitalares como sendo organizações complexas, tanto pelos serviços especializados prestados, quanto pela abrangência de profissionais de diversas especialidades. Esta característica está relacionada à gravidade do processo de saúde-doença, vivenciado pelos clientes destas instituições.

Portanto, são objetivos primordiais das instituições hospitalares a prestação de assistência individualizada e de qualidade aos clientes, bem como, promover a satisfação dos trabalhadores.

Godoy *et al.* (2006) referem que as instituições hospitalares têm sido destacadas na literatura, principalmente pela alta complexidade do atendimento prestado aos clientes e pela evolução do modelo de saúde atual, caracterizado por uma constante modernização da tecnologia e novas exigências da clientela assistida. Dessa maneira, a organização do processo de trabalho reflete no ambiente hospitalar, exigindo constante capacitação para aprimorar os conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde, bem como aperfeiçoamento individual para prestar um cuidado qualificado, no intuito de atender as exigências da clientela.

Assim, a organização do trabalho da equipe de enfermagem é essencial para a promoção de um cuidado adequado e de qualidade ao cliente. Ademais, no contexto hospitalar, local onde predominam atividades complexas, procedimentos que requerem habilidades do profissional e conhecimentos técnico-científicos, há a necessidade de garantir número adequado de trabalhadores para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem durante as 24 horas do dia (INOUE *et al.*, 2008).

Compete ao profissional Enfermeiro a realização do cálculo de pessoal necessário para prestar assistência de enfermagem de qualidade e com eficiência nas instituições de saúde. O dimensionamento de pessoal de enfermagem representa a

etapa inicial do provimento de pessoal, que tem o intuito de realizar a previsão da quantidade de funcionários por categoria, designados para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela (KURCGANT, 2005).

Entretanto, algumas instituições hospitalares apresentam uma administração centralizada e burocrática, o que dificulta a participação efetiva da gerência de enfermagem na formulação dos planos institucionais, culminando em sobrecarga de trabalho para os profissionais de enfermagem e, por sua vez, desencadeando riscos para o aparecimento de doenças ocupacionais (BELEM; GAIDZINSKI, 1998).

Entende-se que o ambiente hospitalar apresenta aspectos específicos como a excessiva carga de trabalho, o elevado nível de tensão e os riscos inerentes a um local insalubre. Pitta (1990) assevera que a necessidade de funcionamento durante 24 horas, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre trabalhadores de saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Esta prática promove o aparecimento de fatores desencadeantes do adoecimento físico ou psíquico destes profissionais.

Devido às condições desfavoráveis no ambiente de trabalho, os trabalhadores podem buscar meios de compensar as insatisfações, através de posturas resistentes e defensivas. Nesse contexto, permanecem indiferentes ao processo laboral, optando pela ausência no trabalho, que pode ocorrer por meio de atestados, licenças médicas ou simplesmente por faltas não justificadas, culminando em desestruturação das organizações e repercutindo na qualidade do serviço prestado (ALVES, 1996).

Nessa realidade, pouco se sabe sobre as angústias do trabalhador frente às condições de trabalho e a convivência entre colegas e chefias, somados ao baixo incentivo salarial e ausência de benefícios. Certamente, a somatória dessas razões contabiliza um desafio diante das dificuldades que são marcadas pelas longas jornadas de trabalho, condições de insalubridade do ambiente, baixa remuneração, duplo emprego e tensão emocional. Estes obstáculos podem desencadear o absenteísmo e, conseqüentemente, uma desestruturação do serviço (SILVA; MARZIALE, 2000).

Com base nessas considerações, julgamos importante relacionar os aspectos inerentes à motivação e à insatisfação no trabalho, como maneira de entender os aspectos relacionados à questão do absenteísmo no ambiente laboral.

2.3 MOTIVAÇÃO NO TRABALHO

A motivação para o trabalho é uma expressão que indica um estado psicológico de disposição ou vontade de perseguir uma meta ou realizar uma tarefa (Nogueira, 1999).

Assim, estudar a motivação para o trabalho possibilita identificar quais são as razões que influenciam o desempenho das pessoas e as respectivas inspirações para a produção de bens e prestação de serviços. Nogueira (1999) explica que existem os motivos internos e os externos ao profissional, sendo o desempenho influenciado por quatro tipos de fatores: gerência, empresa, grupo de trabalho e questões inerentes ao indivíduo. Os internos referem-se às necessidades, aptidões, interesses e habilidades do indivíduo, que o fazem capaz de realizar determinadas atividades e não outras, que o fazem sentir-se atraído por certas ações e evitar outras, que o fazem valorizar certos comportamentos e menosprezar outros. São os impulsos interiores, de natureza fisiológica e psicológica, afetados por fatores sociológicos, necessidades, frustrações, aptidões, habilidades, atitudes e interesses (NOGUEIRA, 1999).

Os fatores externos são estímulos ou incentivos que o ambiente oferece à pessoa, despertando sentimentos de interesse a respeito de recompensas a serem alcançadas. Estes incentivos representam o reconhecimento da administração e dos colegas pelo desempenho do profissional (NOGUEIRA, 1999).

Assim, o resultado do trabalho humano deve proporcionar sentido, trazer orgulho e prazer a quem o executa. Torna-se imprescindível o elogio e a valorização do profissional por suas realizações, para que se satisfaça a necessidade de auto-realização, a qual torna os indivíduos mais completos.

Lembramos que no processo histórico do trabalho, a abordagem clássica da administração estava centrada na tarefa e no método de produção, sendo que a partir

da teoria humanística a ênfase foi direcionada as relações humanas e sociais (CHIAVENATO, 1994).

A teoria humanística surgiu a partir de 1929 e teve como principal precursor Elton Mayo, que incentivou uma nova perspectiva, relacionada ao processo administrativo, direcionado a considerar a pessoa na sua totalidade, no intuito de propiciar a motivação do trabalhador e, conseqüentemente, alcançar as metas organizacionais. Nesse período, as relações humanas no trabalho passaram a ser discutidas e valorizadas. Surgem então propostas de incentivo à comunicação, motivação e liderança no campo da administração de recursos humanos (GIL, 1994).

Motta (1995) afirma que no decorrer dos anos, os administradores perceberam a associação da eficiência com a motivação. Tornaram-se frequentes as afirmações que explicavam a redução da produtividade, o absenteísmo e o atraso pela falta de motivação. Essa mesma razão justificaria a frustração, a insatisfação e a eficiência dos profissionais.

No cenário administrativo, os gestores atualmente estão acentuando sua preocupação a respeito da motivação no trabalho. Essa iniciativa pode ser justificada pela necessidade de se estabelecer uma relação mais satisfatória entre o profissional e sua atividade de trabalho (VALDEZ, 2003).

Na profissão de enfermagem, caracterizada por atividades que exigem alta interdependência, devido à necessidade do trabalho em equipe, a motivação surge como aspecto importante para obtenção de eficiência e, conseqüentemente, assegura a qualidade na assistência prestada, aliada à satisfação dos trabalhadores (PEREIRA; FAVERO, 2001).

Nessa perspectiva, concordamos com Maciel e Diniz de Sá (2007), sobre a necessidade da motivação para as pessoas e organizações, visto que tal processo configura-se como transformador de qualquer ambiente laboral, conduzindo ao envolvimento e comprometimento das pessoas no desenvolvimento de suas atividades e contribuindo significativamente para a eficácia organizacional.

Para contextualizar o aspecto motivacional, destacamos as teorias de Maslow (1943) e Herzberg (1959) que norteiam a relação do indivíduo no ambiente de trabalho.

2.3.1 Teoria das Necessidades Humanas de Maslow

Esta teoria visa entender o comportamento humano através do pensamento que a motivação está relacionada à satisfação de necessidades, ou seja, um indivíduo motivado é um indivíduo satisfeito.

Conforme Schermerhorn Junior *et al.* (1999) e Robbins (2000), necessidades são desejos não-satisfeitos e dizem que as teorias da satisfação como motivação usam as necessidades individuais para explicar os comportamentos e atitudes das pessoas no trabalho. Esses autores explicam que uma necessidade não satisfeita provoca tensão que estimula reações no indivíduo. Assim, desencadeiam um comportamento de busca para alcançar determinadas metas, que se atingidas, satisfarão a necessidade e resultarão na redução da tensão.

Maslow (1943, apud CHIAVENATO, 2004) baseia-se no fato de que as necessidades podem ser distribuídas em uma hierarquia de importância e de influência no comportamento humano. Para tanto, propõe que estas devem ser arranjadas em uma pirâmide de importância e de influência no comportamento humano. Na base da pirâmide permanecem as necessidades mais básicas e recorrentes, enquanto que no topo as mais sofisticadas e intelectualizadas.

- Necessidades fisiológicas: relacionam-se com a alimentação, com a sede, enfim com as necessidades de subsistência e existência do indivíduo;
- Necessidades de segurança: estão vinculadas à segurança e à proteção no trabalho;
- Necessidades sociais: estão relacionadas com a vida em sociedade dos indivíduos, com a aceitação por parte dos colegas de trabalho;
- Necessidade de estima: estão relacionadas com a maneira como as pessoas se vêem e se auto-avaliam. Relacionam-se também com amor próprio, autonomia, status, reconhecimento e realização;
- Necessidade de auto-realização: são as necessidades mais elevadas e desejadas pelo ser humano. Implica no anseio pelo desenvolvimento e alcance dos seus potenciais.

Robbins (2000) explica que para estimular a motivação em alguém, é necessário entender em qual nível da hierarquia de necessidade essa pessoa se encontra e, então, buscar a satisfação nesse nível ou em um superior.

Nogueira (1999) refere que quando as necessidades do profissional não são atendidas no ambiente de trabalho, o resultado é a frustração, podendo ocasionar diversos tipos de comportamentos, como fuga ou compensação e até mesmo apatia e alterações fisiológicas no indivíduo.



Figura 1 – Hierarquia das Necessidades de Maslow
Fonte: Adaptado de Chiavenato (1997)

2.3.2 Teoria dos Dois Fatores de Herzberg

Nas décadas de 50 e 60, o psicólogo americano Frederick Herzberg realizou um estudo abrangente com aproximadamente 200 engenheiros e contadores de indústrias em Pittsbrungh, cujo objetivo era identificar os fatores que geravam satisfação e os fatores que geravam insatisfação no trabalho (VALDEZ, 2003).

A partir deste estudo, Herzberg desenvolveu a teoria dos dois fatores que considera os fatores relacionados ao ambiente externo e ao trabalho em si, como importantes na motivação humana. Herzberg (1959) afirma que os fatores de motivação são intrínsecos ao indivíduo e ao seu trabalho e os fatores higiênicos são características externas, que estão relacionadas ao ambiente de trabalho.

Herzberg (1959), utilizando as descobertas do seu estudo e com embasamento em investigações anteriores sobre o tema, justifica que os fatores capazes de gerar satisfação (e motivação) no trabalho são independentes e distintos dos fatores que conduzem à insatisfação no trabalho.

Quanto aos fatores resultantes relacionados à insatisfação no trabalho, estes são denominados fatores higiênicos, pois estão relacionados com as condições sob as quais um serviço é realizado. Regiane (2001) acrescenta que estes fatores também são de manutenção, pois quando são adequados, apenas evitam a insatisfação dos profissionais. Podemos citar como exemplo, relacionamento com os colegas de trabalho e com os superiores, segurança no emprego e benefícios sociais como salário.

Ademais, os fatores higiênicos não asseguram aumento da produtividade do profissional. Entretanto, se estiverem em condições inadequadas, despertarão a insatisfação no trabalho, induzindo à formação de posturas negativas. Ressalta-se que estes fatores ligados ao ambiente de trabalho possibilitam sentimentos de bem-estar e a sua ausência leva ao desprazer no serviço (HERZBERG, 1959).

Os fatores motivacionais, por sua vez, são diretamente vinculados às tarefas executadas pelos profissionais e ao conteúdo do cargo. Abrangem a realização, o crescimento e o reconhecimento profissional e resultam no aumento da capacidade de produção do indivíduo, incluindo sentimentos de participação e responsabilidade no trabalho e despertando a criatividade do profissional (MELARA et al., 2006).

Bergamini (1993) reforça que a motivação é intrínseca a cada indivíduo e que não se pode motivar o outro. Entretanto, ao propiciar condições de trabalho favoráveis e estimular a autonomia do profissional, este possui liberdade para expor sua força motivacional.

Portanto, os fatores motivacionais são referentes às necessidades exclusivas do ser humano de desempenhar com êxito seu trabalho e assim experimentar o crescimento profissional.

Herzberg (1987) ilustra os sentimentos relacionados aos fatores motivacionais e os fatores higiênicos.

Quadro 1 – Fatores motivacionais e de higiene propostos por Herzberg (1987).

Fatores Motivacionais (Presença = satisfação)	Fatores de Higiene (Ausência = insatisfação)
Conteúdo do cargo	Contexto do cargo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhecimento ▪ Realização profissional ▪ Crescimento profissional ▪ Progresso pessoal ▪ Responsabilidade ▪ Trabalho em si 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisão técnica ▪ Relações interpessoais ▪ Condições de trabalho ▪ Salário ▪ Política administrativa ▪ Status ▪ Segurança

Fonte: adaptada de Herzberg (1987).

De acordo com a teoria dos dois fatores de Herzberg (1987), as questões motivacionais acima citadas significam:

- Reconhecimento: necessidade de o profissional ter seu trabalho reconhecido por pessoas no ambiente de trabalho, como o supervisor, o administrador de forma impessoal, o cliente, o colega e até mesmo a comunidade em geral;
- Realização profissional: realizar o trabalho de maneira eficiente e solucionar possíveis problemas;
- Crescimento profissional: capacidade de adquirir conhecimentos e superar a própria habilidade individual e adquirir novas perspectivas profissionais;
- Progresso pessoal: mudança pessoal e profissional na organização com vistas à ascensão de cargos, status;
- Responsabilidade: condizente ao trabalho desempenhado, com o trabalho de outras pessoas e aquisição de novas responsabilidades.

- Trabalho em si: situações como alterações da rotina, criatividade e oportunidade de carreira.

Para os fatores higiênicos, Herzberg apresenta a seguinte definição:

- Supervisão técnica: competência e incompetência, senso de justiça e injustiça, boa vontade e má vontade em delegar responsabilidades e ensinar os subordinados;
- Relações interpessoais: tipo de relação estabelecida com a chefia, com a equipe interdisciplinar, com os colegas de trabalho e com clientes.
- Condições de trabalho: aspectos físicos do ambiente de trabalho com adequação e inadequação de ventilação, iluminação, equipamento, espaço;
- Salário: aumento ou descumprimento de expectativas do aumento salarial;
- Política administrativa: organização administrativa, no que se refere à comunicação e políticas mal conduzidas;
- Status: complexidade ou não das tarefas executadas
- Segurança: provimento ou não de condições adequadas de trabalho.

Como forma de conseguir uma maior motivação no desempenho de suas atividades no trabalho, Herzberg (1987) propõe o enriquecimento de tarefas, que propicia o desenvolvimento psicológico do trabalhador. Envolve os fatores motivadores no desenvolvimento do trabalho e proporciona ao trabalhador a realização de tarefas mais especializadas, bem como autonomia para desenvolver seu trabalho. Dessa maneira há uma redução de situações frustrantes ligadas as atividades ocupacionais e favorece o desenvolvimento das capacidades individuais.

Consideramos, então, que a motivação é um aspecto intrínseco das pessoas; pois ninguém pode, por isso mesmo, motivar alguém, sendo que a motivação específica para o trabalho depende do sentido que é atribuído por cada indivíduo. Cabe às organizações encontrar estratégias laborais capazes de manter o desejo, que será transformado em ações eficazes e produtivas.

Nessa perspectiva, entendemos que devido os fatores motivacionais e higiênicos estarem intimamente ligados à produtividade no trabalho dos profissionais de enfermagem, faz-se necessário entender suas implicações nas questões relativas ao absenteísmo na instituição hospitalar.

2.4 ABSENTEÍSMO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Na prática profissional, verifica-se que o absenteísmo entre os profissionais de enfermagem tem sido uma preocupação constante dos gestores hospitalares, sendo comprovado pela literatura científica como uma questão de relevância significativa, que merece um aprofundamento no conhecimento de suas causas e na proposta de ações para redução dos índices de ocorrência no âmbito hospitalar.

Chiavenato (1994) conceitua o absenteísmo, absentismo ou ausentismo, como termos utilizados para designar a falta do empregado ao trabalho. Isto é, a soma dos períodos em que os empregados de determinada organização se encontram ausentes do trabalho, devido a algum motivo interveniente.

Gaidzinski (1998) classifica as ausências em previstas e não previstas, sendo que as ausências previstas podem ser planejadas com antecedência, como as folgas, férias e feriados. Quanto às ausências não previstas, são consideradas absenteísmo e incluem as faltas justificadas, abonadas e não justificadas, bem como, licença-médica, maternidade, paternidade, acidentes de trabalho, ou outras situações relacionadas a doenças amparadas por lei e/ou de direito do trabalhador.

Quanto à classificação do absenteísmo, este pode ser dividido em categorias como absenteísmo-doença que denota a ausência justificada por licença-saúde; absenteísmo por patologia profissional, ocasionado por acidente de trabalho e/ou doença profissional; absenteísmo legal que é respaldado por lei; absenteísmo-compulsório, quando por suspensão imposta pelo empregador, por prisão ou por outro impedimento de comparecer ao trabalho e absenteísmo voluntário que é devido a razões particulares não justificadas pelo empregado (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

De acordo com a Organización Internacional del Trabajo (1989), o absenteísmo é definido como ausência do trabalho por parte de um empregado, sendo que as ausências por motivo de licença-médica consistem no período de baixa laboral atribuída a uma incapacidade do indivíduo. Primo, Pinheiro e Sakurai (2007) ressaltam a importância do absenteísmo na saúde pública, visto que sinaliza o processo de adoecimento dos trabalhadores e gera impacto econômico, pois interfere na produtividade, aumenta o custo operacional e reduz a eficiência no trabalho.

A OIT considera que o principal tipo de absenteísmo está relacionado à incapacidade por doença e acidentes de trabalho, totalizando aproximadamente 75% ou a totalidade das ausências na indústria, sendo justificadas por atestados médicos, de acordo com as normas legais da Seguridade Social (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 1989).

Estas ausências justificadas podem ser divididas por atestados de 1 a 3 dias; ausências por licença-médica, cujo afastamento do trabalho compreende um período superior a 3 dias e inferior a 15 dias e os afastamentos de longa duração, quando superam o período de 15 dias (BRASIL, 1943).

A literatura internacional sobre o absenteísmo considera que embora as ausências não previstas ao trabalho sejam geralmente justificadas por atestados médicos, isso não significa que tais ausências são exclusivamente por motivo de adoecimento. Pode-se garantir que o absenteísmo é uma interação de vários fatores e de diversas forças, culminando com o afastamento do trabalho (MESA; KAEMPFER, 2004).

Estudo bibliográfico realizado por Mesa e Kaempffer (2004), identificou os dados do absenteísmo de mais de 30 anos, entre classes de trabalhadores de hospitais, mineradoras, indústrias e universidades do Chile. Os autores constataram que os profissionais dos hospitais apresentaram a maior taxa de absenteísmo, sendo em média 14,3 dias de afastamento/trabalhador/ano, cuja faixa etária mais acometida estava entre os 36 anos e que as doenças respiratórias foram as principais causas de ausência no trabalho. Concluíram que os hospitais com taxas mais elevadas de ausências estão localizados nas grandes cidades, como Santiago e Tumuco, e que níveis mais elevados de estresse, aumento da violência e distância entre a residência e o local de trabalho, são fatores relevantes para o ausentismo laboral.

O Inquérito realizado no Canadá em 2005 mostrou que as enfermeiras ausentaram-se do trabalho por motivo de adoecimento, em média 14,5 dias no ano e que o gasto totalizou aproximadamente 17,7 milhões de dólares (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2006)

O absenteísmo provocado por lesões ocupacionais nos Estados Unidos gerou um custo no ano de 1996 de aproximadamente 121 bilhões de dólares, sendo 790.000

dólares por morte e invalidez e 26.000 por lesões físicas calculados pelo Department of Health and Human Services em 1999. Embora estudos mostrem preocupação com o absenteísmo, os dados brutos são insuficientes para descrever a prevalência e os problemas respectivos dos hospitais e organizações de cuidados a saúde. Em hospitais brasileiros, estudos demonstraram que as taxas de ausências não previstas variaram de 1,53 a 19,27 dias de afastamento/trabalhador/ano, sendo que o índice de absenteísmo esperado variou de 1,23 a 6,82, comprovando-se elevado nessas instituições (ALVES, 1994; GODOY, 2001; ALVES; GODOY; SANTANA, 2006; GEHRING JUNIOR et al., 2007; ANDRADE, 2008; INOUE et al., 2008).

Quanto ao absenteísmo por adoecimento no Brasil, constatou-se no estudo realizado com profissionais de enfermagem de uma rede de hospitais públicos do Estado de Minas Gerais, no ano de 2002, um número equivalente a 4735 licenças médicas concedidas, sendo que 65% delas ocorreram principalmente por adoecimento de curto prazo, ou seja, de 1 a 3 dias de afastamento do trabalho. Os autores atribuem esta ocorrência ao desgaste biopsíquico, consequente do tipo de trabalho prestado e pelo ambiente laboral em que o trabalhador está inserido (GODOY et al., 2006).

Trabalho relacionado aos custos previdenciários e dias de trabalho perdidos referentes aos acidentes foi realizado por Santana *et al.* (2006), verificando-se que dos 31.096 benefícios concedidos por doenças ou agravos à saúde no Estado da Bahia, no ano de 2002, um número de 2.857 (7,3%) era devido a acidentes de trabalho. Os custos com os benefícios para acidentes de trabalho foram estimados em 8,5 milhões, com aproximadamente meio milhão de dias perdidos de trabalho por ano. Estes dados mostram a preocupante situação com as condições de trabalho enfrentadas pelos profissionais no ambiente de trabalho e a necessidade de medidas a fim de promover um trabalho digno para estes profissionais.

Para entender melhor a complexidade do absenteísmo é necessário buscar informações, no intuito de compreender quais são os fatores causadores e sua diferenciação a partir do juízo de valor de cada indivíduo (PARRA, 2003).

Através do estudo realizado por Alves (1996), acerca da identificação das representações de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, quanto ao absenteísmo nas unidades de internação de um hospital de ensino, verificou-se que os enfermeiros

centravam o absenteísmo como questão administrativa, considerando as interferências negativas para a organização do trabalho da equipe de enfermagem e o alto custo para a instituição. Para os auxiliares, o absenteísmo é o resultante da sobrecarga de trabalho imposta aos profissionais no trabalho.

Estudo desenvolvido por Puc *et al.* (2005) através da realização de grupos focais com a equipe de enfermagem de um Hospital de Especialidades do México, evidenciou a insatisfação dos participantes quanto ao clima laboral adverso, autoritarismo das chefias, adoecimento na família e baixa remuneração salarial.

Assim, o absenteísmo envolve não somente fatores inerentes ao profissional, mas também à falta de organização e de condições adequadas de trabalho, repetitividade de tarefas, queda na motivação e estímulo, ausência de sincronismo entre o profissional e a organização, além de impactos psicológicos decorrentes de uma supervisão negativa e despreparada (ALVES, 1996).

Para Dejours e Abdoucheli (1994), o descaso da instituição com a saúde dos profissionais pode interferir na sua adaptação ao trabalho, visto que os profissionais deveriam desempenhar as atividades condizentes com sua formação, minimizando a distância das condições de trabalho ideais das que são vivenciadas na realidade e, conseqüentemente, reduzindo o sofrimento das pessoas diante das situações de trabalho.

Sendo assim, uma administração autoritária e rígida predispõe ao aumento da tensão psíquica do profissional, gerando um bloqueio nas relações de trabalho, bem como, sentimentos de desprazer, fadiga e estresse (LUNARDI FILHO, 1997).

Esta carga psíquica do trabalho pode desencadear efeitos concretos na produtividade do profissional, como a redução do ritmo de trabalho ou desequilíbrio emocional. A reação é inerente de cada pessoa e pode ser manifestada através do abandono do trabalho ou até mesmo da prática do absenteísmo (DEJOURS, 1994).

Ainda este autor coloca que as tensões podem ser minimizadas através de uma maior autonomia do empregado, onde a instituição adote uma política de maior liberdade ao profissional para desenvolver o seu modo de trabalho, visando buscar alternativas mais prazerosas no desempenho das atividades laborais. A organização do

trabalho mais flexível transformará o ambiente de trabalho, tornando-o menos estressante e mais satisfatório para quem o desempenha.

Alves e Godoy (2001) confirmam que as condições inadequadas de trabalho contribuem para a elevação do número de ausências no serviço, ao referirem que o número insuficiente de recursos humanos pode acarretar elevação no índice de absenteísmo, em decorrência da sobrecarga de atividades, da insatisfação dos trabalhadores e desorganização do trabalho em equipe que conseqüentemente afeta a qualidade da assistência prestada ao indivíduo. Essas ausências geram custos diretos, como pagamento de auxílio-doença aos empregados faltosos e também custos indiretos, difíceis de serem mensurados.

Becker e Oliveira (2008) enfatizam que os profissionais de enfermagem estão expostos às condições de trabalho diversas, que incluem longas jornadas no trabalho em turnos desgastantes (vespertino e noturno, domingos e feriados), intensividade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, na separação do trabalho intelectual e manual e no constante controle das chefias.

Estes autores confirmam a necessidade de prestar uma atenção diferenciada à organização das jornadas de trabalho, de maneira a considerar as razões econômicas, bem como, as particularidades relacionadas à fisiologia do corpo humano e os possíveis efeitos à saúde e ao bem estar dos profissionais de saúde.

Em contrapartida, Costa, Vieira e Sena (2009) destacam que o absenteísmo é um termo abrangente e que pode ter uma ampla significação quanto ao caráter multifatorial. Autores colocam que as ausências no trabalho podem estar associadas aos fatores decorrentes do trabalho, entretanto, podem ser de cunho social, cultural, biopsíquico e decorrente das características pessoais e de personalidade do indivíduo (BOROFISKY; SMITH, 1993).

Valtorta, Sid e Bianch (1985, apud SANCINETTI, 2009) no estudo realizado sobre as causas das ausências no trabalho, verificaram que estas possuem componentes culturais e sociais marcantes. Apontam, como fatores explicativos do absenteísmo, a predominância do sexo feminino na profissão, a necessidade de exercer outra atividade profissional para complementar a renda familiar, as dificuldades para ascender na carreira e a sobrecarga das atividades cotidianas. Observaram

também que 70% das ausências no trabalho referiam-se às causas provenientes de fatores sociais.

Nogueira e Azevedo (1982) corroboram estes resultados, citando que por tratar-se de uma profissão formada em sua maioria por mulheres, além das atividades referentes à profissão, somam-se ainda as tarefas domésticas, o cuidado e a educação dos filhos, contribuindo para o desgaste físico, emocional e social destas profissionais.

Portanto, reconhecemos que o absenteísmo é determinado por vários fatores, podendo estar relacionado às condições de saúde pessoal, sociais e relacionadas ao ambiente de trabalho. Sendo assim, seja qual for sua origem, este deve ser analisado de acordo com sua complexidade e com as especificidades de cada instituição. Ademais, é preciso entender as implicações subjetivas que conduzem às ausências do indivíduo ao trabalho.

Nessa perspectiva, Alves (1996) sinaliza para a importância de abordagens com enfoque no ambiente de trabalho e na própria realidade dos trabalhadores, considerando que ambos influenciam na ocorrência do absenteísmo.

Ademais, o absenteísmo é um tema complexo, pois envolve uma multiplicidade de fatores, com componentes individuais, sociais e culturais marcantes, como também pode estar permeado por questões referentes ao trabalho. Trata-se de um fenômeno cuja explicação não pode ser resumida a dados quantitativos e a causas isoladas.

Dessa maneira, faz-se necessário conhecer os principais motivos que levam ao absenteísmo na instituição, no intuito de identificar os fatores desencadeadores e, a partir daí, planejar e implementar medidas que viabilizem a redução da sua ocorrência.

Acreditamos que os fatores inerentes ao trabalho possam influenciar diretamente na assiduidade dos profissionais, dentre eles a exposição constante ao sofrimento dos clientes e familiares, culminando em uma sobrecarga física e mental para os trabalhadores. Além disso, a desorganização do serviço, associada ao número reduzido de profissionais para prestar uma assistência segura e de qualidade, a repetitividade de tarefas e o relacionamento ineficaz com a chefia e equipe contribuem para o desestímulo ao trabalho.

Assim, consideramos que associando informações obtidas por meio de observações inerentes à situação de trabalho e a realização de grupos focais com

representantes de todas as categorias de enfermagem, será possível identificar os aspectos relacionados ao absentéismo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar os fatores que interferem na ocorrência do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Verificar o índice de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem.
- Identificar e analisar a principal categoria de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem.
- Identificar os motivos atribuídos pelos profissionais de enfermagem para as faltas no trabalho.
- Descrever as alternativas propostas pelos profissionais para redução do absenteísmo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, que foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa buscou-se identificar a ocorrência do absenteísmo e, na segunda, identificar os motivos atribuídos pelos profissionais para as faltas no trabalho, bem como, as alternativas propostas para a redução do absenteísmo.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM), localizado na cidade de Uberaba/MG, referência para a macrorregião do Triângulo Sul, prestando atendimento à população de Uberaba e de mais 27 municípios da região.

É um hospital público, universitário e de grande porte, oferecendo atendimento de alta e média complexidade a população, com 281 leitos operacionais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 30 leitos da Clínica Civil, destinados ao atendimento conveniado ou particular. As unidades conveniadas foram distribuídas da seguinte maneira: Pronto Socorro Adulto e Infantil; Unidade de Terapia Renal; Pediatria; Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Coronariana e Infantil; Neurologia e Ortopedia; Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias; Ginecologia e Obstetrícia; Berçário; Bloco Cirúrgico; Central de Materiais Estéreis; Hemodinâmica, Hospital Dia, Central de Quimioterapia e Central de Equipamentos.

4.3 ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO

4.3.1 Etapa 1

4.3.1.1 Sujeitos do estudo

A população estudada nesta etapa foi constituída por profissionais de enfermagem lotados na Diretoria de Enfermagem (DE) do HC/UFTM, no período de janeiro a dezembro de 2008, composta por 653 profissionais de enfermagem, sendo 85 enfermeiros, 330 técnicos de enfermagem, 199 auxiliares de enfermagem e 39 auxiliares de saúde.

A amostra do estudo foi composta por profissionais de enfermagem que apresentaram ausências não previstas ao trabalho no período do estudo.

4.3.1.2 Procedimentos

Para responder o primeiro objetivo específico, foi realizado um levantamento do número de ausências no trabalho, praticadas pelos profissionais de enfermagem da instituição, através dos relatórios mensais referentes aos meses de janeiro a dezembro de 2008, confeccionados pela DE, onde constam informações de todos os profissionais que apresentaram faltas no decorrer destes meses.

A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a junho de 2009, autorizada previamente pela DE, pelo Núcleo de Atenção à Saúde e Educação – NASE e pela Fundação de Ensino e Pesquisa de Uberaba – FUNEPU.

Inicialmente, foi apresentado aos profissionais que apresentaram ausências no trabalho no ano de 2008, o termo de consentimento livre e esclarecido para autorização destes quanto à participação na pesquisa (APÊNDICE A).

Ressaltamos que o projeto de pesquisa contemplando as duas etapas de procedimentos do estudo foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, sendo iniciada a coleta de dados somente após a aprovação (ANEXO 1), respeitando as questões éticas de pesquisa envolvendo

seres humanos definidos pela resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

A identificação dos profissionais de enfermagem envolvidos na pesquisa foi mantida em absoluto sigilo, sendo nessa pesquisa identificados por letras e números de acordo com a seguinte nomenclatura: primeira letra da categoria profissional seguida do número arábico sequencial, iniciando em 1 e com término de acordo com o número de profissionais de enfermagem.

Para identificação das características demográficas e profissionais dos participantes, foi elaborado um instrumento de coleta de dados, com as seguintes variáveis: nome, idade, sexo, estado civil, categoria profissional, setor de lotação, tipo de vínculo, turno de trabalho, tempo de trabalho na instituição e número de empregos (APÊNDICE B). Também foi realizado o levantamento de informações nas pastas funcionais dos profissionais com a finalidade de identificar as ausências do trabalho no período do estudo. Os registros referentes ao estado civil e número de empregos não constavam na pasta funcional, sendo conseguidos com os próprios profissionais, no momento da ciência e concordância em participar da pesquisa.

Diante destas informações os profissionais de enfermagem foram distribuídos em grupos segundo o local de trabalho, com a finalidade de identificar a unidade onde atuava o maior número de profissionais ausentes no período estudado. Consideramos para esta análise a proporcionalidade: número de trabalhadores atuantes x número de trabalhadores ausentes.

Para o cálculo do índice de absenteísmo foi usada a fórmula apresentada por Alves (1994), Godoy (2001) e Chiavenato (2004):

$$I_a = \frac{\text{n}^\circ \text{ de dias trabalho perdidos}}{\text{n}^\circ \text{ médio de empregados} \times \text{n}^\circ \text{ de dias trabalhados}} \times 100$$

Onde:

- I_a = índice que indica cada tipo de ausência não prevista (faltas, licenças) por categoria profissional (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde)

- Nº de dias trabalho perdidos = significa a soma dos dias de ausências não previstas, segundo os tipos de ausências, por categoria profissional.
- Nº médio de empregados = quantidade de profissionais por categoria no período.
- Nº de dias trabalhados = equivale à soma dos dias trabalhados no período (excluindo férias e folgas).

As faltas foram analisadas segundo as categorias do absenteísmo e período de afastamento, sendo distribuídas em pequenos afastamentos (1-3 dias), médios afastamentos (4-14 dias) e longos afastamentos (acima de 15 dias).

Para os afastamentos por adoecimento foi usada a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) e de problemas relacionados à saúde da OMS, divididos em 21 capítulos. Esclarecemos que utilizamos os 03 primeiros caracteres do CID 10 que está relacionado ao código da doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997).

4.3.1.3 Análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados inicialmente em planilha de Microsoft Excel,[®] analisados e separados conforme o número de faltas dos profissionais por unidade de lotação, horário de trabalho, período de afastamento e classificação da doença, respectivamente.

Posteriormente, foram submetidos à análise estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa com o auxílio e orientação de um tratamento estatístico, através da utilização do pacote estatístico Statistical Package for Social Scienses (SPSS) versão 10.0 FOR WINDOWS, e apresentados em forma de gráficos e tabelas.

4.3.2 Etapa 2

4.3.2.1 Tipo de pesquisa

Para responder o terceiro e quarto objetivos da pesquisa, foi realizado um estudo qualitativo, caracterizado como investigação participante.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados e dos relacionamentos humanos. Estes fenômenos humanos são considerados integrantes da realidade social, pois o homem se distingue por suas ações, pensamento e interpretações, contextualizados na realidade vivenciada e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2008).

Entre as possibilidades de metodologias qualitativas, a investigação participante é um método que envolve a participação e interação entre pesquisadores e membros representativos de situações a serem transformadas, através de produção de conhecimentos da realidade, contudo não vinculada a uma ação direta. As pessoas envolvidas nesta investigação são instigadas a levantar o problema e identificarem dados a respeito deste, bem como, realizar críticas e propor soluções adequadas para sua resolução (MINAYO, 2008).

4.3.2.2 Sujeitos do estudo

Participaram desta etapa do estudo os profissionais de enfermagem dos turnos da manhã, tarde e noturnos, lotados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), do mesmo hospital, visto que foi a unidade que apresentou o maior índice de absenteísmo, de acordo com os resultados encontrados na primeira etapa da pesquisa.

4.3.2.3 Procedimentos

Nesta etapa da pesquisa, inicialmente foi realizada a observação direta e não sistematizada da situação de trabalho dos profissionais da UTI-A, na primeira quinzena de julho de 2009, onde foram realizadas visitas periódicas na unidade com a finalidade

de conhecer a rotina de trabalho, a forma de organização do serviço e aspectos do ambiente laboral. Estas informações foram registradas em um diário de campo.

Utilizamos também a técnica de grupos focais com os profissionais da UTI-A, sendo que os encontros aconteceram no período de julho a agosto de 2009, nos turnos da manhã, tarde e noturno. Estes grupos foram conduzidos pela pesquisadora que contou com a participação de uma profissional enfermeira previamente capacitada para a observação dos grupos.

Minayo (2008) e Pope e Mays (2009) esclarecem que os grupos focais são um tipo de entrevista em grupo que enfoca a comunicação entre os participantes da pesquisa, no intuito de obter tipos distintos de dados, conseguidos pela interação que se estabelece entre os participantes. Isso significa estimular as pessoas a falar umas com as outras, a explicar suas experiências e seus pontos de vista sobre o tema abordado. Os grupos focais são utilizados para obter informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo, relacionado a crenças, atitudes e percepções, bem como, para desenvolver hipóteses para estudos complementares.

Para realização dos grupos focais, foi elaborado previamente um roteiro que nos serviu de orientação para condução dos grupos, com questões norteadoras, que possibilitaram a abordagem de aspectos necessários e condizentes ao estudo realizado (APÊNDICE C).

Ademais, para a realização do grupo focal, é necessário um ambiente não diretivo, um moderador para conduzir o grupo, que seja capaz de conseguir a participação das pessoas envolvidas e um observador que deverá anotar os acontecimentos de maior interesse para a pesquisa no diário de campo e também realizar observações quanto à comunicação não verbal, como forma de compreender os sentimentos dos participantes sobre os tópicos discutidos. O valor principal desta técnica fundamenta-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (KRUEGER, 1998 apud MINAYO et al., 2005).

Pope e Mays (2009, p. 45) colocam que os métodos observacionais de alguma maneira buscam entender o comportamento dos indivíduos, seja pelo acompanhamento sistemático das pessoas, ou de eventos específicos, no intuito de observar as atitudes e relacionamentos cotidianos; “assim, a observação é

particularmente adequada para estudar como as organizações funcionam, os papéis desempenhados por diferentes equipes e a interação entre equipe e clientes.”

Para os grupos focais foram utilizadas questões norteadoras referentes aos possíveis motivos das ausências ao trabalho entre os profissionais, à opinião destes sobre as interferências destas ausências no ambiente de trabalho e sobre medidas que podem ser adotadas para minimizar a ocorrência do absenteísmo na instituição. Os encontros do turno da manhã e vespertino aconteceram no anfiteatro interno, situado no 2º andar do hospital e os grupos do turno noturno par e noturno ímpar aconteceram na sala de aula A, localizada no 3º andar da instituição, sendo utilizado recurso como diário de campo e gravador digital, para registros dos diálogos e discussões entre os participantes de cada grupo.

Para composição dos grupos, foi distribuída uma lista na unidade a fim de identificar os profissionais com disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. A partir daí, os interessados foram divididos em 04 grupos distintos, separados pelo turno de trabalho, sendo: grupo 1: matutino; grupo 2: vespertino; grupo 3: noturno ímpar e grupo 4: noturno par, no intuito de manter a homogeneidade dos grupos, entendendo que cada turno de trabalho tem suas próprias características e especificidades.

A todos os participantes foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido para autorização quanto à participação da pesquisa (APÊNDICE D). Nessa etapa, os profissionais foram nomeados por Participante (P), seguido pelo número arábico sequencial, com início em 1 e término de acordo com o número de participantes dos grupos focais.

Cada grupo foi composto por 5 a 10 participantes, além da moderadora e da observadora. Os encontros aconteceram no horário de trabalho dos respectivos profissionais e teve duração aproximada de sessenta a setenta e cinco minutos, sendo realizadas gravações em áudio para registros dos diálogos. Para a cobertura da unidade, contamos com apoio de profissionais lotados nas Unidades de Terapia Intensiva Coronariana e Pediátrica, Clínica Médica e Pronto Socorro Adulto, que se disponibilizaram a permanecer na UTI-A nos horários dos grupos.

Os critérios de inclusão para participação nos grupos focais foram:

- Ser profissional de Enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde);
- Trabalhar na unidade, nos períodos da manhã, tarde ou noturnos;
- Aceitar participar da pesquisa;
- Estar lotado há pelo menos seis meses na unidade.

Os critérios de exclusão foram:

- Não concordar em participar da pesquisa;
- Profissionais de enfermagem que não estavam lotados na respectiva unidade.

4.3.2.4 Análise dos dados

Os registros produzidos a partir das transcrições dos depoimentos dos grupos focais e das anotações realizadas no diário de campo foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, utilizando a adaptação proposta por Gomes (2008), originalmente elaborada por Bardin (1979).

Bardin (1979, p. 42) explica que a análise de conteúdo é

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para Gomes (2008), a análise de conteúdo direciona um caminho para as questões subjetivas, que estão além dos conteúdos manifestos pelos indivíduos, no intuito de buscar descobertas que não são propriamente mostradas pelas palavras.

É importante ultrapassar a descrição da mensagem, para alcançar através da inferência, uma interpretação mais aprofundada sobre o tema estudado (MINAYO, 2008).

Foram utilizadas inicialmente as informações registradas pelo observador no diário de campo e as falas dos participantes de cada grupo focal extraídas das gravações em áudio. Cabe ressaltar que as gravações foram transcritas e, em seguida, procedemos à leitura compreensiva do conjunto do material selecionado de cada

encontro, de forma exaustiva. Essa leitura permitiu uma visão geral acerca de cada grupo. Em seguida, realizamos a leitura geral de todos os registros, que permitiram a construção da estrutura da análise. Assim, foram identificados os aspectos centrais, que permitiram identificar os núcleos de sentido apontados pelos fragmentos dos textos e agrupá-los em duas categorias temáticas que foram assim nomeadas: **O absenteísmo para os profissionais de enfermagem** e **Alternativas para minimizar o absenteísmo**. Por último, verificamos no conjunto de dados, as falas representativas para trabalhar com cada tema.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PRIMEIRA ETAPA

5.1.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

No período correspondente a janeiro a dezembro de 2008, havia 653 profissionais lotados na Diretoria de Enfermagem e destes, 438 apresentaram ausências ao trabalho, considerando os relatórios mensais emitidos pela DE.

Destes profissionais faltosos, 55 foram excluídos da pesquisa, sendo 34 por recusarem participar do estudo, 15 por estarem em afastamento durante o período da coleta de dados, uma vez que a coleta ocorreu no interior do hospital, e 06 por não encontrarem-se vinculados à instituição, por motivos de demissão ou exoneração do cargo. Portanto, a amostra do estudo compreendeu um total de 383 profissionais que apresentaram pelo menos uma ausência no ano de 2008.

Quanto à categoria profissional, verificamos na tabela abaixo, a quantidade total de profissionais por categoria e a comparação entre os trabalhadores que apresentaram ausências não previstas no período de janeiro a dezembro de 2008.

Tabela 1 - Distribuição do total de profissionais e a quantidade de profissionais que apresentaram ausências não previstas, conforme a categoria profissional, período jan-dez 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DE PROFISSIONAIS		PROFISSIONAIS AUSENTES		PROPORÇÃO
	QUANTIDADE	%	QUANTIDADE	%	
Enfermeiro	85	13,02%	52	13,58%	61,18%
Tec. Enferm.	330	50,54%	182	47,52%	55,15%
Aux. Enferm.	199	30,47%	131	34,20%	65,83%
Aux. Saúde	39	5,97%	18	4,70%	46,15%
TOTAL	653	100%	383	100%	

Observamos que os técnicos de enfermagem representam a categoria com o maior número de profissionais na instituição, perfazendo 330 (50,54%), seguida pela

categoria de auxiliares de enfermagem com 199 (30,47%), enfermeiros com 85 (13,02%) e auxiliares de saúde com 39 (5,97%) profissionais.

Entretanto, quando consideramos a proporção entre o número de profissionais por categoria e o número de profissionais que apresentaram ausências no período do estudo, verificamos que os auxiliares de enfermagem representam a categoria com mais ausências não previstas, perfazendo 65,83%, em seguida enfermeiros com 61,18%, técnicos de enfermagem com 55,15% e, por último, auxiliares de saúde com 46,15%.

Estes dados corroboram pesquisas realizadas por Silva e Marziale (2003); Barboza e Soler (2003) e Alves, Godoy e Santana (2006), os quais concluíram que os auxiliares de enfermagem compreendem a categoria mais acometida por ausências não previstas. No estudo realizado por Barboza e Soler (2003), com profissionais de enfermagem de um hospital de ensino do estado de São Paulo, verificou-se que dos 333 funcionários que apresentaram absenteísmo no trabalho, a categoria de auxiliar de enfermagem correspondeu a 82,3% das ausências no ano de 1999.

Assim, o predomínio de absenteísmo pode estar associado à influência de questões específicas do processo de trabalho exercido pelas categorias de nível médio, principalmente por realizar atividades de natureza repetitiva, que exigem maior esforço físico e por estarem diretamente ligadas à assistência ao paciente (NASCIMENTO, 2003; FARIA; BARBOZA; SOLER, 2005).

Esclarecemos que há ainda na instituição 39 auxiliares de saúde, que mesmo com a extinção desta categoria, determinada pela lei 7498/86 sobre o exercício profissional, estabelecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), permanecem na instituição por apresentarem vínculo efetivo. Ressalta-se que alguns destes trabalhadores desempenham funções elementares, servindo de apoio à equipe de enfermagem ou foram remanejados para cargos administrativos na instituição.

Destacamos, ainda, que 36 destes 39 auxiliares de saúde, realizaram cursos de formação para auxiliares de enfermagem, contudo por serem servidores efetivos (regime jurídico único), permanecem nomeados como auxiliares de saúde.

A respeito da variável sexo, os dados da tabela a seguir apresentam a distribuição dos profissionais que apresentaram ausências no período do estudo.

Tabela 2 - Distribuição da equipe de enfermagem e dos profissionais que apresentaram ausências não previstas, segundo o sexo, período de jan-dez 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

SEXO	TOTAL DE PROFISSIONAIS		PROFISSIONAIS AUSENTES	
	QUANTIDADE	%	QUANTIDADE	%
Feminino	566	86,68%	338	88,25%
Masculino	87	13,32%	45	11,75%
TOTAL	653	100,00%	383	100%

Os dados demonstram a predominância do sexo feminino na instituição, representando 86,68% (566), enquanto os profissionais do sexo masculino compreendem 13,32% (87) do número total de profissionais.

Alves e Godoy (2001) relacionam os fatores históricos como preponderantes à predominância feminina na enfermagem. Esclarecem que a divisão social do trabalho impôs à mulher atividades de cuidado aos doentes. Como o hospital era considerado espaço privilegiado para a profissionalização do trabalho doméstico, as mulheres foram ocupando esse campo. Entretanto, as mulheres representavam mão-de-obra barata e de caráter servil. Estas características refletem, atualmente, em baixos salários e na dupla jornada de trabalho.

Estudos realizados por Alves e Godoy (2001); Silva e Marziale (2002); Gehring Junior *et al.* (2007); Costa, Vieira e Sena (2009) também constataram a prevalência de absenteísmo no sexo feminino, apresentando como possíveis justificativas, as diversas responsabilidades familiares e profissionais, que contribuem para as ausências ao trabalho decorrentes de suas próprias enfermidades ou de seus filhos e familiares. Enfatizam que as mulheres realizam dupla jornada de trabalho, que na maioria das vezes não é caracterizada por dois empregos, mas pelo trabalho e afazeres domésticos que as mulheres realizam após a jornada de trabalho. Também salientam os distúrbios ligados ao ciclo hormonal, como determinantes do absenteísmo entre mulheres.

A respeito da faixa etária dos profissionais de enfermagem que apresentaram ausências não previstas ao trabalho, estes foram agrupados em cinco intervalos de classe.

A idade foi obtida a partir da diferença entre o mês referente à coleta de dados e a data de nascimento dos participantes. Verificamos que, dentre os 383 profissionais ausentes, 112 (29,24%) encontram-se na faixa etária de 30 a 49 anos, seguida da faixa de 40 a 49 anos com 91 (23,76%), perfazendo uma média de 40,05 anos (desvio

padrão: 11,06 anos), com valores mínimos de 21 anos e máximos de 67 anos, conforme se verifica na tabela a seguir.

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais que apresentaram ausências não previstas, de acordo com a idade, período jan-dez, 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

INTERVALO DE CLASSE	MÉDIA DE PROFISSIONAIS AUSENTES	
	QUANTIDADE	%
21 ---- 29	88	22,98%
30 ---- 39	112	29,24%
40 ---- 49	91	23,76%
50 ---- 59	79	20,63%
60 ---- 67	13	3,39%
TOTAL	383	100%

Estes resultados mostram-se semelhantes aos encontrados por Faria, Barboza e Domingos (2005), em estudo sobre absenteísmo por transtornos mentais, onde a faixa etária mais acometida foi entre 30 a 49 anos, evidenciando que quanto mais avançada a idade do indivíduo, menor a sua adaptação às condições estressantes no trabalho. Somam-se, ainda, as frequentes responsabilidades da vida moderna. Estes desafios, aliados entre si, contribuem para o estresse no ambiente de trabalho e podem culminar com as ausências.

A porcentagem inferior de ausências não previstas na faixa etária entre 60 a 67 anos justifica-se pelo número reduzido de profissionais com estas idades na instituição, devido ao benefício da aposentaria por idade ou tempo de serviço.

A respeito do estado civil, houve um equilíbrio entre a porcentagem de profissionais solteiros, com número equivalente a 38,9% (149) e casados com 38,12 (146), seguidos por 13,32% (51) de divorciados, 7,31% (28) amasiados e 2,35% (9) viúvos, como se pode observar na tabela a seguir.

Este resultado opõe-se aos encontrados por Costa, Vieira e Sena (2009), com a equipe de enfermagem de um hospital escola do Estado de Minas Gerais, no qual 67,1% dos profissionais encontravam-se casados no período da investigação.

Alves e Godoy (2001) e Alves (1996) afirmam que os trabalhadores casados apresentam maior índice de afastamentos por terem mais responsabilidades domésticas.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de enfermagem que apresentaram ausências não previstas, segundo estado civil, período jan-dez, 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

ESTADO CIVIL	PROFISSIONAIS AUSENTES	%
Solteiro	149	38,90%
Casado	146	38,12%
Amasiado	28	7,31%
Divorciado	51	13,32%
Viúvo	9	2,35%
TOTAL	383	100%

Relacionado ao turno de trabalho, observamos que 39,95% (153) estão lotados no turno da noite; 33,94% (130) estão no turno da manhã; 24,28% (93) encontram-se no turno da tarde e 1,83% (7) realizam horário administrativo.

Estudos anteriores realizados por Inoue *et al.* (2008) confirmaram que os profissionais do período noturno se ausentam com maior frequência do trabalho, por motivos de alterações fisiológicas decorrentes da falta de sincronismo entre seu ritmo circadiano e o prolongamento do período de vigília. Estas alterações orgânicas predispõem ao comprometimento da capacidade de concentração e, além disso, interferem no convívio familiar em razão da incompatibilidade de horário.

Os resultados a respeito do turno de trabalho podem ser observados na tabela a seguir.

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais de enfermagem que apresentaram ausências não previstas ao trabalho, conforme o turno de trabalho, período, jan-dez, 2008. HC-UFTM. Uberaba-MG, 2009.

TURNO	PROFISSIONAIS AUSENTES	%
Manhã	130	33,94%
Tarde	93	24,28%
Administrativo	7	1,83%
Noite	153	39,95%
TOTAL	383	100%

Sobre o tipo de vínculo na instituição, os dados da tabela 6 apresentam a distribuição dos profissionais que apresentaram ausências não previstas ao trabalho no período do estudo.

O resultado demonstrou a predominância de profissionais vinculados à UFTM, ou seja, servidores públicos federais, correspondendo a 62,17% (406) do total de profissionais. Quando realizamos a proporção de profissionais ausentes por vínculo,

verificamos que os trabalhadores da UFTM equivalem a 65,52%, enquanto os profissionais da FUNEPU correspondem a 47,37% das ausências no período.

Tabela 6 - Distribuição da equipe de enfermagem e dos profissionais que apresentaram ausências não previstas, de acordo com o vínculo empregatício, período, jan-dez, 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

VÍNCULO	TOTAL DE PROFISSIONAIS		PROFISSIONAIS AUSENTES		PROPORÇÃO
	QUANTIDADE	%	QUANTIDADE	%	
UFTM	406	62,17%	266	69,45%	65,52%
FUNEPU	247	37,83%	117	30,55%	47,37%
TOTAL	653	100,00%	383	100%	

De acordo com estudo realizado por Primo, Pinheiro e Sakurai (2007), que investigaram o absenteísmo em saúde, as instituições públicas têm mais alta taxa de absenteísmo que as privadas. Similarmente, Reis *et al.* (2003) afirmam que a estabilidade no emprego favorece seu incremento.

Sendo assim, o resultado encontrado neste cenário de pesquisa confirma a ocorrência de menos ausências não previstas entre os profissionais contratados pela Fundação, visto que estes não possuem estabilidade no emprego, convivendo com a insegurança de serem desligados do serviço por motivos como o absenteísmo.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição verificamos que, 51,96% (199) apresentam tempo de 1 a 5 anos; 31,59% (121) trabalham há mais de 10 anos; 14,36% (55) trabalham de 6 a 10 anos e 2,09% (8) trabalham há menos de 1 ano na instituição. Estes dados podem ser vistos na tabela a seguir.

Tabela 7 - Distribuição dos profissionais que apresentaram ausências não previstas no trabalho, de acordo com os anos trabalhados na instituição, período, jan-dez, 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

TEMPO DE INSTITUIÇÃO (ANO)	MÉDIA DE PROFISSIONAIS AUSENTES	
	QUANTIDADE	%
< 01	8	2,09%
01 ---- 05	199	51,96%
06 ---- 10	55	14,36%
> 10	121	31,59%
TOTAL	383	100,00%

Estes resultados são semelhantes aos estudos realizados por Silva e Marziale (2002) e Gehring Junior *et al.* (2007) que verificaram o aumento do absenteísmo entre os trabalhadores que possuíam mais de 2 anos de tempo de serviço na instituição.

Em estudo realizado por Andrade *et al.* (2008), sobre a prevalência do absenteísmo entre trabalhadores do serviço público, foi observado que o menor número de absenteísmo entre os profissionais com menos tempo de serviço também poderia estar relacionado à necessidade de cumprimento do período probatório, o qual determina que a estabilidade é adquirida após um período de 2 anos.

Quanto ao acúmulo de vínculos empregatícios, 73,89% (283) não possuem outro trabalho e 26,11% (100) possuem dois ou mais vínculos de trabalho, conforme pode ser observado na tabela seguinte.

Tabela 8 - Distribuição dos profissionais que apresentaram ausências não previstas, conforme a presença de mais de um emprego, período jan-dez, 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

OUTRO EMPREGO	PROFISSIONAIS AUSENTES	%
Sim	100	26,11%
Não	283	73,89%
TOTAL	383	100%

Estes dados diferem dos resultados encontrados por Silva e Marziale (2000) e Nascimento (2003), sobre a relação dos fatores implicados na ocorrência de absenteísmo entre trabalhadores, verificando que os profissionais com duplo vínculo empregatício apresentaram maior prevalência de absenteísmo, justificados por cansaço físico, estresse mental e pelo comprometimento do repouso necessário.

5.1.2 Ocorrência e categorias de absenteísmo

As faltas praticadas pelos profissionais de enfermagem totalizaram 1609 ausências, o que corresponderam a 9843 dias perdidos no trabalho, sendo que os auxiliares de enfermagem somaram 4118 dias, os técnicos de enfermagem 3916 dias, os enfermeiros 1102 dias e 707 dias para os auxiliares de saúde.

A distribuição das ausências foi analisada segundo as seguintes categorias:

- Absenteísmo-doença: incluem as ausências por licença-saúde;
- Absenteísmo legal e absenteísmo compulsório: incluem as faltas abonadas, licença-nojo, ausências para doação de sangue, licença-natalidade e licença-gala.
- Absenteísmo voluntário: ausências por faltas injustificadas.

Verificamos que do total de 1609 ausências apresentadas pelos profissionais no período do estudo, 10 (0,62%) foram por licença-gala; 13 (0,81%) por licença-natalidade; 14 (0,87%) para doação de sangue; 29 (1,80%) por licença nojo; 184 (11,44%) por faltas injustificadas; 357 (22,19%) por faltas abonadas e 1002 (62,27%) por licença-saúde. Numericamente, os técnicos de enfermagem apresentaram o maior número de ausências não previstas, perfazendo um total de 635 ausências no período.

A distribuição das ausências pode ser melhor visualizada na tabela a seguir.

Tabela 9 - Distribuição dos tipos de ausências não previstas, conforme a categoria profissional, período jan-dez 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

TIPOS AUSÊNCIA	ENFERMEIRO	TECNICO ENFERMAGEM	AUXILIAR ENFERMAGEM	AUXILIAR SAÚDE	TOTAL AUSÊNCIAS	
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	%
L.S	141	407	384	70	1002	62,27%
F.A	117	133	93	14	357	22,19%
F.I	26	61	83	14	184	11,44%
L.N	1	16	9	3	29	1,80%
D.S	3	5	6	0	14	0,87%
L.Nat.	2	7	4	0	13	0,81%
L.G	2	6	2	0	10	0,62%
TOTAL	292	635	581	101	1609	100%

L.S = Licença-Saúde; F.A = falta Abonada; F.I = falta Injustificada; L.N = licença Nojo; D.S = Doação de Sangue; L.Nat. = Licença-Natalidade; L.G = Licença-Gala.

Este resultado mostra semelhança com o estudo realizado por Inoue *et al.* (2008), com profissionais de enfermagem de um hospital escola do estado do Paraná, sendo observado o absenteísmo-doença, como causa mais freqüente de ausência não programada ao trabalho, contribuindo com 67% das ausências.

Esclarecemos que o absenteísmo expressa o somatório de tempo não trabalhado em decorrência das ausências, em relação ao volume de atividade esperada ou planejada (CHIAVENATO, 1997). Conforme exposto por Pavani (2000), recomenda-

se a exclusão de férias e folgas para o cálculo do índice de absenteísmo, por serem consideradas ausências previstas.

Na tabela a seguir pode ser observado o índice de absenteísmo referente aos profissionais de enfermagem no período do estudo.

Tabela 10 - Índice de absenteísmo dos profissionais de enfermagem, segundo a categoria, período janeiro, 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE PROFISSIONAIS	TOTAL DIAS AUSÊNCIA	Ia (%)
Enfermeiro	85	1102	4,84
Técnico de Enfermagem	330	3916	4,43
Auxiliar de Enfermagem	199	4118	7,72
Auxiliar de Saúde	39	707	6,76
TOTAL	653	9843	5,62

Nota: Ia = A / (B x C) x 100

Legenda: A → total de dias de ausências não previstas

B → número de profissionais

C → Dias de trabalho no ano (exceto folgas e férias)

A tabela 10 não considera os 30 dias de férias e os 68 dias de folga de cada trabalhador, referentes ao período do estudo, por tratar-se de ausências previstas, ou seja, que fazem parte do planejamento do hospital. Considerando o total de dias de ausências de todas as categorias de enfermagem, verificamos um Ia de 5,62%. Quando calculamos o Ia por categoria de enfermagem, observamos que a categoria mais acometida foi a de auxiliares de enfermagem obtiveram um Ia de 7,72%.

Este resultado é considerado elevado, visto que estudos realizados por Godoy (2001), Alves, Godoy e Santana (2006) e Riboldi (2008), com profissionais de enfermagem em hospitais universitários, verificaram taxas de absenteísmo de 1,53%; 2,06%; e 2,97%, respectivamente.

A partir da classificação do absenteísmo por unidade de origem, observamos que a UTI-A apresentou o maior índice de absenteísmo entre as categorias de enfermagem, totalizando 8,64% das ausências não previstas.

Na tabela 11 verificamos que, dentre os trabalhadores que ausentaram do trabalho, a maioria está lotada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, com 78,05% (32) das ausências, seguida pela Central de Equipamentos, com 76,92% (10).

Este resultado corrobora os estudos de Reis *et al.* (2003); Barboza e Soler (2003) e Costa, Vieira e Sena (2009), que atribuem a maior ocorrência de faltas às

especificidades de algumas unidades, que se caracterizam por maior exposição dos profissionais a desgastes físicos e mentais, como as unidades de tratamento intensivo, que atendem clientes graves e com alta dependência de cuidados.

Tabela 11 - Distribuição do número total da equipe de enfermagem, dos profissionais ausentes e da relação percentual, segundo a unidade de origem, período jan-dez 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

UNIDADE	TOTAL	FUNCIONÁRIOS	%
	FUNCIONÁRIOS	AUSENTES	
Central de Quimioterapia	5	1	20,00%
Hospital Dia	4	1	25,00%
Sala de Internação	4	1	25,00%
Neurologia	34	12	35,29%
Bloco Cirúrgico	51	24	47,06%
Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias	23	11	47,83%
Unidade de Terapia Renal	24	12	50,00%
Central de Materiais Esterilizados	42	22	52,38%
Berçário	29	16	55,17%
Ginecologia e Obstetrícia	27	15	55,56%
Clínica Cirúrgica	48	28	58,33%
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica	76	44	57,89%
Clínica Médica	42	25	59,52%
Diretoria de Enfermagem	14	9	64,29%
Pronto-Socorro Adulto	58	38	65,52%
Pronto-Socorro Infantil	21	14	66,67%
Ortopedia	21	14	66,67%
Serviço de Radiologia	3	2	66,67%
Unidade de Terapia Intensiva Coronariana	37	26	70,27%
Pediatria	28	20	71,43%
Hemodinâmica	8	6	75,00%
Central de Equipamentos	13	10	76,92%
Unidade de Terapia Intensiva - Adulto	41	32	78,05%
TOTAL	653	383	58,65%

5.1.3 Absenteísmo por adoecimento

A figura 2 apresenta a identificação das doenças, segundo agrupamento do CID, que se mostraram mais frequentes nos atestados e licenças-saúde que justificavam o absenteísmo dos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa.

Observamos que a maior causa do absenteísmo relacionado a doenças dos trabalhadores de enfermagem foi constituída por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, representando 18,86% (189) das justificativas. Em seguida, os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde compreenderam 12,86% (123) das ausências, doenças do aparelho respiratório, 10,48% (105) e doenças do aparelho digestivo com 9,38% (94).

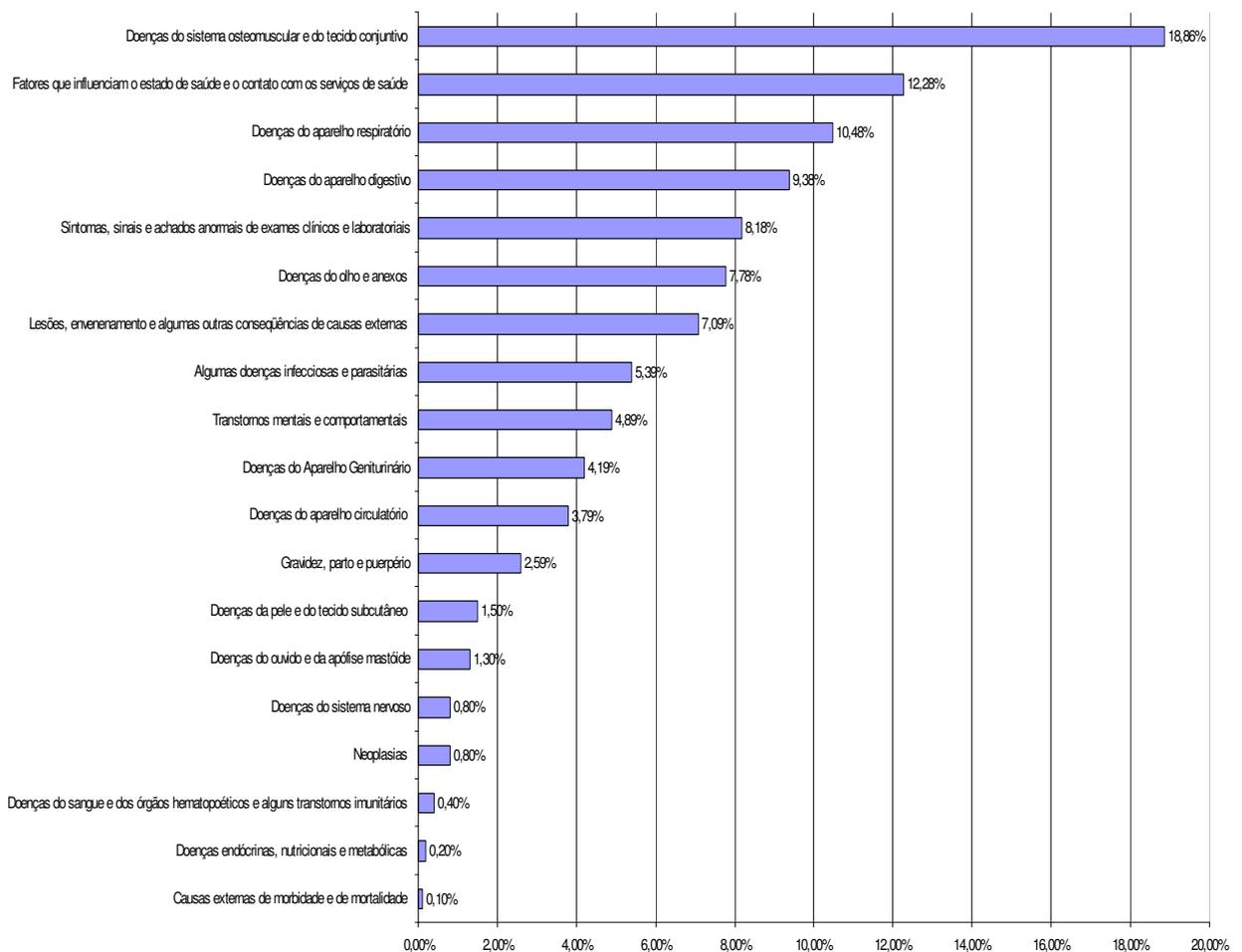


Figura 2 – Principais acometimentos por doença justificados por atestados pelos profissionais de enfermagem ausentes, período jan-dez, 2008. HC-UFTM. Uberaba-MG, 2009.

Estudos realizados por Godoy (2001); Alves, Godoy e Santana (2006); Costa, Vieira e Sena (2009) e Sancinetti (2009) confirmaram que os acometimentos por doença mais frequentes entre os profissionais da área da saúde estão relacionados ao sistema osteomuscular. Os fatores de risco que contribuem para o desencadeamento destes transtornos nos profissionais de enfermagem incluem os fatores biomecânicos, como recursos materiais inadequados, posturas repetitivas e viciosas; fatores ligados à organização do trabalho, como ritmo de trabalho acentuado, falta de autonomia, fragmentação de tarefas e relações com chefias, rotatividade de setores e relações autoritárias de gerenciamento. Estas condições predis põem as ausências, contribuindo para o aumento da ocorrência do absenteísmo.

Estes achados vêm ao encontro do estudo realizado por Alves, Godoy e Santana (2006) que associaram a elevada ocorrência de doenças do sistema osteomuscular por profissionais de enfermagem, devido à característica do hospital, que é referência no atendimento de urgência e emergência. Destacam que os procedimentos realizados contribuem para o aparecimento de afecções osteomusculares, visto que estes profissionais desenvolvem técnicas de mobilização de clientes críticos, ou seja, totalmente dependentes de cuidados da enfermagem, sendo agravado pelo número insuficiente de pessoal.

Destaca-se, também, que o agrupamento do CID sobre os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, foi à segunda causa de acometimento, declarando que 123 (12,28%) das licenças dos profissionais de enfermagem foram por estas razões. Esclarecemos que este agrupamento é abrangente, visto que inclui os atestados relacionados ao acompanhamento de familiares com acometimento de saúde.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados no estudo realizado por Alves, Godoy e Santana (2006), que verificaram a ocorrência de 113 licenças entre os profissionais de enfermagem, associadas aos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, perfazendo a segunda causa de acometimento na instituição. Estes autores justificam essa prevalência, uma vez que uma parcela significativa dos motivos apresentados pelos trabalhadores foi classificada

neste agrupamento, devido à inexistência de identificação da doença de base que poderia estar causando este afastamento e procura por serviços de saúde.

Quanto ao período de afastamento, a tabela 12 mostra o período de afastamento dos profissionais acometidos por doenças, demonstrando que 58,68% (588) correspondem ao período curto de afastamento, equivalente a 1 a 3 dias, seguido por 24,55% (246) referente ao período médio de afastamento, com duração de 4 a 14 dia e finalmente 16,77% (168) correspondente ao período longo de afastamento, com duração acima de 15 dias de afastamento.

Tabela 12 - Período de afastamento dos profissionais de enfermagem que apresentaram ausências por motivo de adoecimento. Jan-dez 2008. HC/UFTM. Uberaba-MG, 2009.

PERÍODO DE AFASTAMENTO	NÚMERO DE LICENÇAS	%
01 ---- 03	588	58,68%
04 ---- 14	246	24,55%
> 15	168	16,77%
TOTAL	1002	100%

Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Silva e Marziale (2000), que constataram que aproximadamente 80% das ausências justificadas por atestados têm duração igual ou inferior a três dias e que dispensam a perícia médica. Bittencourt (1993), em seu estudo com profissionais de enfermagem, observou que 74,2% dos trabalhadores afastaram-se do trabalho por até 15 dias.

Ressaltamos que a instituição estudada possui em seu quadro de profissionais de enfermagem, trabalhadores regidos pela CLT e pelo Regime Jurídico Único. Os trabalhadores com vínculo celetista possuem direito ao salário integral pago pela empresa, durante os primeiros 15 dias consecutivos de afastamento das atividades por motivo de doença. As instituições devem ainda fornecer o exame médico e o abono de faltas, através de um serviço médico ou convênio de saúde. Se o afastamento ultrapassar 15 dias consecutivos, o segurado deve ser encaminhado à perícia médica do INSS, fazendo jus aos direitos previdenciários do trabalhador (BRASIL, 1999).

Quanto ao servidor público da União, a concessão de licenças passa por determinações legais que envolvem o trabalhador que está submetido ao regime estatutário, instituído pela Lei 8112/90 – Regime Jurídico Único dos Servidores Civis da

União, que dispõe sobre os benefícios do Plano de Seguridade Social do servidor quanto à aposentadoria, auxílio-natalidade, salário-família, licença para tratamento de saúde e outros. Estes benefícios abrangem tanto o servidor como os seus dependentes, destacando-se a licença para tratamento de saúde, que será percebida sem prejuízo a sua remuneração, podendo o trabalhador ausentar-se por até 30 dias, após passar pelo médico do setor de assistência do órgão pessoal. Se necessitar de prazo de afastamento superior, o servidor passará por uma perícia médica oficial da instituição (BRASIL, 1990).

5.2 SEGUNDA ETAPA

A partir dos resultados da etapa 1 do estudo, verificamos que a UTI-A do HC/UFTM apresentou o maior índice de absenteísmo no período de janeiro a dezembro de 2008.

A partir daí, foi realizada uma observação direta e não sistematizada na unidade, no qual constatamos que o serviço de enfermagem é organizado através da Diretoria de Enfermagem, cuja estrutura hierárquica divide-se nos seguintes cargos: Diretor de Enfermagem, Gerente de Enfermagem, Coordenadores de Enfermagem, Enfermeiros Supervisores de Unidade, Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e Auxiliares de Saúde.

A carga semanal de trabalho dos profissionais da UTI-A é diferenciada de acordo com o tipo de vínculo empregatício. Os profissionais efetivos da Universidade (UFTM) realizam 40 horas por semana e os profissionais contratados pela FUNEPU realizam 36 horas semanais. O regime de trabalho dos profissionais é dividido nos turnos matutino, vespertino e noturno e estes possuem uma folga semanal, sendo o dia concedido de acordo com a necessidade da unidade.

As atividades diárias dos profissionais de enfermagem são distribuídas em escalas de tarefas elaboradas pelo Enfermeiro da unidade, contemplando a distribuição dos pacientes, bem como, as rotinas para limpeza e organização do local.

Posteriormente foram realizados quatro grupos focais com os profissionais da referida unidade, incluindo os turnos matutino, vespertino e noturnos, no período de

julho a agosto de 2009. Os grupos focais foram conduzidos a partir dos objetivos propostos para esta etapa, através da utilização de questões norteadoras sobre o tema, no intuito de buscar o entendimento e a opinião dos profissionais de enfermagem sobre a ocorrência do absenteísmo.

A seguir, os resultados desta etapa serão apresentados, a partir das transcrições dos relatos obtidos com os grupos focais e da identificação dos núcleos de sentido apontados pelos fragmentos das falas, que foram agrupados em categorias temáticas, conforme preconiza a análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Gomes (2008).

5.2.1 Caracterização dos participantes dos grupos focais

Participaram dos grupos focais 29 profissionais de enfermagem que estavam lotados na UTI-A nos períodos matutino, vespertino, noturno ímpar e noturno par. Destes, 05 enfermeiros, 23 técnicos de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem.

Verificamos que dos 29 profissionais de enfermagem que participaram dos grupos focais, 21(72,41%) eram do sexo feminino e 8 (27,59%) do sexo masculino. Estes dados confirmaram a predominância do sexo feminino na instituição, conforme resultado encontrado na etapa 1 da pesquisa, sobre os demais membros da equipe de enfermagem do hospital.

Quanto à faixa etária, 14 (48,28%) encontravam-se com idade entre 21 a 29 anos, seguida por 8 (27,59%) da faixa etária de 30 a 39 anos, 6 (20,69%) de 40 a 49 anos e por último 1 (3,45%) com 50 a 59 anos. O número reduzido de profissionais com idade acima de 50 anos pode ser explicada pelo ambiente estressante da unidade e que exige do trabalhador um esforço físico significativo, decorrente da alta complexidade e dependência dos clientes.

Estudos confirmam que o ambiente da UTI exige dos profissionais de enfermagem, a realização de esforço físico acentuado e que com o evoluir da idade, os profissionais presenciam um declínio das funções fisiológicas, com menor capacidade de responder às exigências do trabalho (FRUTUOSO; CRUZ, 2005).

A respeito do estado civil dos profissionais, percebemos na tabela 13 a seguir, que 16 (55,17%) estavam solteiros, 10 (34,48%) casados, 2 (6,90%) divorciados e 1 (3,45%) amasiado.

Quanto ao turno de trabalho, 13 (44,83%) foram do turno noturno, 8 (27,59%) do período matutino e 8 (27,59%) da tarde. Estes resultados foram semelhantes ao da etapa 1 da pesquisa e o número maior de profissionais no turno noturno é decorrente do trabalho de 12 horas e 36 horas de descanso, sendo que faz-se necessário então a divisão em dois plantões noturnos para atender as necessidades da unidade.

Para o tipo de vínculo, verificamos que 16 (55,17%) eram da UFTM e 13 (44,83%) da FUNEPU.

Relacionado à categoria de enfermagem, observamos que 23 (79,31%) eram técnicos de enfermagem, 5 (17,24%) enfermeiros e 1 (3,45%) auxiliar de enfermagem.

Ressaltamos que o profissional que possui formação para auxiliar de enfermagem, também possui graduação em enfermagem, porém está nomeado em concurso público para exercer o cargo referente à categoria de nível médio.

Dos 29 profissionais, 16 (55,17%) não possuíam outro vínculo empregatício e 13 (44,83%) possuíam mais de um vínculo empregatício. Resultado semelhante foi encontrado na etapa 1 da pesquisa.

Quanto ao grau de escolaridade, 10 (34,48%) possuem o 2º grau completo, 8 (27,59%) superior completo, 5 (17,24%) pós-graduação, 4 (13,79%) superior incompleto e 2 (6,90%) possuem o 2º grau incompleto.

A distribuição por escolaridade demonstrou que os profissionais de nível médio possuem escolaridade exigida para o desempenho do cargo. Além disso, percebemos que uma parcela significativa dos técnicos de enfermagem estava em busca de qualificação por meio de cursos de graduação. Entre os enfermeiros, 100% dos participantes possuíam pós-graduação *latu-sensu*. Acreditamos que pelo fato dos clientes internados na UTI-A demandarem cuidados de alta complexidade, há exigência de uma qualificação contínua dos profissionais, no intuito de acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico.

Na tabela 13, estes profissionais encontram-se distribuídos de acordo com as características demográficas e do trabalho.

Tabela 13: Distribuição dos profissionais da UTI-A que participaram dos grupos focais, segundo variáveis demográficas e do trabalho. Uberaba-MG, 2009.

VARIÁVEIS	Nº	%
Sexo		
Feminino	21	72,41%
Masculino	8	27,59%
Faixa etária		
21 - 29	14	48,28%
30 - 39	8	27,59%
40 - 49	6	20,69%
50 - 59	1	3,45%
Estado civil		
Solteiro	16	55,17%
Casado	10	34,48%
Amasiado	1	3,45%
Divorciado	2	6,90%
Turno de trabalho		
Manhã	8	27,59%
Tarde	8	27,59%
Noite	13	44,83%
Tipo de vínculo		
UFTM	16	55,17%
FUNEPU	13	44,83%
Categoria de enfermagem		
Enfermeiro	5	17,24%
Técnico de enfermagem	23	79,31%
Auxiliar de enfermagem	1	3,45%
Mais de um vínculo de trabalho		
Sim	13	44,83%
Não	16	55,17%
Grau de escolaridade		
2º grau incompleto	2	6,90%
2º grau completo	10	34,48%
Superior incompleto	4	13,79%
Superior completo	8	27,59%
Pós-graduação	5	17,24%

Assim, podemos definir o perfil dos profissionais da UTI-A do HC/UFTM como sendo em sua maioria mulheres, jovens, solteiros, efetivos, com apenas um vínculo de trabalho. Esse perfil sinaliza para uma força de trabalho com grande potencial de produtividade.

5.2.2 Composição dos grupos focais

O primeiro grupo focal aconteceu no dia 16/07/09, no qual participaram os profissionais de enfermagem lotados no período matutino, dentre estes uma enfermeira e cinco técnicos de enfermagem, além de uma moderadora e duas observadoras. O grupo foi realizado no anfiteatro interno do hospital e teve duração de 60 minutos. No momento inicial, denominado por momento de preparação, foi declarado o início do encontro pela moderadora, através das apresentações dos participantes, esclarecimento das funções das observadoras, objetivos do estudo e esclarecimento sobre a técnica do grupo focal. Em seguida utilizamos uma dinâmica de grupo para interação entre os participantes.

No 2º momento, asseguramos aos participantes que depoimentos contrários eram bem vindos e que não havia interesse apenas em uma opinião particular. Também solicitamos aos participantes que falassem um de cada vez e explicamos que quando necessário seria permitido intervir na fala do colega. Esclarecemos que o momento era para que os participantes pudessem expressar sinceramente suas idéias, sentimentos, opiniões, no intuito de propiciar a construção de conhecimentos. A observadora procedeu à entrega dos crachás de identificação e os termos de consentimento livre e esclarecido, para ciência e assinatura dos participantes. Após, solicitamos a permissão para gravação em áudio dos relatos. Observamos neste momento um olhar atento entre os participantes, sendo que se mostravam ansiosos, tensos, evidenciado por movimentos como bater de perna. Entretanto, com o decorrer do encontro, foram assumindo posturas mais relaxadas e tranquilas e expressando opiniões próprias, assim como se mostrando sensíveis às discussões que foram surgindo no decorrer das falas.

Com os objetivos de identificar os fatores relacionados às ausências não previstas ao trabalho, buscando a descrição e análise do significado do absenteísmo para estes profissionais, utilizamos as seguintes questões norteadoras ao grupo: Como você analisa as faltas dos profissionais ao trabalho? Como você considera que as faltas dos profissionais possam interferir no ambiente de trabalho? Que medidas podem ser adotadas para minimizar o absenteísmo entre os profissionais de enfermagem?

Ao final do grupo, realizamos o encerramento do encontro, através de uma síntese da discussão promovida pelo grupo e agradecemos a participação e disponibilidade de todos os profissionais, assegurando que os resultados da pesquisa serão repassados aos profissionais e gestores do hospital, no intuito de propiciar alternativas para melhorias do trabalho.

O segundo grupo focal aconteceu no dia 22/07/09, onde participaram os profissionais de enfermagem lotados no período vespertino, dentre estes três enfermeiras, seis técnicos de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, além das moderadora e observadora. O grupo foi realizado no anfiteatro interno do hospital e teve duração de 70 minutos. Os momentos iniciais do encontro aconteceram conforme descrito no primeiro grupo.

Verificamos que os participantes deste grupo mostravam-se ansiosos, observando o ambiente e com olhares atentos. Com o decorrer do encontro, foram assumindo posturas relaxadas e tranqüilas, bem como, expressando suas opiniões, sentimentos e experiências.

O terceiro grupo focal aconteceu no dia 03/08/09, no qual participaram os profissionais de enfermagem lotados no período noturno, plantão ímpar, dentre estes uma enfermeira e sete técnicos de enfermagem, além das moderadora e observadora. O grupo foi realizado em uma das salas de aula, situadas no 3º andar do hospital de clínicas e teve duração de 75 minutos. Os momentos iniciais do encontro aconteceram conforme descrito no primeiro grupo.

Percebemos que os participantes deste grupo mostravam-se tensos, com olhares atentos e apreensivos. No início do encontro estavam tímidos, mas após a realização da dinâmica de interação, foram assumindo posturas relaxadas e tranqüilas, bem como, expressando suas opiniões, sentimentos e experiências.

O quarto e último grupo focal aconteceu no dia 12/08/09, onde participaram os profissionais de enfermagem lotados no período noturno, plantão par, dentre estes cinco técnicos de enfermagem, além das moderadora e observadora. O grupo foi realizado em uma das salas de aula, situadas no 3º andar do hospital de clínicas e teve duração de 65 minutos. Os momentos iniciais do encontro aconteceram conforme descrito no primeiro grupo.

Identificamos neste grupo, que os participantes estavam com olhares atentos e apreensivos. No início do encontro estavam tímidos, mas após a realização da dinâmica de interação, foram assumindo posturas relaxadas e tranqüilas, bem como, expressando suas opiniões, sentimentos e experiências.

5.2.3 Categorias temáticas

Após a realização dos grupos focais com os profissionais da UTI-A, realizamos a transcrição das falas dos participantes, que foram registradas através das gravações em áudio, bem como as anotações realizadas no diário de campo. As falas foram transcritas na íntegra, respeitando a terminologia utilizada pelos participantes e após leitura compreensiva do conjunto do material coletado, partimos para a utilização da técnica de análise de conteúdo proposta por Gomes (2008).

Para tanto, realizamos a análise exaustiva das falas dos profissionais e a descrição dos fragmentos das gravações e diário de campo, com a finalidade de alcançar os núcleos de sentido provenientes dos diversos depoimentos que emergiram dos grupos focais.

A partir dos núcleos de sentido, encontramos dois temas centrais que dialogam com o referencial teórico a respeito dos fatores sociais e do trabalho que contribuem para a ocorrência do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem e as políticas direcionadas ao trabalhador, para viabilizar a redução deste agravo nas instituições hospitalares. Estes temas centrais foram nomeados por **O absenteísmo para os profissionais de enfermagem** e **Alternativas para minimizar o absenteísmo**. O primeiro tema refere-se aos fatores decorrentes do ambiente de trabalho, bem como os

de cunho social e individual dos profissionais, que atuam como fatores de risco para a ocorrência do absenteísmo, dentre estes o ambiente físico da UTI, a gestão hospitalar, as relações interpessoais, as questões pessoais e familiares. O segundo tema retrata as possíveis soluções a serem adotadas pelos gestores hospitalares e equipe de trabalho para minimizar as ausências não previstas ao trabalho, partindo das propostas dos participantes que estão inseridos na respectiva realidade.

5.2.3.1 O absenteísmo para os profissionais de enfermagem

Na percepção dos participantes deste estudo, trabalhar no ambiente hospitalar, principalmente na UTI, caracteriza-se pela exposição ao desgaste físico e emocional, decorrente da convivência diária com a angústia e o sofrimento dos clientes e familiares. Entendemos que a morte é frequente nos hospitais, em especial em UTI, e que há certo despreparo dos profissionais para o enfrentamento da dor e sofrimento do outro. Neste cenário, a equipe de enfermagem tem um envolvimento constante com os clientes, sendo a evolução para morte como um ponto de difícil enfrentamento no trabalho (SULBACHER et al., 2009).

Esclarecemos que a UTI é um local destinado ao atendimento de clientes graves e de alto risco de morte, que apresentam instabilidade hemodinâmica, porém com possibilidade de recuperação, os quais necessitam de monitorização contínua devido à instabilidade do quadro clínico e, também, de uma equipe de profissionais que possam atuar de forma precisa contínua e imediata (DIAS et al., 1988).

No conjunto das falas, observamos o sentimento de despreparo destes profissionais para lidar com as situações de sofrimento dos clientes, assim como com as perdas por morte, sendo considerados pontos negativos ao trabalho realizado. Ademais, há que se admitir que o processo de morte provoca sentimentos de fragilidade, impotência e desperta a sensação de que essa situação também possa acontecer com familiares ou amigos, bem como relembra perdas de entes queridos (SCHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

[...] lá no nosso setor também a gente convive com muita angústia, morte, sabe, às vezes, também faz mal para o profissional, né. Conviver todo dia, isso deprime, vai te deprimindo, o psicológico fica abalado (P2).

Diante da exposição constante ao sofrimento, a própria coletividade cria mecanismos de defesa para evitar a angústia e o medo, no sentido de resistir psiquicamente à agressão que determinadas tarefas inerentes ao trabalho exigem. Entretanto, a ocorrência de falha no funcionamento dos mecanismos de defesa provoca um desequilíbrio da saúde física e mental destes profissionais (DEJOURS, 1992).

Neste sentido, inferimos que o constante lidar com a morte e o sofrimento desencadeiam esgotamentos emocionais nos profissionais de enfermagem que predispõem ao adoecimento. Primo, Pinheiro e Sakurai (2007) justificam que as unidades de trabalho com maior exigência dos trabalhadores e com escassos controles sobre as atividades e apoio social, são as que mais provocam desordens físicas e mentais nos trabalhadores.

Neste cenário laboral permeado pela dor, por doenças e, conseqüentemente, pela morte, soma-se ainda as dificuldades em desenvolver a assistência direta e indireta aos clientes, devido a questões relacionadas à inadequação dos recursos humanos, físicos e materiais.

Os relatos dos participantes evidenciaram principalmente a insatisfação da equipe, quanto ao número insuficiente de profissionais de enfermagem para trabalhar na unidade, que é agravado pela falta de reposição dos trabalhadores que apresentam ausências não previstas ao trabalho e pela alta complexidade dos cuidados que os clientes internados demandam.

Conforme exposto pelos profissionais, a UTI-A é uma unidade caracterizada pelo atendimento de clientes com alta complexidade de cuidado, sendo estes totalmente dependentes das ações de enfermagem quanto ao atendimento de suas necessidades humanas básicas e, para tanto, exigem dos profissionais um esforço físico e mental acentuado, durante o desenvolvimento de suas atividades no trabalho.

Além de prestar assistência direta aos clientes, os profissionais de enfermagem possuem como atribuição o cumprimento de normas e rotinas que dependem tempo para sua realização, como prover material de consumo para prestar o cuidado e outros.

[...] os pacientes internados na unidade, eles não são graves, são muito graves, então são dependentes do cuidado de enfermagem ao extremo, então hoje não estamos conseguindo suprir todos os cuidados que o paciente necessita, então o que acontece, tem uma sobrecarga física em cima dos meninos (P28).

Para embasar o quantitativo de pessoal necessário para cada unidade de trabalho é importante mencionar a resolução nº 293/2004 do COFEN que preconiza o cálculo de dimensionamento de pessoal para prestar uma assistência segura e de qualidade aos clientes. Esta resolução prevê um IST que abrange as possíveis ausências não previstas dos profissionais ao trabalho (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

Ainda assim é necessário considerar variáveis como carga de trabalho, tempo efetivo de trabalho e as especificidades e particularidades de cada instituição a partir dos percentuais de ausências de cada realidade institucional (GAIDZINSKI, 1998).

Neste sentido, é de competência do profissional enfermeiro a realização do cálculo de pessoal, com o objetivo de identificar e garantir um número adequado de profissionais de enfermagem para prestar uma assistência segura e livre de riscos ao cliente, além de reduzir a sobrecarga dos profissionais no trabalho.

Além deste aspecto, os participantes mostraram indignação a respeito da qualidade do material de consumo adquirido pela instituição para o cuidado ao cliente, bem como a inadequação da planta física da unidade. Estes fatores relacionados ao ambiente de trabalho dificultam a realização e a viabilização dos procedimentos de enfermagem.

Conforme exposto, a unidade tem uma estrutura física inadequada, pois as áreas de apoio como, por exemplo, a sala de utilidades e expurgo, destinada à limpeza de materiais e equipamentos, bem como para desprezar secreções dos clientes, são de uso comum para três unidades de terapia intensiva e ainda são distantes da enfermaria, o que dificulta e atrasa a realização do trabalho.

Ainda segundo a opinião destes profissionais, a quantidade insuficiente de materiais de consumo, os mobiliários inadequados e a falta de organização do trabalho, ocasionam transtornos para o desenvolvimento do cuidado e conseqüentemente, sobrecarga física nos profissionais de enfermagem. Assim, a inadequação dos mobiliários, o número insuficiente de equipamentos ou mesmo a ausência de

manutenção preventiva destes são fatores ergonômicos que contribuem para distúrbios de ordem física, como por exemplo, dores nas costas entre os profissionais de enfermagem. As principais queixas estão relacionadas a equipamentos e mobiliários como camas e macas com altura inadequada, pesados e sem rodízios. Também a dificuldade relacionada à inadequação da estrutura física como local inapropriado para realizar anotações, pia baixa, dentre outros (ALEXANDRE, 1993).

Estas condições são agravadas ainda mais, quando se trata de uma UTI, onde a maioria dos clientes possui alta dependência de cuidados de enfermagem, o que provoca uma sobrecarga física em função das constantes mudanças de decúbito, realização de banho no leito, transferências de maca para cama e vice-versa, sendo necessário que o profissional utilize o corpo para apoiar e amortecer o peso dos clientes.

Não temos condições adequadas de trabalho. As aparelhagens estão sucateadas, velhos. Estrutura física inadequada, as camas não são adequadas, os lençóis são insuficientes, os monitores são muito altos, é preciso subir nas escadas (P12).

Vários estudos mostraram que o principal acometimento à saúde física e afastamento dos profissionais de enfermagem ao trabalho, está relacionado às doenças do sistema osteomuscular. Dentre os motivos que desencadearam a afecção osteomuscular nestes trabalhadores estão inclusos a inadequações dos mobiliários presentes no trabalho, exigência de força para realizar determinadas tarefas, repetitividade das ações executadas e posturas viciosas (ALEXANDRE; ANGERAMI, 1989; ROCHA, 1997; MARZIALE, 1999; ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

Aparentemente este ambiente negativo provoca indignação e desgaste físico nos profissionais, sendo fator de contribuição para o estresse e desenvolvimento de distúrbios físicos e emocionais que culminarão no absenteísmo e na redução da qualidade da assistência prestada aos clientes (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996).

Os relatos dos participantes confirmam a teorias proposta por Maslow, no qual os indivíduos necessitam de proteção e segurança para realizarem suas atividades no trabalho, assim como, Herzberg afirma que os aspectos físicos do ambiente laboral interferem na execução e satisfação no trabalho.

Outro aspecto considerado pelos participantes foi o tipo de gestão adotada pela administração do hospital. Estes mostraram que a maior insatisfação no desenvolvimento do trabalho está diretamente ligada ao relacionamento ineficaz com a chefia, com os colegas de trabalho e com a equipe médica da UTI.

Também acho que não se considera o profissional como ser humano, eles [referindo-se a chefia] consideram que nós estamos cuidando de um ser humano, mas esquecem que a gente adocece, que a gente estressa, sabe. Não ouvem a pessoa que tá ali cuidando do paciente, o que tá faltando? O que a gente pode fazer pra melhorar o ambiente de trabalho (P23).

Destacamos que o serviço de enfermagem do HC/UFTM possui um modelo de gestão ainda centralizado, hierárquico e piramidal. Predomina-se a divisão acentuada de cargos, onde na base da pirâmide estão os profissionais de enfermagem de nível médio, como técnicos/auxiliares de enfermagem, seguidos dos enfermeiros assistenciais, posteriormente os coordenadores de enfermagem, gerente de enfermagem e no ápice da pirâmide o diretor de enfermagem.

A UTI possui no seu quadro de profissionais técnicos/auxiliares de enfermagem, enfermeiros assistenciais e enfermeiros coordenadores de unidade. Entretanto, no período noturno o enfermeiro coordenador de cada plantão é responsável por todas as unidades de internação do hospital.

Verificamos nas falas dos participantes, o afastamento das chefias em relação a sua equipe de trabalho, sendo possível identificar a angústia principalmente dos profissionais que trabalham no período noturno, o que pode ser agravado pela ausência de um enfermeiro coordenador exclusivo para a unidade neste turno.

Estudos realizados por Schaefer e Moos (1996) com trabalhadores de enfermagem canadenses, evidenciaram que os problemas de relacionamento com a chefia e equipe interdisciplinar desencadearam aumento do sofrimento relacionado ao trabalho, insatisfação no trabalho, menor intenção de permanecer no emprego e humor deprimido. Justificam que, em longo prazo, estes problemas de relacionamento podem estabelecer fatores de risco para o desenvolvimento de problemas físicos e psicológicos.

Dentre as insatisfações mencionadas houve predominância de relatos sobre a escala de trabalho e a dificuldade na flexibilização de trocas de plantões e concessão

de folgas pelas chefias aos profissionais de enfermagem. Os problemas na escala geram efeitos negativos, ocasionando insatisfação e menor intenção de permanecer no trabalho, bem como acentuando os agravos à saúde física e psíquica, como aumento da depressão, sofrimento, além de redução do apetite, nervosismos, indigestão, entre outros (SCHAEFER; MOOS, 1996).

Godoy (2001) expõe que muitas vezes o profissional busca o serviço médico como forma de afastamento de situações que o desagrada no ambiente de trabalho. Esta atitude pode ser entendida como um mecanismo de fuga adotado por ele, na tentativa de solucionar o seu problema.

[...] às vezes você precisa resolver alguma coisa, não é viagem, não é doença, e você não consegue a flexibilidade da folga né. Uma viagem programada, você não quer deixar de fazer, você tenta de todas as formas, de jeitos, e não consegue. Ai nessa hora te força a faltar ou pegar atestado porque você está aqui disponível e o dia que precisa não consegue a folga (P25).

Acreditamos que a dificuldade em realizar as trocas de folgas e plantões pode estar relacionada ao número insuficiente de profissionais para realizar a cobertura destes trabalhadores.

De acordo com estudo realizado por Pereira e Fávero (2001), atualmente as políticas institucionais preconizam uma racionalização dos recursos humanos, materiais e financeiros, que é comprovada por salários defasados para os empregados, déficit na contratação de pessoal e ausência de reposições de funcionários demitidos ou aposentados. Esta situação desencadeia uma sobrecarga de trabalho para os profissionais, que somada aos recursos materiais inadequados e/ou insuficientes, exige o dispendimento de tempo dos trabalhadores para realizar adaptações que permitam a execução dos procedimentos diários no trabalho. Dessa maneira, o ambiente laboral torna-se estressante e insatisfatório para estes profissionais.

Outro aspecto pontuado pelos participantes refere-se à falta de incentivo da administração hospitalar quanto ao crescimento e desenvolvimento dos profissionais e o desestímulo relacionado à remuneração salarial e carga horária excessiva de trabalho. Em contrapartida a teoria de Herzberg retrata a importância do crescimento e desenvolvimento profissional como fator motivador para a realização do trabalho.

Os participantes enfatizam a limitação dos profissionais em participar dos cursos de capacitação que são promovidos pela instituição, devido à programação em horários não compatíveis com os profissionais, principalmente no período noturno. De acordo com os relatos, há uma comunicação ineficaz das chefias, no sentido de divulgação dos cursos e principalmente a inexistência de capacitações no período noturno, o que impede que os profissionais que trabalham à noite possam ter uma participação efetiva. Ainda assim, quando há solicitação por parte dos profissionais para participarem de eventos científicos ligados à área de atuação, estes não conseguem liberação para participação e tão pouco incentivo por parte das chefias. Estes profissionais ainda comentaram que para frequentar os cursos de pós-graduação muitas vezes é preciso fazer escolhas entre ir trabalhar ou ir para a aula. Esta situação é provocada pela dificuldade em realizar trocas de plantões ou até mesmo concessão da folga nos dias programados para as aulas.

[...] o tanto que o noturno é deixado de lado. A gente não fica sabendo de nada. Cursos todos acontecem só durante o dia, tem 6 anos que eu estou a noite... O pessoal da noite além de ser deixado de lado é o mais criticado (P19).

Às vezes, por exemplo, eu faço pós-graduação, então uma vez por mês eu tenho que viajar, às vezes eu e ela [referindo-se a colega de trabalho] pedimos folga no mesmo dia, só que só ela ganhou... Ai eu não posso faltar da minha pós-graduação que é uma vez por mês...Eu sei que trabalhar é importante, mas a minha pós neste momento é mais importante. Então eu deixo de vir trabalhar para ir pra pós (P15).

No que diz respeito ao relacionamento com a equipe de trabalho, observamos um descontentamento relacionado à falta de entrosamento e colaboração entre os colegas de trabalho, principalmente de outros turnos e com a equipe interdisciplinar, com enfoque para os profissionais médicos da unidade.

Um aspecto que deve ser destacado é a angústia destes profissionais quando colocam o clima de atrito que está sendo vivenciado pelos diferentes turnos de trabalho, onde prevalece a falta de continuidade das atividades entre um turno e outro, como também o descrédito e desconfiança dos profissionais perante o colega. Esta situação foi colocada como motivo de frustração e desmotivação para o trabalho

[...] não tem continuidade. Parece que enfermagem não é continuação, você tem que fazer aquilo, o outro tem que pegar o paciente limpinho, até quase o final do plantão. Você sabe que vai chegar, as pessoas vão falar, olha você não fez isso, olha você deixou o paciente assim. Então isso vai gerando uma frustração, um desânimo, uma coisa tão ruim, que você vem chateada para trabalhar ou você não vem [...] (P15).

No estudo realizado por Elias e Navarro (2006) com profissionais de enfermagem de um hospital escola, mostrou-se resultados parecidos, onde os profissionais relataram insatisfação quanto ao ambiente de trabalho, devido ao desgaste, às disputas internas, à rivalidades e a diferenças de tratamento dos próprios colegas de trabalho.

No que se refere ao relacionamento com os médicos, os participantes mostraram insatisfação quanto à postura de muitos médicos, ocasionando transtorno no desenvolvimento das atribuições exercidas pela equipe de enfermagem. Esta situação pode ser melhor ilustrada pela fala de um dos participantes.

Acho que alguns médicos poderiam facilitar um pouco o trabalho da gente, porque no CTI a gente tem que ficar correndo atrás de medico pra prescrever uma medicação. A gente sabe qual é nosso papel [...] Não pode ser assim (P29).

Inferimos que este ambiente de trabalho negativo e estressante provoca tensões, desencadeando alterações da capacidade física e moral dos profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, contribuem para o absenteísmo e redução da qualidade da assistência prestada (SCHAEFER; MOOS, 1996). De acordo com a teoria de Herzberg estes fatores higiênicos negativos geram insatisfação na realização do trabalho.

Outro aspecto abordado durante os grupos focais, foi o descontentamento relacionado à remuneração salarial e à carga horária de trabalho que estes profissionais estão submetidos.

Os participantes consideram que jornadas de trabalho que variam de 36 a 40 horas são extensas, devido ao ambiente hospitalar ser insalubre, penoso e perigoso para trabalhar, bem como propiciam o aparecimento de desgastes físico e mental nos trabalhadores.

O COFEN considera que é necessária a redução da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem para 30 horas. A esse respeito, desde 2000 está em tramitação o projeto de lei nº 2295/2000, que institui a carga horária de trabalho para 30

horas para Enfermagem Brasileira. Este projeto foi aprovado no dia 16/09/09 pela Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados e após encaminhado para Comissão de Constituição e Justiça para em seguida ser aprovada em plenário (BRASIL, 2000).

Assim, acreditamos que com a aprovação da redução da jornada de trabalho, os profissionais de enfermagem terão mais disponibilidade de tempo para dedicar-se às questões pessoais e familiares e, portanto, poderá refletir em melhoria na qualidade de vida.

Com relação ao salário e benefícios sociais, os profissionais retratam a diferença salarial entre a remuneração paga aos servidores efetivos e os funcionários contratados pela fundação. Esta diferença salarial provoca insatisfação em alguns profissionais, que justificam que o tipo de trabalho realizado é o mesmo, porém os funcionários contratados são muitas vezes discriminados, sendo impedidos de receber incentivos como adicional de insalubridade máximo. Esta situação é ilustrada na fala de um dos participantes.

Porque tem a diferença da Faculdade e da Funepu, então da Faculdade estão todos recebendo insalubridade. Aí, como o vínculo da Funepu, existe esta coisa de ser contratado, então a maioria deles está sem receber a insalubridade, portanto não podem ficar no isolamento. Então quer dizer a rotatividade no isolamento ficou menor, nem todos podem cobrir [...] (P3).

Contudo tanto os profissionais efetivos, como os contratados colocam que a remuneração paga não é suficiente para suprir as próprias necessidades e de proporcionar um bem-estar pessoal e para a família. Assim considerando a teoria de Maslow há necessidade de completar a renda necessária para o sustento familiar, no qual verificamos que dentre os participantes, 13 (44,83%) possuem outro vínculo empregatício.

Assim, as dificuldades socioeconômicas, ocorridas pelo recebimento de baixos salários, obrigam os profissionais a realizar dupla jornada de trabalho para conseguir sustentar a família e ter uma vida digna. Consequentemente comprometem sua qualidade de vida, além de estar mais vulneráveis à ocorrência de acidentes de trabalho e de provocar iatrogenias durante o desenvolvimento de suas atividades diárias (APPOLINÁRIO, 2008).

Além dos fatores relacionados ao ambiente de trabalho, contribuindo para o absenteísmo, consideramos importante mencionar também fatores sociais e pessoais como motivo de interferência na assiduidade dos trabalhadores. Dessa maneira as ausências no trabalho podem ser de cunho social, cultural, biopsíquico, decorrentes das características individuais e de personalidade do trabalhador (BOROFSKY; SMITH, 1993; SANCINETTI, 2009).

Para os participantes da pesquisa, alguns motivos de ausências não previstas ao trabalho estão relacionados a questões pessoais e familiares enfrentados pelos profissionais. Dentre estas, destaca-se principalmente a responsabilidade com os filhos e familiares.

Através da identificação do perfil dos participantes dos grupos, verificamos predominância do sexo feminino na UTI, assim como na instituição, de acordo com o resultado da etapa 1 deste estudo. Sabemos que a maioria das mulheres inseridas no mercado de trabalho precisa conciliar atividades domésticas e cuidados com os filhos; essa sobrecarga pode provocar seu adoecimento, levando ao maior índice de ausências no trabalho e justificando o absenteísmo feminino. Também o fato de que muitas vezes o cônjuge da funcionária possui um emprego fixo, a impossibilidade de deixar os filhos com outra pessoa, bem como a constante preocupação com os cuidados dos filhos e com a saúde dos mesmos, provoca sobrecarga mental para a funcionária, culminado com o absenteísmo por motivos de transtornos à saúde (NASCIMENTO, 2003; MENDES, 2003).

Portanto, os depoimentos dos participantes confirmam que os problemas familiares interferem na assiduidade ao serviço. Neste sentido, uma das falas é expressiva.

[...] às vezes em casa, por exemplo, quem tem criança pequena não tem quem olhar, se tiver doente, tem que acompanhar em casa, não tem como outra pessoa fazer por você. Ai, você tem que trabalhar, sendo que tem a possibilidade e o direito de ficar com a criança (P14).

O resultado da etapa 1 do estudo mostrou que 62,27% (1002) das ausências não previstas no ano de 2008 foram por motivo de licença-saúde.

É importante lembrar que o agrupamento de doenças relacionado aos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde foi a segunda

causa de acometimento entre os profissionais de enfermagem, sendo este agrupamento abrangente, pois inclui os atestados relacionados ao acompanhamento de familiares com acometimento de saúde. A partir das falas dos participantes tornou-se compreensível a alta ocorrência deste agrupamento do CID 10 entre estes profissionais.

Diante das ausências não previstas ao trabalho, sejam elas por motivos referentes ao trabalho ou ligadas a problemas pessoais e familiares, o que provoca um enorme incômodo entre os participantes é o impacto causado pela ausência de um colega ao trabalho. Estes profissionais relataram que as atividades desenvolvidas na unidade já são muito desgastantes e que quando ocorre uma falta, principalmente não prevista, não há substituição deste profissional pela chefia. A partir daí, a sobrecarga aumenta consideravelmente, pois o serviço terá que ser dividido entre os que compareceram ao trabalho.

Dessa maneira verificamos que o absenteísmo gerado por um membro da equipe, culmina em desgaste dos colegas que permanecem no serviço e, conseqüentemente ocasiona absenteísmos futuros. Esta situação precária por períodos prolongados tende a desenvolver transtornos físicos e psíquicos nos trabalhadores. Assim, constrói-se uma cascata de problemas, como adoecimentos e aumento do absenteísmo na unidade.

De acordo com Alves (1996), o principal tipo de absenteísmo apresentado pela literatura está relacionado à incapacidade por doença e acidente de trabalho. Entendemos que o adoecimento pode advir de situações nas quais o trabalhador extrapola seus limites físicos e emocionais, o que interfere na sua saúde.

Assim, os resultados da etapa 1 deste estudo comprovam essa situação, pois encontramos como principal causa de adoecimento entre os profissionais o agrupamento do CID sobre afecções osteomusculares. Portanto, é preciso considerar as limitações físicas do indivíduo, no intuito de atuar na redução do absenteísmo.

Também devemos considerar como causas do absenteísmo as faltas voluntárias, a redução da motivação para o trabalho e a estabilidade no serviço. Há que se reconhecer que o trabalhador pode não comparecer ao trabalho por razões diversas, como algum motivo pessoal importante, por dificuldades de caráter financeiro, por

questões de transporte, por baixo estímulo para o trabalho e por supervisão precária da chefia (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

Os participantes demonstraram em suas falas que existem profissionais que não estão comprometidos com o trabalho e, portanto, não comparecem ao serviço, principalmente nos finais de semana e feriados. Estes profissionais muitas vezes não se preocupam porque possuem vínculo efetivo, o que lhes dá a garantia de estabilidade no emprego. Comprovamos esta realidade com a fala de alguns participantes.

Às vezes tem pessoas que gostam de faltar mesmo. As vezes domingo, feriado faltam [...] Não ta com vontade de ir lá e pronto. Tô cansada, tem gente assim e como tem [...] (P13).

Eu acho que algumas pessoas pegam atestado sem necessidade por terem estabilidade no serviço. Eu já ouvi da própria boca da pessoa falar, da UTI. Todas não, mas a maioria das vezes é porque tem estabilidade (P2).

Acreditamos que as instituições hospitalares necessitam de estabelecer uma gestão mais participativa, onde prevaleça a preocupação com medidas relacionadas à manutenção de saúde e à melhoria das condições de trabalho. Dessa maneira pode-se obter melhor nível de bem estar físico e mental e, portanto, a satisfação do trabalhador, o que poderá ter repercussão positiva na assistência prestada aos clientes e, conseqüentemente, na redução do absenteísmo.

5.2.3.2 Alternativas para minimizar o absenteísmo

Diante dos inúmeros fatores predisponentes à ocorrência do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem, apresentamos as sugestões dos participantes dos grupos focais, a respeito de medidas preventivas que podem ser adotadas no ambiente de trabalho para reduzir ou minimizar a ocorrência do absenteísmo.

Neste tema emergiram conteúdos cujos significados atribuídos pelos participantes estão relacionados à gestão participativa, ao trabalho em equipe, à organização do serviço e ao suporte terapêutico para os profissionais da UTI. Percebemos uma insatisfação a respeito do modelo de gestão centralizada adotado no hospital. Os participantes sugeriram como proposta de melhoria para a satisfação no

trabalho, uma gestão mais participativa, onde a chefia possa conhecer o trabalho dos profissionais, através da aproximação com a equipe, que seja mais flexível, por exemplo, na concessão de folgas de acordo com as necessidades e particularidades de cada profissional, além do estabelecimento de uma comunicação efetiva e do incentivo ao crescimento e desenvolvimento profissional.

[...] muito tempo atrás se falou muito em humanização, era o assunto que a gente ouvia demais. Mas hoje não existe mais isso. Eu acho que deveria partir até da chefia, considerar o funcionário como ser humano, que tem problemas, sei lá tentar ajudar resolver (P23).

Não há dúvida de que, para a manutenção de um clima organizacional motivador, é necessário que as chefias adotem estratégias gerenciais que valorizem o trabalhador, que promovam seu desenvolvimento tanto pessoal como profissional, bem como que manifestem atitudes de respeito à equipe e às suas necessidades (SIMÕES, 2001). Nesse sentido, considerando a questão das folgas na escala de trabalho, seria pertinente adotar uma postura em que prevalecesse a aproximação com a equipe, no intuito de entender quais motivos estes profissionais têm para solicitar adequações ou remanejamentos na escala de folga, sejam eles pessoais e/ou profissionais e, a partir daí, verificar a possibilidade de colaborar com estes profissionais, sem ocasionar prejuízo à assistência prestada aos clientes.

Gil (1994) retrata a tendência atual das organizações em propiciar maior liberdade para incentivar a criatividade dos profissionais no exercício de suas funções. É importante que a chefia crie oportunidades para que os profissionais de enfermagem possam exercer suas funções com maior autonomia. Esta prática pode ser facilitada durante a elaboração das escalas de folga pelos enfermeiros, permitindo que os funcionários possam sugerir alternativas que possam beneficiar a todos da equipe e quando não for possível conceder as folgas ou troca de plantão, eles terão consciência do motivo e serão co-responsáveis pelas decisões e portanto menos frustrados com o resultado da escala de trabalho.

Outro aspecto abordado pelos participantes, foi a importância do incentivo da chefia quanto à realização de cursos de capacitação e aperfeiçoamento profissional.

Foram sugeridas propostas como realização de capacitação para os profissionais em horários compatíveis com a jornada de trabalho, ou seja, durante o

horário de trabalho, além disso, estimular a participação em eventos científicos para atualização dos conhecimentos sobre a assistência prestada na UTI.

[...] Eu acho que incentivar os técnicos para assistirem os cursos, mas atualmente existe uma falta de incentivo para participar de eventos e cursos. (P17).

A Diretoria de Enfermagem do HC/UFTM conta com um serviço de capacitação para os profissionais de enfermagem e que este tem, dentre as funções, realizar a capacitação continuada das equipes. Diante das sugestões dos participantes, percebemos a necessidade de que esse serviço compatibilize os dias da semana e os horários para a realização dos cursos, considerando as particularidades e especificidades de cada unidade do hospital. Também a necessidade de elaborar um cronograma semestral que contemple ações educativas nos turnos da manhã, tarde e noturno, no intuito de permitir que o conhecimento seja construído e compartilhado a participação de todos os profissionais nestas atividades.

Neste sentido, é importante que a gerência participativa promova ações de envolvimento e estímulo aos profissionais, na busca de aprimoramento pessoal, profissional e coletivo. Este desenvolvimento das pessoas contribui para melhoria da qualidade da assistência à saúde, beneficiando trabalhadores e clientes (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

Quanto ao trabalho em equipe, os participantes pontuaram um relacionamento ineficaz com os colegas de diferentes turnos e equipe médica da unidade.

Sobre essa situação, sugerem como medida para minimizar os atritos, principalmente com os colegas, a realização de reuniões periódicas entre os profissionais de todos os turnos, com o objetivo de melhorar o companheirismo, evitar as intrigas no ambiente de trabalho, expor as dificuldades e encontrar a melhor solução para resolver as divergências que possam ocorrer na unidade. Enfatizam que estas reuniões não são para confrontar os profissionais, mas sim para resolver os problemas de relacionamento da equipe.

[...] Outra coisa seria ter mais reunião entre os funcionários do setor. Se o funcionário sente que algo tá errado no setor, e não se abre, isso vai virando uma bola de neve. Então se a gente reunisse mensalmente para colocar os problemas mensais do setor e verificar as dificuldades que tem acontecido (P27)

Melara *et al.* (2006) mencionam que a profissão de enfermagem geralmente requer a execução de atividades através do trabalho em equipe e, para tanto, desenvolvê-las de forma eficaz depende da interação das pessoas deste grupo, assim como com os demais profissionais da equipe multidisciplinar. Torna-se fundamental que essas pessoas se sintam satisfeitas e motivadas para o bom desempenho de suas funções.

Sendo assim, para o estabelecimento de um relacionamento harmônico entre colegas de trabalho e equipe multidisciplinar, é necessário que cada um respeite o trabalho do colega e entenda as limitações que às vezes possam ocorrer no ambiente de trabalho e que, infelizmente, impedem a realização de algumas atividades de rotina do trabalho.

Para tanto, há a necessidade de sincronismo entre os membros da equipe, o que pode ser favorecido através da participação efetiva dos enfermeiros, a fim de propiciar maior aproximação e diálogo entre os profissionais, criando oportunidades para que a equipe se reúna para compartilhar suas dificuldades, angústias e sugestões peculiares e específicas da unidade e que possam ter autonomia para decidir juntos qual a melhor estratégia de trabalho para todos os turnos.

No que concerne à organização do serviço, devemos comentar as dificuldades na realização do trabalho pelos profissionais, diante das questões relacionadas aos recursos humanos, materiais e físicos.

Os participantes colocam como sugestão a readequação do número de profissionais da equipe, o que eles consideram como apoio para reduzir a sobrecarga de trabalho na unidade.

É sabido por todos que o CTI é um setor pesado e se tiver uma pessoa a mais pra ajudar, os pacientes obesos, na hora de cuidar, mudar de decúbito, você não vai ter uma sobrecarga tão grande [...] (P23).

Não podemos esquecer que as UTIs são ambientes nos quais se desenvolve a assistência a clientes críticos, devendo dispor de recursos materiais e humanos, que funcionam como facilitadores do atendimento a uma demanda assistencial de natureza altamente complexa. Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem papel fundamental no cuidado a estes clientes, pois é ela que permanece a maior parte do tempo à

cabeceira do leito, identificando possíveis necessidades e realizando os cuidados necessários (COUTO, 2008).

Assim, o quantitativo adequado de profissionais de enfermagem deve ser respeitado e principalmente viabilizado pelos gestores hospitalares. Esta medida tem como princípio fundamental a segurança e a qualidade da assistência aos clientes. É oportuno também ressaltar, que a instituição deve adequar o trabalho considerando as portarias ministeriais.

O Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria nº 3.432/MS/GM, de 12 de agosto de 1998, que define os critérios de classificação das UTIs a partir da complexidade no tratamento intensivo. Para fins de cadastro no SUS, divide as unidades em nível I, II e III, de acordo com o grau de complexidade dos clientes atendidos (BRASIL, 1998).

Esclarecemos que a UTI-A do HC/UFTM é cadastrada no SUS como nível III, ou seja, presta atendimento a clientes com mais alto grau de complexidade.

Como exigência para a UTI de nível III, o MS define que a equipe básica de enfermagem deve ser composta por um enfermeiro coordenador exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho; um técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração por turno de trabalho. Em termos de estrutura física deve contar com um espaço mínimo individual por leito de 9m², ambiente com humanização para o atendimento dos clientes, contendo climatização, iluminação natural, divisórias entre os leitos, relógios visíveis para todos os leitos e garantia de visitas diárias dos familiares à beira do leito. Também devem possuir equipamentos, materiais e mobiliários em quantidade suficiente para atender a demanda e complexidade dos clientes.

De acordo com o nível de classificação da UTI-A, bem como com a realização do dimensionamento de enfermeiro, os gestores hospitalares terão subsídios para prover a unidade com um número de pessoal suficiente.

Entendemos que, dentre as principais variáveis consideradas importantes para definição do dimensionamento de pessoal, está o índice para cobertura das ausências dos trabalhadores ao serviço. É importante enfatizar que a UTI-A foi a unidade que apresentou o maior índice de absenteísmo, com 8, 64% das ausências não previstas, conforme verificado na etapa 1 deste estudo. Isto mostra que as ausências dos

profissionais implicam diretamente na redução da equipe de enfermagem, ocasionando deficiência na quantidade e na qualidade da assistência prestada ao cliente (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2003).

Portanto, faz-se necessário o provimento de pessoal de acordo com o preconizado pela Portaria Ministerial nº 3.432/MS/GM e também pelas especificidades, considerando o IST de cada unidade. Esta medida refletirá na redução da sobrecarga dos profissionais presentes, no aumento da qualidade da assistência prestada ao cliente e, conseqüentemente, na redução do absenteísmo.

Quanto à planta física da unidade, os participantes sugerem que para melhorar as condições para trabalhar é necessário que a administração hospitalar viabilize adequações das áreas de apoio, como sala de utilidades e expurgo, visando facilitar o trabalho de enfermagem. A respeito dos recursos materiais, recomendam verificar a qualidade dos materiais que estão sendo adquiridos, no intuito de minimizar o tempo perdido através da realização de ajustes e improvisos para adequar o material à assistência ao cliente. Além disso, sugerem adquirir quantidade suficiente de materiais, realizar a manutenção preventiva de equipamentos e adequar os mobiliários, para facilitar o trabalho da equipe de enfermagem e reduzir os fatores que possam ocasionar danos físicos ao trabalhador.

Para tanto, as instituições devem considerar a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº. 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, com o propósito de fundamentar as adequações na planta física da unidade e das áreas de apoio, considerando o recomendado para unidades intensivas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002).

Também é necessário cumprir o que preconiza o Ministério do Trabalho, através da Norma Regulamentadora NR-17, direcionada para a questão ergonômica do profissional, que estabelece parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características físicas e emocionais dos profissionais, assegurando a execução das atividades laborais com segurança e desempenho eficiente. Dentre os aspectos associados às condições de trabalho, incluem o manuseio e transporte de

materiais, mobiliários e equipamentos, assim como as condições ambientais da unidade de trabalho (BRASIL, 1978).

Nessa perspectiva, as instituições hospitalares devem viabilizar as condições de trabalho, através do cumprimento das recomendações estabelecidas, propiciando um ambiente que respeite a segurança do paciente, bem como promover condições para o desenvolvimento de um trabalho digno, sem ocasionar tanto esforço físico da equipe de enfermagem pois, desta forma, estará prevenindo o adoecimento físico dos profissionais e, conseqüentemente, a redução do absenteísmo.

Para finalizar, os participantes também apresentaram sugestões para reduzir o sofrimento psíquico enfrentado pelos profissionais de enfermagem no ambiente da UTI.

Dentre as propostas, citaram principalmente a necessidade de um suporte psicológico, que possa ajudar os profissionais a enfrentar as situações de perdas pelo processo de sofrimento e morte dos clientes. Essa sugestão pode ser exemplificada pela fala a seguir:

Acho que falta um apoio psicológico pra gente. Um apoio com um profissional mesmo... Porque a gente mexe com paciente crítico, tá convivendo com a morte constantemente e às vezes você não tem um apoio de um profissional da psicologia, pra conversar com a gente de vez em quando [...] Às vezes a falta que a gente tem de não poder tá ajudando mais os pacientes, impotentes diante do quadro clínico dele, precisa de um apoio (P16).

Estudos como os de Bourbonnais *et al.* (1998); Camarotti e Teixeira (1996) destacam que, dentre as estratégias de prevenção para o desencadeamento de distúrbios de ordem psicológica, estão a realização de intervenções para minimizar o sofrimento psíquico no trabalho, como oportunidades para os profissionais falarem sobre as tensões no trabalho; implantação de programas de atenção à saúde dos profissionais, com criação de grupos de discussão, grupos de vivências e psicoterapia.

Assim, ressaltamos a necessidade de se instituir, no ambiente hospitalar, espaços para reflexão e discussão sobre o processo de sofrimento e morte, vivenciados no trabalho, adotando-se uma abordagem interdisciplinar para apoiar os profissionais no enfrentamento desta problemática.

6 CONCLUSÃO

A realização desse estudo permitiu analisar os aspectos inerentes à ocorrência do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem no HC/UFTM.

Os resultados evidenciaram que os profissionais de enfermagem apresentaram pelo menos uma ausência não prevista no período estudado. A principal categoria apresentada foi o absenteísmo-doença, sendo que as faltas no trabalho registradas pelas licenças-saúde corresponderam a 62,27%. Os diagnósticos de problemas relacionados a doenças do sistema osteomuscular e ao tecido conjuntivo foram os de maior ocorrência. As condições inadequadas de trabalho podem estar relacionadas a este elevado número de faltas no trabalho que prejudicam a execução de um trabalho de qualidade pelos trabalhadores.

O índice de absenteísmo encontrado foi de 5,62%, valor considerado elevado quando comparado aos parâmetros recomendados na literatura. Este indicador revela que maior atenção deve ser dada pelos gestores da instituição bem como aos chefes imediatos dos trabalhadores, responsáveis entre outras tarefas pela elaboração de horários de trabalho situação de trabalho estudada e servirá de subsídio para a realização de um fluxo de registros das faltas no hospital.

Constatamos que a unidade que apresentou o maior número de ocorrência de faltas foi a UTI-A as quais foram ocasionadas por diversos fatores, entre os quais se destacam as condições do ambiente de trabalho e diferentes fatores de cunho social dos trabalhadores.

Dentre os motivos atribuídos pelos profissionais para a ocorrência do absenteísmo foram identificados: relacionamento interpessoal ineficaz, sobrecarga de trabalho, desorganização do serviço, falta de suporte psicossocial, duplo vínculo de trabalho e a falta de apoio para o aprimoramento profissional. Consideramos que os fatores relativos ao trabalho podem ocasionar alterações físicas e mentais que acarretam o desestímulo e o adoecimento, culminando com o absenteísmo.

Quanto aos fatores de cunho social e individual, estes também possuem papel relevante enquanto motivo de falta no trabalho entre os profissionais de enfermagem, devido principalmente, na opinião dos profissionais de enfermagem da UTI, a

dificuldade em conciliar o trabalho com os afazeres domésticos e cuidados com os filhos.

Somando os fatores do trabalho e da vida pessoal dos participantes, verificamos que os profissionais que prestam serviço nos hospitais estão expostos a condições de trabalho inadequadas, que aliadas as suas condições de vida desencadeiam o adoecimento físico e mental. Ficou evidente que a sobrecarga no ambiente de trabalho é um aspecto preocupante, vivenciado diariamente pelos profissionais ao lidar com o sofrimento e a morte dos clientes, assim como pela rotina estressante que é provocada pela desorganização do serviço. Estas situações geram insatisfação, devido ao não reconhecimento do esforço executado, como também, pela falta de valorização e pelas condições precárias a que são expostos no trabalho.

Compreendemos que as causas do absenteísmo não podem ser atribuídas exclusivamente ao trabalhador. A insatisfação no trabalho pode ocasionar ausências, seja por licença-saúde, faltas não justificadas, faltas abonadas, as quais podem estar relacionadas à sobrecarga do trabalho, à inexistência de processos de supervisão, ao relacionamento interpessoal ineficaz e às estratégias adotadas pela instituição.

Contudo, para que uma instituição de saúde promova intervenções a respeito do absenteísmo, faz-se necessário, a princípio, quantificar sua ocorrência. Assim, a partir destes dados, é necessário compreender as subjetividades inerentes ao processo, que envolvem múltiplas dimensões, entre elas: as relações interpessoais, as condições de trabalho e os processos de gestão desenvolvidos na instituição, que não podem ser elucidados somente pela mensuração dos dados quantitativos.

Acreditamos que a redução do absenteísmo somente será possível com uma intervenção nos fatores multicausais. Portanto, deve ser realizado pelos gestores, o planejamento de ações preventivas, com enfoque direcionado às necessidades dos profissionais e da instituição.

Os profissionais apresentaram as seguintes propostas alternativas para a redução do absenteísmo:

- Clima organizacional harmonioso:
 - a) Aproximação da chefia à equipe, buscando identificar as particularidades e necessidades que possam interferir na assiduidade ao trabalho;

- b) Estabelecimento de uma comunicação efetiva entre a equipe;
 - c) Incentivo à realização de cursos de capacitação em horários compatíveis com a jornada de trabalho;
 - d) Estímulo à participação em eventos científicos para atualização dos conhecimentos sobre a assistência prestada ao paciente;
 - e) Respeito entre os colegas de trabalho, através do sincronismo entre os membros da equipe, que pode ser conseguido através de reuniões periódicas para compartilhar as dificuldades, angústias e sugestões peculiares e específicas da unidade.
- Organização do serviço:
 - a) Realizar o monitoramento e controle do absenteísmo;
 - b) Realizar periodicamente o dimensionamento de enfermagem, considerando o índice de absenteísmo da unidade;
 - c) Identificar os riscos inerentes ao ambiente de trabalho e implementar propostas de intervenção;
 - d) Realizar encontros com os profissionais da unidade para conhecer as dificuldades inerentes à estrutura física e aos recursos materiais;
 - e) Oferecer suporte terapêutico aos profissionais: construir espaços na instituição para que profissionais com formação na área da psicologia estimulem as trocas de idéias entre os profissionais de enfermagem, no intuito de refletir, discutir e compreender melhor o processo de sofrimento e morte vivenciados no ambiente de trabalho.

Percebemos que ainda são incipientes as pesquisas sobre os aspectos influenciadores do absenteísmo nas instituições de saúde, dificultando a comparação entre o referencial teórico com os resultados encontrados. Também presenciamos restrições em realizar o levantamento do número de ausências ao trabalho, devido à inexistência na instituição de um sistema informatizado. Para tanto, foi necessária a coleta manual dos dados a partir das pastas funcionais dos profissionais, o que impediu a otimização dos registros.

Os resultados encontrados mostram a realidade vivenciada pelos profissionais da UTI-A, entretanto faz-se necessário a investigação das demais unidades do hospital,

para verificar as particularidades de cada ambiente de trabalho quanto às questões referentes ao absenteísmo.

Deste modo constatamos que as abordagens teóricas e os resultados encontrados neste estudo, trazem informações que podem subsidiar o planejamento de ações e as intervenções, com enfoque na identificação dos fatores que podem determinar o absenteísmo entre os profissionais de enfermagem na instituição. Esta investigação também possibilitará o avanço do conhecimento, pois fundamenta a formulação de novas questões para investigações posteriores, sobre o absenteísmo relacionado às condições de trabalho.

7 REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº. 50, de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2009.
2. ALEXANDRE, N. M. C. **Contribuição ao estudo das cervicodorsolombalgias em profissionais de enfermagem**. 1993. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.
3. ALEXANDRE, N. M. C.; ANGERAMI, E. L. S. Ergonomia e enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 21-26, abr.1989.
4. ALMEIDA, V. V. G. P. **Trabalho digno**: influências do trabalho para a saúde dos profissionais de enfermagem. 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
5. ALVES, M. O absentismo do pessoal de enfermagem nos hospitais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 15, n. 1/2, p. 71-75, jan./dez. 1994.
6. ALVES, M. **Causa de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem**: uma dimensão do sofrimento no trabalho. 1996. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
7. ALVES, M.; GODOY, S. C. B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 73-81, jan./dez. 2001.
8. ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200, mar./abr. 2006.
9. ANDRADE, T. B. D. et al. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 166-171, out./dez. 2008.
10. APPOLINÁRIO, R. S. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan./mar. 2008.

11. BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamento do trabalho na Enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-183, mar./abr. 2003.
12. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
13. BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. D. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um Centro Psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 109-114, jan./fev. 2008.
14. BELÉM, I. J. R.; GAIDZINSKI, R. R. Estudo das ausências da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 697-708, out./dez.1998.
15. BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da Enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 75-81, jan.1997.
16. BERGAMINI, C. W. **Motivação**. São Paulo: Atlas, 1993.
17. BITTENCOURT, C. M. M. **Doenças do trabalho e o Exercício da Enfermagem**. 1993. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1993.
18. BOROFSKY, G. L.; SMITH, M. Reduction in turnover, accidents and absenteeism: the contribution of a pre-employment screening inventory. **Journal of Clinical Psychology**, Brandon, v. 19, n. 1, p. 109-117, Jan. 1993.
19. BOUBONNAIS, R. et al. Job strain psychological distress, and burnout in nurses. **American Journal of Industrial Medicine**, New York, v. 34, n. 1, p. 20-28, Dec. 1998.
20. BRASIL. Decreto-Lei n. 5452, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de ago. de 1943. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del5452.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2009.
21. _____. Decreto n. 3.048, de 6 maio de 1999. Regulamenta a Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 de maio 1999, Seção I, p. 50-108, Republicado em 12 de maio de 1999. Disponível em: <http://www.agendaassessoria.com.br/arquivos_legislacoes/DECRETO%20N%C2%BA%203.048%20DE%20%206%20DE%20MAIO%20DE%20%201999.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2009.

22. _____. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986: Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de jun. de 1986, Seção I, p. 9.273-9.275. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 15 jun. 2009.
23. _____. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 de dez. de 1990, p. 23035. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 15 jun. 2009.
24. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, ano V, supl. 3, abr./jun. 1996.
25. _____. Portaria n. 3.432/GM, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 13 ago. de 1998, Seção 1.12, p. 109-110.
26. BRASIL. **Projeto de Lei do Senado Federal n. 2295 de 11 de janeiro de 2000**. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/proposicoes>> Acesso em: 22 set. 2009.
27. _____. Ministério do Trabalho. Portaria n. 3.214 de 8 junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 06 jul. de 1978, Suplemento. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/Portarias/1978/p_19780608_3214.pdf>. Acesso em: 22 out. 2009.
28. _____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. NR 32 –Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. de 2005, Seção I. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/Portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2009
29. BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
30. CAMAROTTI, H.; TEIXEIRA, H. A. Saúde mental e trabalho: estudo da Regional Norte de Saúde do DF. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 29-40, jan./mar.1996.

31. CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Workforce trends of licensed practical nurses in Canadá, 2006**. Disponível em: <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Workforce_Trends_LPN_2006_e.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.
32. CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
33. _____. **Introdução à teoria geral da administração**. 5. ed. São Paulo: Makron Books, 1997.
34. _____. **Recursos Humanos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1992.
35. _____. **Recursos Humanos na empresa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
36. CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 37-53.
37. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 293/2004**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas. Rio de Janeiro: COFEN, 2004. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/downloads/RESOLUCAO2932004.PDF>>. Acesso em: 15 jul. 2009.
38. COSTA, F. M. D.; VIEIRA, M. P.; SENA, R. R. D. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um Hospital Escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, jan./fev. 2009.
39. COUTO, D. T. **Prazer, sofrimento e riscos de adoecimento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público do DF**. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
40. COUTO, H. A. Absenteísmo: uma visão bem maior que a simples doença. In: **Temas de Saúde Ocupacional**. Belo Horizonte: Ergo, 1987. p. 9-34.
41. DANATRO, D. Ausentismo laboral de causa medica em uma Institución Publica. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, v. 13, n. 2, p. 101-109, ago. 1997.
42. DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

43. _____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.
44. DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 33-43.
45. DIAS, M. D. et al. **Manual para atendimento dos pacientes de UTI**: Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina/USP. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 1988.
46. ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um Hospital Escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ago. 2006.
47. FARIA, A. C. D.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por Transtornos Mentais na Enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2005.
48. FARIAS, S. M. P. **Riscos e agravos à saúde do trabalhador de enfermagem em Centro Municipal de Saúde**. 1999. 174 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
49. FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 109-117. 2003.
50. FRUTUOSO, J. T.; CRUZ, R. M. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a Saúde do Trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 3; n. 1, p. 29-36, jan./jul. 2005.
51. GAIDZINSKI, R. R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. 1998. 118 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
52. GEHRING JUNIOR, G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 401-409, set. 2007.
53. GIL, A. C. **Administração de recursos humanos**: um enfoque profissional. São Paulo: Atlas, 1994.

54. GODELIER, M. Trabalho. In: ENCICLOPÉDIA Einaudi; modo de produção, desenvolvimento/subdesenvolvimento. S.I. Imprensa Nacional, 1986. v. 7, p. 11-62.
55. GODOY, S. C. B. **Absenteísmo**: doença entre funcionários de um hospital universitário. 2001. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.
56. GODOY, S. C. B.; ALVES, M.; ROCHA, A. D. M.; SANTANA, D. M. Ausências ao trabalho por motivo de doenças em uma rede de hospitais de Minas Gerais. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/issue/view/4>>. Acesso em: 20 abr. 2008.
57. GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. D. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 108.
58. HAHN, G. V.; CAMPONOGARA, S. Qualidade de vida na enfermagem. **Revista Médica Hospital São Vicente de Paulo**, Passo Fundo, v. 9, n. 20, p. 48-51, 1997.
59. HERZBERG, F. **The motivation to work**. New York: John Wiley, 1959.
60. _____. One more time: How do you motivate employees? **Harvard Business Review**, Boston, n. 87507, p. 5-16, Sep./Oct. 1987. Disponível em: <<http://www.skylakebios.com/2%20Herzberg%20kita.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2008.
61. INOUE, K. C. et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 209-214, mar./abr. 2008.
62. KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
63. KRUSE, M. H. L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. esp., p. 403-410. 2006.
64. LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 1997.
65. MACIEL, S. E. V.; DINIZ DE SÁ, M. A. Motivação no trabalho: uma aplicação do modelo dos dois fatores de Herzberg. **Studia Diversa**, João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 62-86, out. 2007.

66. MARZIALE, M. H. P. **Abordagem ergonômica do trabalho de enfermagem.** 1999. 149 f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
67. MCDONALD, J. M.; SHAVER, A. V. An absenteeism central program. **Journal of Nursing Administration**, Wakefield, v. 11, n. 5, p. 13-18, May. 1981.
68. MELARA, S. V. G. et al. Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 13, n. 3, p. 61-70, jul./set. 2006.
69. MENDES, R. **Patologia do trabalho atualizada e ampliada.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.
70. MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, out.1991.
71. MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.
72. MESA, M. F. R.; KAEMPFER, R. A. M. 30 anos de estudo sobre ausentismo laboral em Chile: uma perspectiva por tipos de empresas. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 132, n. 9, p. 1100-1108, set. 2004.
73. MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
74. MINAYO, M. C. D. S.; ASSIS, S. G. D.; SOUZA, E. R. D. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. In: MINAYO, M. C. D. S. et al. **Métodos, técnicas e relações em triangulação.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 71-103.
75. MOSER, A. Processo de trabalho e exploração dos trabalhadores. **Veritas Revista de Filosofia**, Porto Alegre, v. 30, n. 118, p. 32-40, jun. 1985.
76. MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.** Rio de Janeiro: Record, 1995.
77. MOURA, G. M. S. S. O estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 167-179, jan./jun. 1992.

78. NASCIMENTO, G. M. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do Município de Ribeirão Preto-SP**. 2003. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
79. NEPOMUCENO, L. M. R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 665-672. 2008.
80. NICOLA, A. L. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do Oeste do Paraná**. 2004. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
81. NOGUEIRA, J. R. S.; AZEVEDO, C. A. B. Absenteísmo: doença em mulheres. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 10, p. 48-51, abr./jun. 1982.
82. NOGUEIRA, L. C. M. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial, 1999.
83. OLIVEIRA, C. R. **História do trabalho**. São Paulo: Ática, 1987.
84. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Absentismo: causa y control. In: ENCICLOPEDIA de salud y seguridad en el trabajo. Madri: OIT, 1989. v. 1, p. 5-12.
85. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **87ª Reunión**: memoria del director general de la OIT a la conferencia internacional del trabajo: trabajo decente. Ginebra, 1999.
86. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Centro colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. **Classificação Estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10 rev. (CID 10). São Paulo: EDUSP, 1997.
87. PARRA, M. T. **Ações administrativas dos enfermeiros, diante do absenteísmo na enfermagem em um hospital universitário**. 2003. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
88. PAVANI, L. M. D. **Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade pós-operatória de cirurgia cardíaca em um hospital universitário especializado em cardiologia**. 2000. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

89. PEREIRA, M. C. A.; FAVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, jul. 2001.
90. PEREIRA, W. E.; BELLATO, R. O trabalho da enfermeira: uma abordagem sob a perspectiva da Teoria Feminista. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 66-82, jan./jun.1995.
91. PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1990.
92. POPE, C; MAYS, N. Pesquisa Qualitativa na Atenção a Saúde. In: KITZINGER, J. **Grupos Focais com usuários e profissionais da Atenção à Saúde**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009. p. 172.
93. PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1/2, sup. 4, p. 294-302, 2007.
94. PUC, V. M. et al. Análisis de las causas de ausentismo injustificado com um grupo focal de Enfermeras. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro, México**, v. 13, n. 3, p. 141-145, 2005. Disponível em: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/4EE6A83A-B3A0-4545-B080-C5DF4B264CA3/0/vol13_3analisis.pdf>. Acesso em: 20 maio 2009.
95. QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absenteísmo em Usina Siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 62-67,1982.
96. REGIANE, M. C. **Fatores de satisfação e insatisfação no trabalho do professor, a partir da teoria da motivação e higiene de F. Herzberg**. 2001. 123 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, Curitiba, 2001.
97. REIS, R. J. D. et al. Fatores Relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-623, out. 2003.
98. RIBOLDI, C. O. **Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do hospital de clínicas de Porto Alegre**. 2008. 67 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
99. ROBAZZI, M. L. C. C. et al. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 18, n. 69, p. 65-70, jan./mar. 1990.
- 100.ROBBINS, S. P. **Administração: Mudanças e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2000.

101. ROCHA, A. M. **Fatores ergonômicos envolvidos em ocorrência de dores nas costas em trabalhadores de enfermagem**. 1997. 151 f. (Dissertação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.
102. ROGENSKI, K. E.; FUGULIN, F. M. T. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 683-689, dez. 2007.
103. SANCINETTI, T. R. **Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem**: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais. 2009. 113 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
104. SANTANA, V. S. et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1004-1012, dez. 2006.
105. SCHAEFER, J. A.; MOOS, R. H. Effects of work stressors and work climate on long-term care staff of job morale and functioning. **Research in Nursing e Health**, Portland, v. 19, n. 1, p. 63-73, Dec.1996.
106. SCHERMERHORN JUNIOR, J. R.; HUNT, J. G.; OSBORN, R. N. **Fundamentos do comportamento organizacional**. Porto Alegre: Bookman, 1999.
107. SCHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 148-155, 2002.
108. SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000.
109. _____. O adoecimento na equipe de enfermagem e o absenteísmo doença. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 139-142, 2002.
110. _____. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.
111. SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**. Análise crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

112. SIMÕES, A. L. D. A. **Desenvolver o potencial de liderança**: um desafio para o enfermeiro. 2001. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
113. SPINDOLA, T.; SANTOS, R. D. S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 593-600, set./out. 2003.
114. SULBACHER, M. et al. O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 11-16, jan./mar. 2009.
115. TAUNTON, R. L.; KRAMPITZ, S. D.; WOODS, C. Q. Absenteeism. **Journal of Nursing Administration**, Wakefield, v. 19, n. 6, p. 13-20, 1989.
116. TOLEDO, V. V.; GANCHO, C. V. Mulheres e homens com as mãos na massa. In: FUSER, B. **Trabalho em debate**. São Paulo: Moderna, 1997. p. 57-69.
117. VALDEZ, M. R. K. **Análise dos fatores motivacionais no trabalho segundo Herzberg e da deficiência do atendimento ao cidadão**: estudo de caso da divisão de fiscalização de obras e posturas no Município de Joinville. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia Civil, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
118. VALLE, A. S.; VIEIRA, I. P. R. Qualidade de vida no trabalho dos servidores técnico-administrativos da Universidade Federal de Minas Gerais. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). **Qualidade de vida, Saúde mental e Psicologia social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 38-78.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ETAPA 1)

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo sobre o absentéismo na equipe de enfermagem em um hospital de ensino. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar os fatores que interferem na ocorrência do Absenteísmo entre os profissionais de Enfermagem do Hospital de Clínicas e definição de alternativas para reduzir este índice. Caso você aceite, será necessário concordar com a verificação pelo pesquisador, da sua pasta funcional, presente na Diretoria de Enfermagem, NASE e/ou FUNEPU, com o intuito de obter informações sobre as ausências apresentadas no serviço no ano de 2008. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo do seu trabalho. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Estudo do absentéismo na equipe de enfermagem em um hospital de ensino

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e quais etapas a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, sem prejuízo ao meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

.....
Assinatura do voluntário

.....
Documento de identidade

.....
Pesquisador responsável

.....
Pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3325-3307 e (34) 3318-5217

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (034) 3318-5854.

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS (ETAPA 1)

1. Iniciais: _____

2. Categoria Profissional: 1() Enfermeiro 2() TE 3() AE 4() AS

3. Setor de lotação: _____

4. Turno de Trabalho: 1() manhã 2() tarde 3() noturno

4. Idade: _____

5. Sexo: 1() F 2() M

6. Estado civil: 1() solteiro 2() casado 3() amasiado 4() divorciado 5() separado

7- Vínculo na instituição: () UFTM () FUNEPU

8. Tempo de trabalho na instituição: 1() menos de 1 ano 2() de 1 a 5 anos
3() de 6 a 10 anos 4() mais de 10 anos

9. Possui outro vínculo empregatício: 1() sim 2() não

Se sim, qual a carga horária de trabalho: _____

10. Apresentou licença-saúde no ano de 2008: 1() sim 2() não

Se sim, quais meses: _____

Período de afastamento: 1() 1 a 3 dias 2() 4-14 dias 3() acima de 15 dias

11. Classificação da doença (de acordo com o CID 10): _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ETAPA 2)

TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo sobre o absenteísmo na equipe de enfermagem em um hospital de ensino. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar os fatores que interferem na ocorrência do Absenteísmo entre os profissionais de Enfermagem do Hospital de Clínicas e definição de alternativas para reduzir este índice. Caso você aceite, será necessário participar de encontros de trabalho, que tem como objetivo identificar os motivos do absenteísmo, através da concepção dos profissionais de enfermagem, no intuito de identificar alternativas para redução dos índices de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida, entretanto será realizada gravação dos grupos em gravador digital para posterior análise dos depoimentos.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo do seu trabalho. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e quais etapas a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, sem prejuízo ao meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

.....
Assinatura do voluntário

.....
Documento de identidade

.....
Pesquisador responsável

.....
Pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3325-3307 e (34) 3318-5217

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (034) 3318-5854.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS (ETAPA 2)

Público Alvo:

- Enfermeiros, Técnicos/Auxiliares de enfermagem e Auxiliares de Saúde.

Introdução dos encontros: abertura pelo moderador

- O pesquisador moderador realizará uma breve introdução, com o objetivo de tranquilizar e estabelecer o propósito do estudo para o grupo;

-Após, o moderador se apresenta e explica os objetivos do grupo, e, em seguida, assegura para os participantes que não existem opiniões corretas, que opiniões contrárias serão bem vindas e que não há interesse em nenhuma opinião em particular.

- O moderador pede aos participantes que falem um de cada vez e explica que é permitido intervir na fala do outro, mas que devem ser evitadas interrupções desnecessárias.

- O moderador apresenta o observador e explica sua função, em seguida pede permissão para gravação em áudio dos diálogos realizados pelo grupo.

Etapa 1: preparação

- O moderador convida os participantes a se apresentarem.

- Será utilizada neste momento uma técnica de dinâmica de grupo.

- Duração aproximada desta etapa será de 10 minutos.

Etapa 2: Conjunto de debate em grupo

- Questões norteadoras:

A) Como você analisa as faltas dos profissionais ao trabalho?

B) Como você considera que as faltas dos profissionais possam interferir no ambiente de trabalho?

C) Que medidas podem ser adotadas para minimizar o absenteísmo entre os profissionais de enfermagem?

Etapa 3: encerramento

O moderador realizará a síntese da discussão promovida pelo grupo.

- O moderador esclarecerá possíveis dúvidas dos participantes.

- O moderador agradecerá a participação do grupo.

APÊNDICE E – DOENÇAS RELACIONADAS AO CID-10 OCORRIDAS NAS LICENÇAS MÉDICAS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ANO DE 2008

CAPITULO DO CID-10	LICENÇA	CLASSIFICAÇÃO ALFABÉTICA POR CATEGORIA DO CID-10	CATEGORIA	QUANT. LICENÇA
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	54	Doenças infecções intestinais	A04; A05; A08; A09	46
		Tuberculose	A19	01
		Erisipela	A26, A46	02
		Dengue	A90	01
		Herpes zoster	B02	02
		Infecção viral não especifica Escabiose	B34 B86	01 01
Neoplasias	08	Neoplasia (tumores) in situs	C38; C54	06
		Hemangioma	D18	01
		Leiomioma do útero	D25	01
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	04	Anemia por deficiência de ferro	D50	04
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	02	Insuficiência adrenocortical	E27	01
		Depleção de volume	E86	01
Transtornos mentais e comportamentais	49	Demência	F02	01
		Transtorno mental devido ao uso álcool	F10	03
		Transtornos do humor	F32; F33	21
		Ansiedade generalizada	F41	01
		Transtornos relacionados ao estresse	F43	22
		Transtornos comportamentais e emocionais	F92	01
Doenças do sistema nervoso	08	Transtornos episódicos e paroxísticos	G40; G43	07
		Mononeuropatias dos membros inferiores	G57	01
Doenças do olho e anexos	78	Transtornos da pálpebra	H00; H01; H02	08
		Transtornos do aparelho lacrimal	H04	03
		Transtornos da conjuntiva	H10; H11	47
		Transtornos da córnea	H18	01
		Iridociclite	H20	14
		Transtornos da íris e do corpo ciliar	H21	02
		Catarata senil	H25	02
		Oclusões da retina	H34	01

Doenças do ouvido e da apófise mastóide	13	Doenças do ouvido externo	H60	01
		Transtornos da função vestibular	H81	04
		Transtornos do ouvido interno	H83	05
		Otalgia e secreção auditiva	H92	01
		Transtornos degenerativos e vasculares do ouvido	H93	02
Doenças do aparelho circulatório	38	Doenças hipertensivas	I10; I13	14
		Doenças isquêmicas do coração	I20; I41	02
		Infarto cerebral, acidente vascular cerebral isquêmico	I63; I64	05
		Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios não classificados em outra parte	I80; I82; I83; I84; I87; I88	16
		Outros transtornos e os não especificados do aparelho circulatório	I95	01
Doenças do aparelho respiratório	105	Infecções agudas das vias aéreas superiores	J00; J01; J02; J03; J04; J06	71
		Influenza e pneumonia	J10; J11; J15; J18	14
		Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J20; J22	07
		Outras doenças das vias aéreas superiores	J30; J32; J35; J38; J40	09
		Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J43; J45	03
		Outros transtornos das vias aéreas inferiores	J93	01
Doenças do aparelho digestivo	94	Transtornos dentários	K01; K03	11
		Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares	K04; K08; K09; K10	21
		Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	K20; K21; K29; K31	29
		Hérnia inguinal e umbilical	K40; K42	03
		Enterites e colites não infecciosas	K51; K52	15
		Transtornos funcionais do intestino	K56; K58; K59	08
		Fissura e fistula das regiões anal e retal	K60	04
		Transtornos da vesícula biliar	K80; K82	03
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	15	Infecções da pele e do tecido subcutâneo	L01; L02; L08	07
		Transtornos da pele e do tecido subcutâneo	L30; L81; L82	04
		Afecções dos anexos e da pele	L60	04

Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	189	Artrose	M15, M17	10
		Outros transtornos articulares	M23; M25	17
		Dorsopatias	M41; M43; M45; M51; M53; M54;	98
		Transtornos das sinóvias e dos tendões	M65; M67	34
		Outros transtornos dos tecidos moles	M70; M71; M73; M75; M77; M79	29
		Outras osteopatias	M86	01
Doenças do Aparelho Geniturinário	42	Transtornos do rim e do ureter	N01; N02; N10; N23; N28	17
		Doenças do aparelho urinário	N30; N39	10
		Transtornos da mama	N62; N65	02
		Transtornos dos órgãos genitais externos feminino	N75; N76	02
		Transtornos dos órgãos genitais internos feminino	N80; N83; N88; N92; N93; N94	08
		Transtornos da menopausa e da perimenopausa	N95	01
		Abortamento	N96	02
Gravidez, parto e puerpério	26	Gravidez ectópica	O00	01
		Transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	O20; O21; O22; O26	15
		Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e a cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	O41; O47; O60; O61; O62; O81; O89; O99	10
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais não classificados em outra parte	82	Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R04; R07; R09	05
		Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	R10; R11; R13	33
		Sintomas e sinais relativos ao sistema osteomuscular	R20; R29	02
		Sintomas e sinais relativos ao aparelho geniturinário	R31; R32	02
		Sintomas e sinais relativos à cognição, a percepção, ao estado emocional e ao comportamento	R42	01
		Sintomas e sinais gerais	R50; R51; R52; R53; R60	39

Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	71	Traumatismos do crânio e da face	S01; S02	03
		Traumatismos do tórax	S23	01
		Fratura do ombro, braço e antebraço	S42; S54	05
		Traumatismos e/ou queimaduras do punho e da mão	S60; S61; S62; S63; S66; S69; T23	15
		Traumatismos do quadril e da coxa	S70; S76	03
		Traumatismo do joelho e da perna	S82; S83	17
		Traumatismo do tornozelo e pé	S92; S93; S99	16
		Traumatismos de região não especificada do corpo	T07; T14	09
		Outros efeitos de causas externas e os não especificados	T36; T78	02
Causas externas de morbidade e de mortalidade	01	Acidentes de trânsito	V06	01
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	123	Pessoas em contato com os serviços de saúde para exames e investigação	Z00; Z01; Z13	07
		Pessoas em contato com os serviços de saúde relacionados a reprodução	Z34; Z35	03
		Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos	Z51; Z52; Z54	38
		Exposição ocupacional a fatores de risco	Z57	02
		Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente	Z763	73

ANEXO

ANEXO 1 – PROTOCOLO UFTM



9/9

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP
Parecer Consubstanciado

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: ESTUDO DO ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE ENSINO
 PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Drª. Ana Lúcia de Assis Simões
 INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM
 DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 10-11-08
 PROTOCOLO CEP/UFTM: 1250

Pincéis Atômicos: 5,00

Gravador digital: 100,00

Papel craft e Cartolinas: 15,00

Fita Adesiva: 2,00

Total de gasto aproximado: R\$ 207,00

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

. A pesquisadora recebe o salário de Professora Adjunta da UFTM.v

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

O termo de consentimento livre e esclarecido será obtido pelos pesquisadores e aplicado a todos os profissionais de enfermagem que apresentaram faltas no ano de 2008, no intuito de obter a autorização dos pesquisados, para realizar análise e coleta de informações presentes nas suas pastas funcionais presentes na Diretoria de Enfermagem, NASE e FUNEPU e também dos profissionais lotados na unidade que apresentou o maior índice de absenteísmo no ano de 2008 e que aceitarem participar da 2ª etapa da pesquisa

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 20-02-2009

Profª. Ana Palmira Soares dos Santos
 Coordenadora