UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALESSANDRO FORMENTON

**Avaliação da capacidade para trabalho e absenteísmo da
equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva de
um hospital de ensino**

RIBEIRÃO PRETO

2014

ALESSANDRO FORMENTON

Avaliação da capacidade para trabalho e absenteísmo da
equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva de um
hospital de ensino

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

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos
serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria Laus

RIBEIRÃO PRETO

2014

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

Formenton, Alessandro

Avaliação da capacidade para trabalho e absenteísmo da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. Ribeirão Preto, 2014.
92 p. : il. ; 30 cm

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

1. Gerenciamento. 2. Absenteísmo. 3. Índice de Capacidade para o Trabalho.
4. Avaliação em Saúde. 5. Recursos Humanos de Enfermagem .

FORMENTON, Alessandro

Avaliação da capacidade para trabalho e absenteísmo da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho à minha família, meu porto seguro, que, com apoio incondicional e pelas palavras sábias e amorosas, não me deixou desanimar ou desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por mais esta conquista.

Ao meu querido e amado filho Felipe, por trazer sentido à minha vida e fazer meus dias cada vez mais felizes. Te amo, pequeno!

À minha esposa Yaisa, pelo apoio, incentivo, força, companheirismo e dedicação. Somos um trio imbatível!

Aos meus pais, Noé e Rosemary, por tudo que sou e conquistei com apoio em todas as horas.

Ao meu irmão Danilo, pelo incentivo e apoio de sempre!

À minha sogra Nice e à minha cunhada Kizzy, pela amizade, carinho e fraternidade.

À professora Ana Laus, pela parceria, paciência e ensinamentos durante esta jornada.

RESUMO

FORMENTON, A. **Avaliação da capacidade para trabalho e absenteísmo da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino.** 2014. 92p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A gestão da força de trabalho em saúde representa um novo desafio aos gestores de diversos países que têm sido levados a se envolver com as questões de recursos humanos. Busca-se o equilíbrio entre o que está disponível em termos de trabalhadores e o que realmente é necessário para a realização das atividades. Este estudo de abordagem quantitativa, de corte transversal e descritivo, teve por objetivo avaliar o índice de capacidade para o trabalho e a taxa de absenteísmo de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dos Centros de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital de grande porte do município de Ribeirão Preto, São Paulo. Os dados coletados foram referentes ao ano de 2013, e utilizaram-se três instrumentos: questionário de caracterização sociodemográfica e ocupacional, o índice de capacidade para o trabalho (ICT) e o formulário com dados das ausências da equipe. Os resultados evidenciaram uma população composta por 102 sujeitos, sendo 76,5% do sexo feminino, com média de idade de 37,58 anos ($dp= 9,16$), e 48% apresentaram nível superior de escolaridade. Em relação aos dados ocupacionais, 54,9% possuem menos de 10 anos de atuação na enfermagem, 59,8% desempenham a função atual por período inferior a 10 anos e 31 (30,4%), por período inferior a 5 anos. O tempo de trabalho no CTI em 51% dos sujeitos investigados é inferior a 5 anos. Com relação à jornada de trabalho, 73 (71,6%) participantes cumprem 30 horas semanais. A média do ICT foi de 39,62 pontos ($dp= 6,11$), com variação entre 11 pontos e 49. Em relação aos valores obtidos, 72,6% dos profissionais foram avaliados com boa e ótima capacidade para o trabalho; 25,5%, com moderada e 2%, com baixa. Entre os trabalhadores considerados com ICT ótimo e bom, 17 estavam entre os mais jovens e 23 entre aqueles que possuíam idade superior a 40 anos. Com relação à taxa de absenteísmo, obtiveram-se valores de 4,14 para os enfermeiros e 14,69 para o nível técnico, demonstrando ser inferior na comparação com outros estudos em realidades semelhantes e maior prevalência de ausências por doença. O monitoramento do índice de capacidade para o trabalho e da taxa de absenteísmo, além de fornecer subsídios para o processo de tomada de decisão em relação ao gerenciamento de recursos humanos de enfermagem, permite comparações com outras instituições hospitalares similares, favorecendo o estabelecimento de padrões aceitáveis e constitui-se em um instrumento gerencial de importância fundamental para os gestores em saúde, à medida que possibilita o conhecimento da realidade institucional quanto ao perfil dos trabalhadores de enfermagem que nela atuam.

Palavras-chave: Gerenciamento. Absenteísmo. Índice de Capacidade para o Trabalho. Avaliação em Saúde. Recursos Humanos de Enfermagem.

ABSTRACT

FORMENTON, A. **Work Ability and Absenteism evaluation of nurse staff in the Intensive Care Unit of a university hospital**. 2014. 92p. Dissertation (Master Degree). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The health workforce management is a new challenge to manager of several countries, and for this reasons they have been taken to engage with the human resources issues. Manangers aim the balance between the real number of workers available and the real need to perform the activities. This quantitative and descriptive study aimed to evaluate the work ability and the absenteism index of nurses, technicians and nursing assistants from the Intensive Care Unit of a large hospital in Ribeirão Preto, São Paulo. Data were collected for year 2013 by using three instruments: socio-demographic and occupational questionnaire, Work Ability Index (WAI) questionnaire and staff absences data form. Results showed a population comprised 102 people, with 76.5% female, with mean age of 37.58 years (SD 9.16), and 48% presented a higher education. Regarding occupational data, 54.9% have less than 10 years of experience in nursing, 59.8% perform their actual function for less than 10 years and 31 (30.4%) less than 5 years. Working time in the ICU in 51% of population estudied is less than 5 years. Regarding working Journey, 73 (71.6%) participants work 30 hours per week. The mean WAI was 39.62 points (SD 6.11), ranging between 11 and 49 points. Regarding the values obtained, 72.6% were professionals with good reviews and great capacity for work; 25.5% as moderate and 2% low. Among workers considered with great and good WAI, 17 were among the younger and 23 among those who were older than 40 years. Regarding absenteeism rate, values were 4.14 for nurses and 14.69 for technical level, proving to be lower in comparison to other studies in similar situations, and higher prevalence of sickness absence. Monitoring Work Ability Capacity and absenteeism, provide support for decision making process regarding the management of nursing human resources and permit comparisons between similar hospitals as well, favoring the establishment of acceptable Standards, moreover, consists in a fundamental management tool for health managers because provide the knowledge of institutional reality as the profile of nursing staff working in it.

Keywords: Management. Absenteism. Work Ability Index. Health evaluation. Nurse Human Resources.

RESUMEN

FORMENTON, A. **Evaluación de la capacidad para trabajo y absentismo del equipo de enfermería de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de enseñanza.** 2014. 92p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La gestión de la fuerza de trabajo en salud representa un nuevo desafío a los gestores de diversos países que están involucrándose con cuestiones relacionadas a los recursos humanos. Se busca el equilibrio entre lo que se dispone en términos de trabajadores y lo que realmente es necesario para realización de actividades. Este estudio con enfoque cuantitativo, de corte transversal, descriptivo, tuvo como objetivo evaluar el índice capacidad para el trabajo y la tasa de absentismo de enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería de Centros de Cuidados Intensivos de un hospital grande de la municipalidad de Ribeirão Preto, São Paulo. Los datos recolectados son referentes al año de 2013 y fueron utilizados tres instrumentos: cuestionario de caracterización sociodemográfica y ocupacional, cuestionario índice de Capacidad para el Trabajo (ICT) y formulario con datos de ausencias del equipo. Los resultados evidencian una población compuesta de 102 sujetos, siendo 76,5% del sexo femenino, con una edad media de 37,58 años (dp 9,16), y 48% presentan nivel superior de escolaridad. Con relación a los datos ocupacionales, 54,9% poseen menos de 10 años de actuación en enfermería, 59,8% desempeñan la función actual por un periodo inferior a 10 años y 31 (30,4%), por periodo inferior a 5 años. El tiempo de trabajo en UCI en 51% de los sujetos investigados es inferior a 5 años. Con relación a la jornada laboral 73 (71,6%) participantes cumplen 30 horas semanales. La media del ICT fue de 39,62 puntos (dp 6,11), con una variación entre 11 y 49 puntos. Con relación a los valores obtenidos, 72,6% de los profesionales fueron evaluados con buena y óptima capacidad para el trabajo; 25,5%, como moderada y 2% como baja. Entre los trabajadores considerados con ICT óptimo y bueno, 17 estaban entre los más jóvenes y 23 entre aquellos que tenían edad superior a los 40 años. Con relación a la tasa de absentismo se obtuvo valores de 4,14 para los enfermeros y 14,69 para nivel técnico, demostrando estar inferior en comparación a otros estudios con realidades semejantes, y una prevalencia de ausencias pro enfermedad. El monitoreo del Índice de Capacidad para el Trabajo y de la tasa de absentismo, además de fornecer subsidios para el proceso de toma de decisión con relación al gerenciamiento de recursos humanos de enfermería, permite comparaciones con otras instituciones hospitalares similares, favoreciendo el establecimiento de patrones aceptables y se constituye un instrumento gerencial de importancia fundamental para los gestores en salud, a medida que posibilidad y conocimiento de la realidad institucional en cuanto al perfil de los trabajadores de enfermería que en ella actúan.

Palabras clave: Gerenciamiento. Absentismo. Índice de capacidad para el trabajo. Evaluación en salud. Recursos humanos de enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição por faixa etária, em anos, da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014.....	47
Tabela 2-	Distribuição por sexo da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014.....	49
Tabela 3-	Distribuição por escolaridade da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014.....	50
Tabela 4-	Distribuição por categoria profissional da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014.....	50
Tabela 5-	Distribuição do tempo de serviço, em anos, da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014.....	52
Tabela 6-	Distribuição do tempo de função, em anos, da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014.....	53
Tabela 7-	Distribuição do tempo de trabalho nas unidades, em anos, da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014.....	54
Tabela 8-	Distribuição do turno de trabalho da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014.....	54
Tabela 9-	Quantitativo de horas extras realizadas pela equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014.....	55
Tabela 10-	Distribuição da capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014.....	56
Tabela 11-	Distribuição da pontuação alcançada por categorias de capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014.....	58

Tabela 12-	Distribuição das categorias do ICT e valores médios obtidos pelos trabalhadores de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014.....	59
Tabela 13-	Distribuição do ICT, segundo categoria profissional, em trabalhadores de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014.....	60
Tabela 14-	Distribuição do ICT por faixa etária em trabalhadores de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014.....	61
Tabela 15-	Quantitativo médio de pessoal de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, por unidade e categoria profissional, de janeiro a dezembro de 2013, Ribeirão Preto.....	63
Tabela 16-	Distribuição das ausências não previstas por categoria profissional e unidade da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, de janeiro a dezembro de 2013, Ribeirão Preto.....	63
Tabela 17-	Taxa de absenteísmo referente às ausências não previstas da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP por categoria profissional e unidade, de janeiro a dezembro de 2013, Ribeirão Preto	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aux. Enferm.	Auxiliares de enfermagem
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CTI	Centro de Terapia Intensiva
dp	Desvio-padrão
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FIOH	<i>Finnish Institute of Occupational Health</i>
HC - <i>Campus</i>	Hospital das Clínicas - <i>Campus</i>
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
Téc. de Enferm.	Técnicos de enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE	Unidade de Emergência
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 Absenteísmo e o trabalho de enfermagem	21
2.2 Capacidade para o trabalho	34
3. OBJETIVO	39
3.1 Objetivo geral	39
3.2 Objetivos específicos	39
4. MÉTODO	40
4.1 Tipo de estudo	40
4.2 Cenário	40
4.3 População	41
4.4 Procedimento de coleta de dados.....	42
4.5 Instrumentos e medidas.....	43
4.6 Análise de dados.....	45
5. ASPECTOS ÉTICOS	46
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6.1 Caracterização da população	47
6.2 Índice de capacidade para o trabalho	56
6.3 Absenteísmo da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP	62
7. CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A	82
APÊNDICE B	83
APÊNDICE C	84
ANEXO A	86
ANEXO B	92

APRESENTAÇÃO

Ao ingressar no mercado de trabalho, percebi como é complexo o cuidado em saúde e que não é uma tarefa fácil garantir qualidade, segurança e assistência de enfermagem qualificada. Nesse momento, passei a compreender que além do esforço individual, são necessários outros elementos para o processo de trabalho como recursos materiais, humanos, além de um comprometimento e responsabilização da equipe de saúde com uma assistência de qualidade.

O início da minha vida profissional se deu em uma cooperativa de assistência à saúde, no interior do Estado de São Paulo, com atendimento exclusivo a pacientes conveniados e que, para tal, utilizava a estrutura física e serviços de apoio da Santa Casa Municipal. Minha atuação como enfermeiro em unidade de atendimento clínico, pré e pós-cirúrgico adulto e pediátrico, durante quatro anos, possibilitou uma grande experiência assistencial bem como no campo do gerenciamento de enfermagem. Nesse período, vivenciei muitas dificuldades da prática profissional, particularmente diante da escassez de recursos humanos, quando pude perceber a intrínseca relação entre a demanda de trabalho e o quantitativo de pessoal de enfermagem e como estes fatores impactam na qualidade do cuidado prestado ao paciente. Era um desafio adequar a disponibilidade de recursos humanos de enfermagem, por vezes restritos e pouco capacitados, às necessidades requeridas de cuidados pela clientela, de maneira a proporcionar uma assistência segura e livre de riscos.

Dentre os vários aspectos relativos ao gerenciamento do quadro de profissionais, o que mais me chamava a atenção relacionava-se às ausências ao trabalho, pois além de impacto no trabalho diário, aumentavam as demandas para os demais profissionais presentes, desorganizando o serviço e com consequente aumento dos riscos laborais e o desgaste da equipe. E ainda, pude observar que muitos dos profissionais, mesmo com a saúde comprometida, não se afastavam do trabalho, o que predispunha cada vez mais a situações de incapacidades e comprometimento da qualidade de vida do trabalhador.

Certamente, a exposição dos profissionais a condições inadequadas diminui sua capacidade para o trabalho, comprometendo a qualidade do mesmo, uma vez

que a sua redução interfere na eficiência e eficácia das atividades a serem realizadas.

Tais questões me instigaram a realizar um Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho, quando pude estudar com mais profundidade as questões relacionadas ao absenteísmo dos profissionais de enfermagem e a identificar uma gama de variáveis que necessitariam ser investigadas, dada a sua relevância no contexto do quadro de pessoal das instituições de saúde.

Assim, surgiu o interesse pelo tema deste estudo que emergiu dessas situações que se constituíam em conflitos vivenciados no meu cotidiano e na perspectiva de produzir uma investigação que possa corroborar o gerenciamento de recursos humanos de enfermagem, dimensionamento de pessoal e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

A saúde é uma indústria de serviços baseada principalmente no capital humano. A força de trabalho, elemento-chave de todos os sistemas de saúde, é fundamental, e ampliam-se as evidências de que número e qualidade de profissionais de saúde estão associados positivamente com alcance de resultados (OMS, 2006).

A comunidade internacional conta com tecnologias e recursos econômicos suficientes para enfrentar a maioria dos desafios sanitários mundiais, porém muitos sistemas nacionais de saúde são frágeis e para eles é essencial contar com profissionais de saúde competentes, motivados e bem apoiados (OMS, 2006).

A gestão da força de trabalho em saúde representa um novo desafio aos gestores de diversos países que têm sido levados a se envolver com as questões de recursos humanos, pois a manutenção de um sistema de saúde sensível às necessidades de saúde da população requer um planejamento abrangente de recursos humanos (MELLO, 2011; TOMBLIN MURPHY et al., 2009).

Nesse contexto, a questão do planejamento de recursos humanos para a saúde precisa buscar o equilíbrio entre o que está disponível em termos de trabalhadores e o que realmente é necessário para realização das atividades (DREESCH et al., 2005).

A reestruturação do setor saúde, com aumento da complexidade das ações médicas e das intervenções terapêuticas, implicou numa força de trabalho mais qualificada e com maior contingente. Dessa forma, a qualidade dos serviços passou a ser considerada como diretamente proporcional aos recursos humanos que os desenvolvem (AIKEN; CLARKE; SLOANE, 2002; MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOI, 2009).

No cenário hospitalar, por representar papel fundamental no processo assistencial e ainda se constituir no número mais representativo do quadro de pessoal das instituições, a enfermagem sofre grande impacto. Dados do Brasil e dos Estados Unidos mostram que, dependendo da instituição, os profissionais de enfermagem constituem mais da metade da força de trabalho de um hospital, e a remuneração, incluindo seus benefícios, representam 60% das despesas nos hospitais (FUGULIN, 2010).

Ferreira e Ferreira (2008) apontam a enfermagem, que compõe a maior parte do quadro dos recursos humanos do hospital, como sendo a categoria profissional que mais sofre com as más condições de trabalho, com a insalubridade do ambiente e, também, com as medidas de contenção de custos que favorecem o absenteísmo.

A enfermagem, no desempenho de suas ações em diferentes contextos de atuação, sofre uma influência direta do quantitativo de recursos humanos disponível. Assim, a provisão adequada de trabalhadores de enfermagem tem se constituído em uma estratégia relevante para a qualidade e melhoria dos serviços de saúde e, conseqüentemente, para os resultados da assistência (LAUS; ANSELM, 2008).

Dispor de um quadro de pessoal de enfermagem adequado em termos quantitativos e qualitativos constitui um indicador de qualidade dos serviços de saúde que exercerá influência direta nos indicadores clínico-assistenciais relacionados aos cuidados de enfermagem (NONINO, 2006).

A implantação de novos modelos de gestão e tecnologia é necessária para a produção de melhores produtos e serviços de qualidade para os usuários que se encontram cada vez mais exigentes por qualidade, porém essas exigências repercutem nas instituições, para o aumento da produtividade, melhor qualidade, em detrimento, muitas vezes, da qualidade de vida do trabalhador (FELLI; TRONCHIN, 2010).

Nessa direção, as transformações no mundo do trabalho, ocorridas nas últimas décadas, têm impulsionado os trabalhadores a ritmos intensos de trabalho, com jornadas duplas e em condições precárias. Como consequência, elevados índices de absenteísmo têm sido identificados na equipe de enfermagem, associados ao adoecimento e à perda da qualidade de vida do trabalhador (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; SANCINETTI et al., 2009; SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2011).

Na área da saúde também se identifica esse panorama. Mais especificamente, o ambiente hospitalar expõe o trabalhador a riscos biológicos causadores de infecções, riscos químicos gerados pelo manuseio de substâncias químicas; riscos ergonômicos tais como estresse, fadiga mental e posturas inadequadas; e riscos físicos provocados pelo excesso de ruído, temperatura inadequada e falta de iluminação. Estas precárias condições laborais são responsáveis pelo aparecimento de doenças e estão expressas pelo alto nível de absenteísmo no trabalho (XELEGAT; ROBAZZI, 2003).

As condições laborais vivenciadas por muitos trabalhadores da equipe de enfermagem, particularmente em ambiente hospitalar, têm lhes ocasionado problemas de saúde, provocando prejuízos pessoais, sociais e econômicos, afetando diretamente os custos da produção, com queda na rentabilidade e custos ao Estado devido a incapacidades laborais temporárias e com aposentadorias precoces (WUNSCH FILHO, 2004).

Appolinário (2008) aponta que os riscos à saúde relacionados ao trabalho dependem do tipo de atividade profissional e das condições em que a mesma é desempenhada e que, mais especificamente, os hospitais proporcionam aos seus trabalhadores condições de trabalho reconhecidamente piores em relação aos demais serviços de saúde.

Uma das principais razões que têm sido relatadas como determinantes na escassez e evasão dos trabalhadores de saúde no mundo todo refere-se às condições inadequadas de trabalho, especialmente para a enfermagem, como as exigências, organização, execução, remuneração e o ambiente de trabalho (SILVA, 2011).

A exposição às condições inadequadas de trabalho favorece o desenvolvimento de doenças que predispõem o absenteísmo e, portanto, sensibilizar as instituições e empregadores acerca do dimensionamento de pessoal e condições de trabalho é indispensável para atenuação desta realidade e para o desenvolvimento de uma estratégia mais eficaz de recursos humanos para as instituições de saúde (MARTINATO et al., 2010).

Condições laborais inadequadas podem ainda comprometer a capacidade para o trabalho, que é resultante de um processo dinâmico entre recursos do indivíduo em relação ao seu trabalho, e sofrem influência de diversos fatores, como aspectos sociodemográficos, estilo de vida, processo de envelhecimento, exigências do trabalho e saúde que é considerada como um dos seus principais determinantes (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

Felli e Tronchin (2010), também, apontam que condições de trabalho inadequadas são responsáveis pela exposição dos trabalhadores de enfermagem a diversas cargas de trabalho, geradoras de processos de desgaste, dos quais podem determinar incapacidade para o trabalho, com repercussões na qualidade de vida desses profissionais.

O absenteísmo precisa ser analisado enquanto um problema crucial para as organizações por ser multicausal, e assim, estar ligado a vários fatores, tornando-se extremamente complexo e de difícil gerenciamento.

Devido à relevância do absenteísmo no ambiente hospitalar, muitas instituições têm adotado a taxa de absenteísmo de enfermagem como indicador de gestão de recursos humanos, como forma de avaliar o desempenho da enfermagem (GABRIEL et al., 2011; SANCINETTI et al., 2009).

A preocupação com absenteísmo na enfermagem está relacionada à sobrecarga de trabalho entre os membros da equipe e ao consequente impacto na qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente, decorrentes do desequilíbrio no quantitativo de pessoal, aumentando a carga de trabalho entre os profissionais que estão em atividade, o que pode como consequência ampliar o número de afastamentos e ainda agravar o atendimento aos pacientes (LAUS; ANSELM, 2008).

Nessa direção, Silva (2011) alerta para as questões do presenteísmo, situação em que o trabalhador encontra-se com a saúde afetada, mas não está afastado do trabalho. Neste caso, o desempenho das atividades, alterado em razão de diferentes problemas de saúde, afeta a produtividade e pode incidir na ocorrência de erros. Segundo esse autor, o presenteísmo tem sido observado com frequência entre os profissionais de enfermagem, predispondo cada vez mais às incapacidades e ao comprometimento da qualidade de vida no trabalho.

Diante desse quadro, a gerência de enfermagem necessita buscar ferramentas que possibilitem um melhor planejamento, alocação, distribuição e controle de recursos humanos, dada a relevância do quadro de pessoal na assistência oferecida (KURCGANT, 2011).

O gerenciamento visa, entre outros aspectos, à otimização dos recursos, aumentando a produção dos serviços, reduzindo custos e possibilitando a eficiência e eficácia dos procedimentos, o que resulta em qualidade da assistência. Alcançar uma assistência de excelência é considerado objetivo maior desse processo (MADUREIRA; VEIGA; SANT'ANA, 2000).

É nesse cenário que o dimensionamento de pessoal de enfermagem tem sido foco de atenção dos enfermeiros e dos administradores dos serviços de saúde, por interferir diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde. A

demanda de atendimento com necessidades cada vez mais complexas da clientela tem imprimido à equipe de enfermagem sobrecarga de trabalho.

O uso de parâmetros para o dimensionamento de pessoal constitui importante ferramenta para o enfermeiro, porém além do parâmetro é importante que o enfermeiro também utilize instrumentos para avaliar as necessidades de cuidado da clientela atendida. Na literatura, observa-se uma evolução das pesquisas relacionadas ao dimensionamento, incorporando aspectos como o impacto nos custos assistenciais e resultados da assistência, além de fatores associados às condições de trabalho e saúde do trabalhador (AIKEN; CLARKE; SLOANE, 2002; BRAY, et al., 2010; MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009; PENOYER, 2010).

Em razão desses aspectos identificados, ambientes com maior demanda de cuidados aos pacientes têm sido apontados como aqueles em que se justifica a adoção de estratégias de monitoramento dos trabalhadores de enfermagem, frente à carga de trabalho existente. Dentre estas unidades, merece destaque as unidades de atendimento a pacientes críticos.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, hoje o país conta com uma rede de serviços hospitalares bastante heterogênea do ponto de vista tecnológico e da complexidade de serviços, e o aumento da sobrevida da população ampliou a necessidade de serviços de saúde mais complexos, com forte expansão das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (BRASIL, 2011).

As UTIs concentram recursos tecnológicos e profissionais especializados para prestação de cuidados de forma ininterrupta a pacientes em estado crítico. Neste contexto, observa-se elevada carga de trabalho de enfermagem devido à alocação de pacientes sujeitos às constantes alterações hemodinâmicas e iminente risco de morte, os quais exigem cuidados complexos, atenção ininterrupta e tomada de decisões imediatas (INOUE; MATSUDA, 2009; TAIZE; CARNEIRO; FAGUNDES, 2012).

Portanto, para seu funcionamento dentro das características de um padrão de atendimento qualificado, deve-se considerar que a equipe de enfermagem representa um papel relevante neste processo de atendimento aos pacientes e, portanto, a verificação contínua do quadro de profissionais, tanto nos aspectos quanti como qualitativos, pode significar uma estratégia valiosa para a gestão da qualidade e oferecerá subsídios essenciais para detectar precocemente as

necessidades de melhorias, tanto dos processos como do ambiente de trabalho existente nessa unidade.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Absenteísmo e o trabalho de enfermagem

Na enfermagem brasileira, sobretudo nas instituições de saúde pública, o absenteísmo tem merecido a atenção dos gerentes, em razão do alto índice de ocorrência.

A literatura apresenta diversas definições e conceitos para a expressão absenteísmo. Com relação à origem, o termo absenteísmo surge da palavra *absentismo* que se refere ao movimento de saída dos produtores rurais do campo para as cidades. No período industrial, o termo era aplicado aos trabalhadores que faltavam ao serviço (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

Chiavenato (2004) define absenteísmo como a expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho. Corresponde às ausências quando se esperava que estivessem presentes no trabalho e constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, por faltas, atrasos ou outros motivos.

Gaidzinski (1998) considera que o absenteísmo comporta-se como variável aleatória no processo de dimensionamento do pessoal de enfermagem, pois pode ocorrer em qualquer dia do ano. Para uma avaliação das condições de cada unidade, faz-se necessário identificar o quantitativo de ausências por trabalhador, por meio de registros da instituição, durante o período de um ou mais anos.

Segundo Giomo et al. (2009), o absenteísmo é conceituado como o não comparecimento do funcionário ao trabalho, acarretando falta por motivos alheios à previsão da chefia do serviço. O mesmo pode ser decorrente de variados fatores, tais como doenças comprovadas ou não, razões familiares ou pessoais, problemas de transporte, falta de motivação ou supervisão precária por parte da administração do serviço.

Uma composição bastante difundida na literatura brasileira para o que deve ser considerado como absenteísmo tem sido aquela apresentada por Couto (1987) que o descreve como:

- Falta injustificada, cujo requerimento não foi deferido pela chefia e não justificada, ficando o trabalhador sujeito a descontos salariais e sanções disciplinares;
- Falta justificada, quando o motivo alegado é considerado justo;
- Licença-saúde, a qual é comprovada por atestado médico, podendo o trabalhador gozar da licença para tratamentos de saúde;
- Nojo, quando do falecimento de parentes;
- Gala, quando contrair matrimônio, e
- Licença-gestante, para trabalhadoras que dão à luz.

Esse mesmo autor ainda caracteriza os diversos tipos de absenteísmos existentes, sendo eles:

- Absenteísmo por motivo de saúde que se divide em duas categorias, sendo: **Ocupacional** quando ocorre por acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e do trabalho e **Assistencial** quando ocorre por motivo de doenças comuns, sazonais, doenças cirúrgicas não ocupacionais, acidentes domésticos e de trânsito, por exemplo;
- Absenteísmo voluntário: quando a ausência do trabalho ocorre por razões particulares. Portanto, trata-se de ausência não justificada, sem amparo legal, de exclusiva responsabilidade do trabalhador;
- Absenteísmo legal: quando as faltas ao serviço estão amparadas em lei, tais como: licença-maternidade, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar;
- Absenteísmo compulsório: quando a falta ao trabalho ocorre por imperativo de ordem legal, ainda que o trabalhador não deseje, tais como: suspensão imposta pela chefia, prisão, etc.

Independente do motivo do absenteísmo, quando em taxa elevada, suas principais e mais diretas consequências são o custo financeiro para a instituição, dificuldades para o trabalho em equipe e para o processo de trabalho eficaz, sobrecarga aos funcionários presentes e prejuízo para os usuários do serviço de saúde (APPOLINÁRIO, 2008; GIOMO et al., 2009).

Para Chiavenato (2004), é necessário um planejamento sobre como lidar com essas ausências, podendo-se utilizar fórmulas matemáticas que façam a previsão e o acompanhamento da disponibilidade de pessoal. Para isso deve-se levar em conta

o chamado índice de absenteísmo, calculado através da relação entre o total de pessoas por hora perdida e o total de pessoas por hora de trabalho. Esses índices auxiliam a administração no controle de ausências e no planejamento de equipes de trabalho.

O absenteísmo por doença, em específico, refere-se à ausência do trabalhador decorrente de problemas de saúde e, em ambientes hospitalares, sua ocorrência representa a principal causa de ausências não previstas. Além do impacto na vida do trabalhador, este problema tem se configurado como um importante comprometedor dos índices de rendimento e qualidade dos serviços prestados (GIOMO et al., 2009).

O trabalho em instituições de saúde, principalmente quando relacionado às condições ambientais, gerenciais e políticas, apresenta um série de agravantes da integridade e da saúde do trabalhador. Os aspectos desse tipo de trabalho oferecem ao trabalhador riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e psicológicos. Por esses motivos, a análise de doenças de trabalhadores dessa área deve levar também em conta a especificidade do ambiente hospitalar que expõe o trabalhador cotidianamente ao sofrimento e à morte (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Pesquisas têm demonstrado que, em virtude das condições desfavoráveis vividas pelos trabalhadores da área da saúde, os mesmos acabam por buscar meios de compensar o sofrimento, apresentando comportamentos defensivos e tornando-se indiferente ao processo de trabalho. Esse processo acarreta um comportamento de fuga dos trabalhadores que pode acontecer por meio de atestados médicos, licenças por doença ou simplesmente faltas injustificadas (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; FERREIRA et al., 2012; GEHRING JUNIOR et al., 2007) .

No estudo das relações entre saúde-doença-trabalho na área de enfermagem, os prejuízos à saúde física e mental decorrem das atividades realizadas em extensas jornadas de trabalho, do ritmo acelerado da produção desencadeado por excesso de tarefas, da realização de ações repetitivas e da baixa remuneração. O trabalho desempenhado nessas condições deixa de significar satisfação, ganhos materiais e serviços sociais úteis, passando a representar sofrimentos, exploração, doença e até morte (BARBOZA; SANTOS; TREZZA, 2007).

As relações entre absenteísmo e condições de trabalho são reforçadas nos estudos de Alves (1996); Anselmi et al. (1997); Lima Júnior e Ésther (2001); Lopes (1992) e Silva e Marziale (2000). Os autores enfatizam que, principalmente no

âmbito hospitalar, as condições de trabalho repercutem no grau de absenteísmo de um determinado grupo. O rodízio constante de horário, as longas jornadas de trabalho, os turnos desgastantes (vespertino, noturno, domingo e feriado), o elevado esforço físico, a multiplicidade de funções, o ritmo excessivo de trabalho, o desenvolvimento de tarefas desagradáveis, repulsivas e aterradoras podem elevar a tensão emocional que, acrescida à baixa remuneração e ao duplo vínculo empregatício, acabam gerando danos à saúde e favorecendo a ocorrência de acidentes ou até mesmo a morte prematura dos trabalhadores de enfermagem.

A equipe de enfermagem é responsável pelo maior número de trabalhadores nos estabelecimentos hospitalares, além disso, é a equipe responsável pelo atendimento pessoal e pela gestão do processo de saúde do paciente nas 24 horas. Por estas razões, é o conjunto de trabalhadores que mais sofre com a condição ambiental e insalubridade, situação que se reflete diretamente no índice de absenteísmo dessa população. Dessa forma, torna-se imprescindível compreender a dinâmica do absenteísmo na equipe de enfermagem (INOUE; MATSUDA; SILVA, 2008; MARTINATO et al., 2010).

Inoue, Matsuda e Silva (2008) reiteram ainda que a maioria das instituições hospitalares trabalha com um número limítrofe e, em alguns casos, até deficitário de pessoal de enfermagem, tornando o problema do absenteísmo ainda mais crítico na eficiência do trabalho.

Depreende-se que condições de saúde, condições de vida e trabalho e o número insuficiente de trabalhadores podem ser algumas das causas que levam ao absenteísmo desses profissionais. O inadequado número de profissionais gera impacto na saúde dos trabalhadores em decorrência do aumento na carga de trabalho, podendo contribuir para o desencadeamento de problemas de natureza física, sendo os distúrbios musculoesqueléticos os mais evidentes nos trabalhadores (MAGNAGO et al., 2007; SILVA; MARZIALE, 2000).

O absenteísmo pode levar ao aumento da carga de trabalho à equipe presente, a problemas na organização do trabalho gerando riscos à saúde do trabalhador que prejudicam a assistência de enfermagem prestada aos pacientes e indicam a existência de problemas preocupantes, quando relacionados às condições de saúde (BARBOSA; SOLER, 2003; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001; SILVA; MARZIALE, 2003; SILVA; MARZIALE, 2000).

Couto (1987) destaca que, dos diversos tipos de absenteísmos existentes, o mais importante é o absenteísmo por doença, visto o volume de ausências e, acima de tudo, por ser imprevisível. O absenteísmo por doença refere-se à ausência do trabalhador decorrente de problemas de saúde e, em ambientes hospitalares, sua ocorrência representa a principal causa de ausências não previstas. Além do impacto na vida do trabalhador, este problema tem se configurado como um importante comprometedor dos índices de rendimento e qualidade dos serviços prestados (GIOMO et al., 2009).

Sancinetti et al. (2011) comentam que a literatura atribui como principal tipo de absenteísmo a incapacidade por doença e os acidentes de trabalho que abrangem 75% ou a totalidade das ausências na indústria, sendo justificadas por atestados médicos, de acordo com as normas legais da Seguridade Social. A autora ainda comenta a existência de estudo que indica o uso do atestado médico como uma válvula de escape utilizada pelo trabalhador para fugir de situações indesejáveis, conflituosas ou até mesmo para demonstrar insatisfação no trabalho.

Investigações realizadas no Brasil, tendo como população selecionada os profissionais de enfermagem, obtiveram resultados semelhantes, sendo as justificativas, para a maioria das ausências ao trabalho, os atestados médicos (ALVES, 1996; PAVANI, 2000; BECKER; OLIVEIRA, 2008; FARIAS, 2003; FUGULIN, 2010; NASCIMENTO, 2003; LAUS; ANSELM, 2008; MATSUSHITA, 2003; POSSARI, 2001; ROGENSKI; FUGILIN, 2006; SANCINETTI et al., 2009).

No contexto internacional, pesquisa desenvolvida por Roelen et al. (2013) acompanhou durante um ano 1.582 enfermeiros noruegueses, buscando identificar a relação entre o absenteísmo e a satisfação com o trabalho, e o resultado evidenciou baixa satisfação possivelmente associada às maiores chances de ausência por doença.

White e Tonkin (1991) já reportavam problemas de estresse em equipes de enfermagem em UTIs na Austrália, demonstrando que os problemas psíquicos e psicológicos, nesse caso, expressos por casos de afastamento diagnosticado de estresse nessas equipes, constituem um fator de prejuízo de qualidade de serviço nas instituições estudadas. Dados semelhantes são reportados por Mudaly e Nkosi (2013), na África do Sul, e Schreuder et al. (2011), na Holanda.

No contexto nacional, estudos apontam as doenças osteomusculares, do aparelho respiratório e os transtornos mentais e comportamentais como os grupos

de doenças com maior impacto na quantidade de dias de afastamento do trabalho em enfermagem (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; GABRIEL et al., 2011; GONÇALVES et al., 2005; MARTINATO et al., 2010; SANCINETTI et al., 2009). Tais estudos enfatizam a relação de tais condições com o ambiente de trabalho e refletem a precariedade das condições laborais e a organização da dinâmica do trabalho em enfermagem.

Estudo realizado por Ferreira et al. (2012) relata taxas de 20,3% para poucos dias e 16,6% para períodos prolongados de absenteísmo por doença da equipe de enfermagem de três hospitais públicos, no município do Rio de Janeiro, considerada, segundo os autores, uma taxa alta se comparada à de outras áreas de trabalho e mesmo dentro da área de saúde.

O alto absenteísmo por doença também está relatado quase na totalidade dos trabalhos sobre absenteísmo consultados, tanto no âmbito nacional como internacional, relatando sempre alta taxa de afastamento por doenças osteomusculares e de ordem psíquica e psicológica (DAVEY et al., 2009; FERREIRA et al., 2012; GABRIEL et al., 2011; GONÇALVES et al., 2005; MAGNAGO et al., 2007; MARTINATO et al., 2010; PENOUYER, 2010; SCHREUDER et al., 2011).

Outro aspecto que envolve a preocupação dos gestores com este tema refere-se ao envelhecimento da população de trabalhadores, pois este tem sido um aspecto relevante nas sociedades modernas. Na Europa, estima-se que a população idosa cresça de 19% para 36% até 2050. No Brasil, o envelhecimento será mais intenso devido à diminuição das taxas de natalidade e mortalidade. Essa mudança no perfil da população irá levar ao envelhecimento da população trabalhadora e com isso ao crescimento de aposentadorias. Certamente, estratégias de monitoramento e promoção da capacidade do trabalho são de grande relevância e impacto em toda a sociedade (SAMPAIO; AUGUSTO, 2012).

Investigação conduzida por Gvozđ e colaboradores (2014), com o objetivo de caracterizar o perfil ocupacional dos trabalhadores de uma instituição universitária pública em fase de pré-aposentadoria, ressalta que o progressivo processo de envelhecimento no trabalho traz para as organizações uma nova realidade, onde é crucial a conscientização dos gestores quanto à necessidade de gerar soluções estratégicas e criativas para manter a capacidade de trabalho de seu quadro de funcionários, respeitando as limitações relativas à idade. E recomendam que as

organizações, inclusive as públicas, devem estar atentas ao desempenho de seus trabalhadores, seu processo de envelhecimento, sua satisfação e motivação no trabalho.

Além dos já citados problemas de rendimento e qualidade de serviços e os danos causados na vida do trabalhador, o absenteísmo por doença tem sido apontado como uma ocorrência que pode impactar nos aspectos financeiros das instituições, tanto para empresas, como para os órgãos governamentais como o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e previdência social, a partir da premissa de que os custos relativos ao quadro de pessoal são responsáveis por uma parcela importante do orçamento das organizações.

Junkes e Pessoa (2010) também apontam que o absenteísmo ocasiona gastos diretos (financeiros) e indiretos para a unidade hospitalar (rendimento) e que esses custos são consideráveis para os hospitais, pois financeiramente o gasto do absenteísmo por doença é maior que o salário pago ao trabalhador doente. Existem ainda o impacto na produtividade da equipe e, em alguns casos, os gastos com a reposição ou substituição temporária do trabalhador afastado. Esses autores, ao analisarem diversos estudos desenvolvidos com objetivo de avaliar os custos diretos e indiretos de absenteísmo, concluíram que os custos totais com os dias perdidos e as consequências causadas pelo afastamento superavam os U\$ 800.000 anuais em hospitais de grande porte, podendo, portanto, influenciar sobremaneira no orçamento dessas instituições.

No tocante aos problemas indiretos ocasionados pelo absenteísmo na área da saúde, Martinato et al. (2010) realizaram uma ampla pesquisa em bases de dados nacionais e internacionais, para entender o panorama desse assunto e suas consequências para a área. Os autores fizeram um levantamento de estudos sobre absenteísmo entre os anos de 2003 a 2008, nas principais bases de dados da área da saúde, e obtiveram que, de uma forma geral, os estudos apontaram para elevadas taxas de absenteísmo em equipes de enfermagem, sendo causadas na grande maioria por doenças ocupacionais e psíquicas. Na maioria dos ambientes relatados, essa alta taxa demonstrou contribuir para problemas de sobrecarga de equipe, necessidade de substituição constante, prejuízo de serviços oferecidos e alta rotatividade de funcionários. As principais soluções apresentadas foram estratégias de dimensionamento de profissionais e ações preventivas no

estabelecimento de melhores condições de trabalho, buscando minimizar o absenteísmo.

Sancinetti et al. (2011) investigaram o absenteísmo dos profissionais de enfermagem em um hospital público de ensino, buscando medir o impacto desses eventos no gerenciamento de recursos humanos da instituição. O estudo demonstrou uma taxa elevada para esses funcionários, alcançando o índice de 5,6% para os enfermeiros e 9,7% para técnicos/auxiliares de enfermagem oriundos principalmente de afastamentos por doenças e condições adversas de trabalho. O estudo conclui que essa taxa afetou a eficiência e também os custos de manutenção do departamento de recursos humano que foi onerado pela necessidade de processamento de documentação, seleção de substitutos e optou por reformular a política de contratação e melhoria de condições de trabalho, buscando com isso diminuir os custos relacionados a esse problema.

Costa, Vieira e Sena (2009) chegaram a resultados bastante semelhantes em um hospital-escola no Estado de Minas Gerais, onde também foram implementados novos processos de gerenciamento de recursos humanos e boas práticas relacionadas ao ambiente de trabalho. O mesmo resultado foi reportado em estudo na rede básica de saúde de Campinas, tendo concluído ainda que, para os técnicos e auxiliares de enfermagem, o absenteísmo é ainda mais grave do que o relatado com os enfermeiros (GEHRING JUNIOR et al., 2007).

Num ambiente hospitalar universitário, Fakih, Tanaka e Carmagnani, (2012) relataram problemas de eficiência e eficácia do tratamento ambulatorial e de enfermagem, ocasionados pela sobrecarga da equipe de enfermagem. Essa sobrecarga foi resultado do alto índice de absenteísmo da equipe, com taxas de ausência não programadas que chegaram a 15,3% e 30,1% para ausências programadas. O estudo conclui que essa taxa foi considerada muito alta para a equipe, principalmente se comparada a outros grupos de funcionários, ocasionando em déficit direto da eficiência do serviço.

Mininel et al., (2013), em pesquisa conduzida em um hospital universitário, analisaram a correlação da carga de trabalho, processos de desgaste, ambiente e absenteísmo em uma unidade de saúde na região Centro-Oeste do Brasil. O estudo concluiu que, além da taxa de afastamento ser considerada muito alta (chegando a 25%), a totalidade dos profissionais ausentes relatou problemas causados por cansaço físico e motor (doenças ocupacionais) ou problemas psicológicos

ocasionados pelo ambiente estressante e de pressão por resultados, evidenciando alto impacto da carga de trabalho nas taxas finais de absenteísmo da equipe analisada.

Resultados similares relacionando a carga de trabalho e o desgaste físico e psicológico ao aumento das taxas de absenteísmo foram encontrados em outros estudos com equipes de enfermagem de hospitais universitários, no Estado de São Paulo (REIS et al., 2003; SANCINETTI et al., 2009).

Ferreira et al. (2012) reportaram as principais causas do absenteísmo, em um hospital público no Rio de Janeiro, concluindo através do estudo, que, além das causas comumente apontadas, tais como ambiente desfavorável, pressão psicológica e baixa remuneração e motivação, um dos fatores que demonstrou ser grande causador de absenteísmo foi a jornada dupla de trabalho. Para os profissionais que declararam possuir mais de um trabalho em diferentes instituições, a taxa de doenças osteomusculares foi consideravelmente mais alta, acarretando diretamente numa maior taxa de afastamentos para consultas, tratamentos e licenças médicas remuneradas ou não.

Nessa direção, Silva (2011) realizou um estudo, em uma UTI de um hospital de ensino de grande porte de uma cidade do interior paulista, com objetivo de analisar o impacto da implantação de plantões de hora extra para a equipe de enfermagem no absenteísmo dos profissionais. A pesquisa avaliou as taxas, no período de dois anos, e identificou que, embora os valores tenham apresentado pequenas variações, houve uma mudança significativa no tipo de ausências apresentadas, com aumento importante no número de licenças- saúde apresentadas pelos trabalhadores.

Cacciari e colaboradores (2013), ao caracterizarem o perfil dos trabalhadores de enfermagem readaptados em um hospital-escola, apontaram que as relações de trabalho evidenciadas pela grande competitividade, pelos elevados níveis de exigência e produtividade são fatores que consequentemente promovem alterações no processo saúde-doença. E que as adversidades na organização e nas relações sociais do trabalho, ou seja, no modo com que ocorre o processo de trabalho, podem desequilibrar a relação saúde-doença, manifestada no nível de satisfação do trabalhador, causando o adoecimento físico e mental dos profissionais de enfermagem.

Na literatura internacional, o panorama não apresenta diferenças significativas no que diz respeito às altas taxas de absenteísmo e às causas desse fenômeno, principalmente em países em desenvolvimento. Mudaly et al. (2013) realizaram pesquisa buscando conhecer as causas do absenteísmo de enfermagem em um hospital, em Durban na África do Sul, para desenvolver ações que minimizassem o problema. Os resultados foram os já conhecidos na literatura nacional tais como falta de motivação, problemas pessoais, doenças ocupacionais, alta carga de trabalho, condições precárias do ambiente e baixos salários.

Belitta, Mbindyo e English (2013), em estudo desenvolvido sobre casos de absenteísmo em equipes de saúde em países em desenvolvimento, evidenciaram elevadas taxas de absenteísmo por doença, e também a ausência do conhecimento por parte das instituições das causas e dos prejuízos que esses eventos impõem para a instituição. Os autores propõem a implantação de estratégias de combate às causas-chave e a melhoria das condições salariais e ambientais das equipes para a solução do problema.

Já nos países desenvolvidos, os estudos, a respeito do absenteísmo, relataram motivos muito próximos aos encontrados no Brasil (DAVEY et al., 2009; SCHREUDER et al., 2011; SHAMIAN et al., 2003), porém tendem a extrapolar as variáveis causa e efeitos para a administração.

Estudo realizado na França por Moret et al. (2012) traça um paralelo entre o absenteísmo de enfermagem e a satisfação do paciente. Nesse estudo, mais de dois mil pacientes internados em um hospital público, pelo período de 7,5 dias em média, responderam a pesquisas de satisfação que foram comparadas com os números administrativos da equipe. Todas as pontuações de satisfação de pacientes foram significativas e negativamente correlacionadas com a taxa de absenteísmo de curta duração entre enfermeiros. O modelo estatístico aplicado considerou altamente significativo a relação entre as duas variáveis para o resultado final, indicando a necessidade do aprofundamento da compreensão desse assunto e do impacto de recursos humanos no atendimento do usuário final.

Daouk-Ovry et al. (2014) fizeram uma relação entre o absenteísmo e a alta rotatividade de funcionários em hospitais norte-americanos e europeus, concluindo que essas duas variáveis estão intimamente relacionadas, e quanto maior a taxa de absenteísmo, maior a taxa de “*turnover*” posterior. Os autores concluíram que tratar o absenteísmo como uma variável complexa e não isolada através de modelos

correlatos demonstra maior *performance* na solução do problema. Essa linha de pensamento também é defendida por Song et al. (1997), indicando modelos que correlacionem satisfação no trabalho, absenteísmos e “*turnover*”

Na Espanha, Blanca Gutierrez et al. (2012) apresentaram um modelo inovador de implantação de turnos diferenciados nas equipes de enfermagem, o que demonstrou contribuir sobremaneira para a queda dos índices de absenteísmo em um hospital público. O modelo visava à implantação de novos sistemas de turnos rotativos, com a novidade de que tanto a distribuição do tempo quanto o planejamento e alocação de turnos foram feitos de acordo com as demandas da própria equipe. Essa atitude aparentemente simples criou um espírito participativo no grupo, motivou o melhor conciliamento com a vida pessoal dos trabalhadores e apresentou uma queda de 5.551 horas absolutas de ausência no semestre, para 3.289 horas.

O mesmo grupo de autores apresenta também a utilização de diversas ações efetivas para a melhoria desses índices elevados. Como principais modelos eficazes, os autores sugerem as intervenções cognitivo-comportamentais, exigindo o desenvolvimento de estudos preliminares com amostras para que possam fornecer resultados mais amplos e conclusivos. Os programas de gestão participativa das relações de trabalho, o apoio prestado pelo estilo de liderança participativo e a melhoria dos salários também podem obter reduções em tais indicadores (BLANCA-GUTIEEREZ, 2013).

Já Unruh et al. (2007) traçaram uma interessante correlação entre o absenteísmo das equipes de enfermagem com as limitações e sobrecargas de trabalho da mesma, relato de incidentes e até mortalidade de pacientes. O absenteísmo foi correlacionado ao uso de menos alternativas no serviço ao paciente, e o número de incidentes apresentou aumento quando o número de pacientes era maior. A pesquisa concluiu que o absenteísmo ou o aumento do número de pacientes separadamente não indicaram aumento significativo de incidentes e mortalidade, porém quando os dois fenômenos acontecem concomitantemente o aumento da mortalidade foi estatisticamente significativo.

Nesse contexto, merece, então, destaque o ambiente das UTIs que segundo apontam Inoue, Matsuda e Silva (2008, p. 209) são ambientes ainda mais delicados e pelo próprio conceito nasceram da “necessidade de aperfeiçoamento e de recursos para atendimento a pacientes críticos”.

Para Carneiro e Fagundes (2012, p.85),

O processo de trabalho em enfermagem na UTI é caracterizado por tarefas complexas, que exigem habilidades e conhecimentos tecnocientíficos atualizados para garantir a tomada de decisões imediata e segura voltada para a recuperação do usuário. Essas tarefas costumam exigir esforço físico das trabalhadoras, posições incômodas e ritmo acelerado.

A UTI é, portanto, um ambiente onde o atendimento médico e o de enfermagem são ininterruptos e especializados, dispõe de infraestrutura especializada e recursos humanos altamente treinados, sendo considerada uma das mais complexas atividades do sistema de saúde. Para os trabalhadores desse tipo de unidade, a exposição à dor e ao sofrimento humano é ainda mais alta, além de maior expectativa de produtividade com qualidade, o que muitas vezes aumenta o absenteísmo (CARNEIRO; FAGUNDES, 2012; CASTRO; BERNARDINO; RIBEIRO, 2008; INOUE; MATSUDA; SILVA, 2008).

Para UTIs, a literatura demonstra o mesmo padrão de causas de absenteísmo, mas nesses ambientes o tempo de afastamento e os problemas de sobrecarga e dificuldade de alcance de eficiência demonstram ser ainda mais críticos. Nesse ambiente, as causas do absenteísmo apresentam grande variedade, tornando difícil concluir a principal fonte desse problema, impedindo a adoção de uma ação focada e demonstrando a necessidade latente de maiores e mais aprofundados estudos sobre o absenteísmo para este grupo de trabalhadores da saúde (CASTRO; BERNARDINO; RIBEIRO, 2008; INOUE; MATSUDA; SILVA, 2008).

Tais características permitem afirmar que o trabalhador de enfermagem, ainda mais os especializados em UTI, é o que mais sofre com condições inadequadas por se apresentar, em maior proporção de tempo exposto ao ambiente de trabalho insalubre e penoso que é o hospital. Estes profissionais, sobretudo nas organizações públicas, apresentam altos índices de absenteísmo, principalmente quando há um inadequado quantitativo de funcionários (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; SANCINETTI et al., 2011; SILVA; MARZIALE, 2003).

Shimizu (1996) verificou que a equipe de enfermagem das UTIs vivenciava permanentemente sentimentos de angústia intensa decorrente do medo de que algo errado pudesse acontecer com os pacientes e, que além das dificuldades relativas à complexidade técnica da assistência aos pacientes, diariamente estavam presentes,

no ambiente de trabalho, múltiplas exigências, tanto dos pacientes, como dos familiares e médicos.

Carneiro e Fagundes (2012) também estudaram grupos de enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em UTIs, apresentando taxas de absenteísmo que chegaram a 30% para auxiliares e técnicos, e até 46% para enfermeiros. Distúrbios psicológicos e psiquiátricos apresentados pela equipe foram as causas da maioria dos afastamentos, motivando um trabalho focado de psicologia e motivação junto à equipe pesquisada. A carga psicológica e de estresse em equipes de enfermagem já era apontada em antigo estudo de White e Tonkin (1991), indicando a necessidade de atenção especial às equipes destas unidades.

Por todos esses complexos motivos, o monitoramento do absenteísmo do pessoal de enfermagem é um indicador relevante para o desenvolvimento da estimativa mais compatível com o quantitativo necessário para cobertura dessas ausências. Este indicador muitas vezes deixa de ser utilizado devido a sua complexidade e, por consequência, tem-se muitas vezes dimensionamento inadequado, com impacto direto sobre a qualidade da assistência prestada (SANCINETTI et al., 2011).

Todavia, apesar de ser um tema emergente em estudos realizados no contexto de saúde e na enfermagem, investigações sobre o absenteísmo precisam ser incrementadas, principalmente no Brasil (APPOLINÁRIO, 2008; MARTINATO et al., 2010; REIS et al., 2003).

Pela abrangência e importância do assunto, o estudo da saúde do trabalhador, as condições e os riscos de trabalho têm tomado mais atenção dos estudiosos, apesar de ainda ser carente de pesquisas formais. Nesse contexto, chegou-se à conclusão de que também é necessário dar mais atenção ao fator de envelhecimento da força de trabalho e suas relações com a capacidade de trabalho dessa população, uma vez que essa está associada à fadiga do trabalhador, decorrente das condições de trabalho (MONTEIRO et al., 2011).

2.2 Capacidade para o trabalho

O marco teórico sobre capacidade para o trabalho é da década de 1980, quando o *Finnish Institute of Occupational Health* (FIOH - Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional) inicia o desenvolvimento de estudos a fim de consolidar a política de saúde ocupacional que abordasse as consequências do envelhecimento da população trabalhadora. Este envelhecimento decorre da combinação de demandas físicas, mentais, sociais do trabalho, gerenciamento, cultura organizacional e ambiente de trabalho (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

A partir dos estudos realizados pelo FIOH, foi possível compreender que a capacidade para o trabalho é uma condição resultante da combinação entre recursos humanos em relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, cultura organizacional e ambiente de trabalho. Esse conceito foi expresso como:

quão bem está, ou estará, um (a) trabalhador (a) presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais (TUOMI et al., 1997).

A capacidade para o trabalho é resultante de um processo dinâmico entre recursos do indivíduo em relação ao seu trabalho, sofre influência de diversos fatores, como aspectos sociodemográficos, estilo de vida, processo de envelhecimento, exigências do trabalho e saúde que é considerada como um dos seus principais determinantes (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

Após uma década de realização de estudos, pesquisadores finlandeses criaram uma ferramenta para quantificar a capacidade para o trabalho: o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Ele tem sido utilizado como um apoio aos serviços de saúde ocupacional, pois permite identificar a capacidade para o trabalho e o envelhecimento funcional (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009; METZNER; FISCHER, 2001).

O ICT também possibilita identificar precocemente o declínio na capacidade para o trabalho, seguir os efeitos de medidas preventivas e de reabilitação e avaliar a incapacidade para o trabalho (TUOMI et al., 2005). Instituições e sociedades que desenvolvem programas de promoção de capacidade para o trabalho têm

apresentado aumento na eficiência no trabalho e no tempo efetivamente trabalhado, redução do absenteísmo e diminuição dos custos, o que eleva a competitividade da empresa (BERGSTROM, et al., 1998).

Isso reforça a importância de estudos sobre o perfil dos recursos humanos em saúde, ancorada na necessidade de se conhecer a condição dos trabalhadores nas instituições, de maneira a se discutirem estratégias de intervenção precoces.

A União Europeia desenvolveu um estudo que acompanhou de 2002 a 2005 cerca de 38.000 enfermeiros de 10 países, sendo observada a diminuição da capacidade para o trabalho com o aumento da idade e concluiu que a capacidade para o trabalho é um fator que os gestores devem considerar como parte de suas estratégias globais para aumentar a retenção de enfermagem (CAMERINO et al., 2006).

A primeira tradução do ICT para língua portuguesa realizada no Brasil foi baseada na versão em inglês de 1994 e tem sido utilizada para avaliação da capacidade para o trabalho, em diferentes categorias profissionais. Em 1998, uma nova versão do instrumento foi publicada na língua inglesa e traduzida no Brasil, em 2005 (TUOMI et al., 1997; TUOMI et al., 2005).

A validade e a confiabilidade da versão brasileira foram verificadas por Martinez, Latorre e Fischer (2009) que encontraram propriedades psicométricas satisfatórias, quando ao construto, critério e confiabilidade.

Monteiro et al. (2006), ao estudarem 651 servidores de uma instituição pública brasileira, utilizando a metodologia ICT, concluíram que envelhecimento progressivo, o baixo nível de educação e o trabalho de longa duração na instituição estudada estavam relacionados a uma redução na capacidade para o trabalho, o que aumenta o risco de incapacidade para o trabalho ou aposentadoria precoce.

Fernandes e Monteiro (2006) utilizaram a metodologia ICT em um grupo de 190 trabalhadores de uma indústria de Tecnologia da Informação, comparando o ICT dos colaboradores efetivos e dos estagiários e encontrando o ICT ótimo em menor prevalência entre os estagiários.

Martinez, Latorre e Fischer (2009) investigaram a capacidade para o trabalho de 475 trabalhadores do setor elétrico, obtendo uma média do ICT de 41,8 pontos. Já Sampaio et al. (2009) avaliaram o ICT de 108 trabalhadores em uma empresa de transporte coletivo, encontrando em 89% dos casos a capacidade para o trabalho como boa ou ótima.

Na área da saúde no Brasil, Chillida (2003) avaliou a capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem que trabalhavam em período noturno em um hospital universitário e encontrou ICT baixo em 2,6% dos profissionais, moderado em 25,6%, bom em 47,4% e ótimo em 24,4%. As lesões por acidente de trabalho foram o grupo de doenças com diagnóstico médico de maior prevalência nesse grupo, em 31,1% dos sujeitos, seguido pelas doenças musculoesqueléticas.

A investigação conduzida por Duran e Cocco (2004), com objetivo de avaliar a capacidade para o trabalho entre profissionais de enfermagem de um serviço de urgência, verificou que o ICT foi moderado em 13,2% da população investigada, 40,9%, bom e 45,9%, ótimo. As doenças musculoesqueléticas também foram as mais frequentes.

Em 2011, Silva Júnior e colaboradores desenvolveram uma investigação com objetivo de estimar a validade e a confiabilidade do instrumento para aplicação na equipe de enfermagem e concluíram que o mesmo apresentou propriedades psicométricas adequadas, referendando sua aplicabilidade em pesquisas na área da saúde ocupacional.

Silva (2011) analisou ICT da equipe de enfermagem de um hospital universitário composta por 117 trabalhadores, com média de idade de 39,4 anos, com predomínio do sexo feminino e de auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo encontrado ICT médio de 39,6 pontos e 35% da população com ICT moderado ou baixo.

Hilleshein (2011), ao avaliar ICT em 93 enfermeiros de um hospital universitário com média de idade de 41,7 (dp = 9,0) anos, encontrou escore médio do ICT de 40,1 (dp = 3,7), indicando boa capacidade para o trabalho.

Monteiro et al. (2011), ao analisarem a capacidade para o trabalho de 241 auxiliares de enfermagem de uma instituição pública de saúde, encontraram associação em relação à idade (os mais velhos), ao tempo de trabalho na instituição (o mais antigo) e à capacidade para o trabalho atual.

O estudo desenvolvido por Silva Junior et al. (2011), em que foram avaliados 1.436 trabalhadores da equipe de enfermagem (28,4% eram enfermeiros, 20% técnicos e 51,6% auxiliares de enfermagem) com média de idade de 40 anos (dp= 12,7 anos), variando de 16 a 70 anos, encontrou alta prevalência de capacidade inadequada para o trabalho, sendo que esta ocorrência atingia cerca de 40% dos trabalhadores de enfermagem da instituição hospitalar. Os autores consideraram a

metodologia adequada para o cenário brasileiro e recomendaram a realização de outros estudos, para que programas preventivos e de promoção à saúde possam ser implementados, particularmente em unidades que se caracterizam por condições de trabalho mais adversas.

Carmerino et al. (2006) relataram que, em 10 países europeus, os ICTs de enfermeiros se mostraram mais baixos entre os trabalhadores de mais de 45 anos. Em todos os países analisados no estudo, o baixo ICT está associado à intenção de abandonar a enfermagem e trocar de área, principalmente entre os enfermeiros mais novos.

Silva (2011) também afirma que se essa perda de capacidade de trabalho se reflete na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem tendendo à desmotivação, por outro lado, a satisfação no ambiente de trabalho e o aumento da capacidade de trabalho fazem o trabalhador ter enfrentamento positivo diante da vida.

Por esse motivo, o investimento na melhoria e na manutenção da capacidade do trabalho pode prevenir a aposentadoria precoce e o surgimento de doenças ocupacionais, consequentemente reduzindo o absenteísmo. Para isso é necessária a realização de estudos sobre a população trabalhadora das instituições, implementação de políticas institucionais para sustentar a capacidade para o trabalho através de melhores condições e qualidade do ambiente de trabalho, além de encontrar funções alternativas para quem não é capaz de lidar em seu posto atual (CARMERINO et al., 2006).

Diante do exposto, deve-se considerar que as mudanças nas condições de vida e de trabalho e os desdobramentos advindos disto são de responsabilidade dos trabalhadores, dos gerentes e das instituições e, portanto, devem ser analisadas na perspectiva do gerenciamento de recursos humanos nas organizações.

Frente ao desafio de administrar os recursos humanos disponíveis, devido à escassez de pessoal e à problemática de saúde do profissional de enfermagem, considerando os estudos que apontam para a importância de um quantitativo de pessoal compatível com as necessidades dos pacientes frente às implicações, alguns questionamentos surgiram a respeito do quadro de profissionais de enfermagem existente em UTI de um hospital de ensino, entre eles:

- Como têm se comportado os índices de absenteísmo nas diferentes categorias de trabalhadores de enfermagem nesta unidade?

- Quais os tipos de absenteísmo identificado nestas categorias profissionais?
- Qual o índice de capacidade para o trabalho existente neste grupo de profissionais?

Por se considerar relevante a temática e a importância desse conhecimento para a gerência de enfermagem enquanto uma estratégia valiosa, no processo de negociação do provimento do seu quadro de pessoal para as unidades de cuidado intensivo, é que se propõe a realização do presente estudo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o índice de capacidade para o trabalho e a taxa de absenteísmo em profissionais de enfermagem

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar os trabalhadores de enfermagem, sujeitos do estudo, segundo dados sociodemográficos e ocupacionais;

Identificar a taxa de absenteísmo e o tipo de ausências dos profissionais de enfermagem;

Calcular o índice de capacidade para o trabalho destes trabalhadores.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, de corte transversal e descritivo. O método quantitativo visa a uma coleta sistemática de informações numéricas, resultante de mensuração formal que utiliza procedimentos estatísticos para a análise. É utilizado para descrever, testar relações e determinar causas. O caráter descritivo busca analisar um fenômeno de interesse, procurando descrevê-lo, classificá-lo e interpretá-lo, observando os aspectos de uma situação (POLIT; HUNGLER, 2004).

4.2 Cenário

O estudo foi realizado nos Centros de Terapias Intensivas (CTI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) um hospital de ensino, público e geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência. É referência no Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito municipal, estadual e nacional para o atendimento aos pacientes com problemas de saúde e situações específicas que demandam alta complexidade.

O complexo do HCFMRP-USP dispõe de três prédios: dois situados no *Campus* Universitário: Hospital das Clínicas-*Campus* (HC- *Campus*) e o Hemocentro e um situado na área central da cidade, onde funciona a Unidade de Emergência (UE).

O HCFMRP-USP é campo de ensino para estudantes de graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fonoaudiologia e Informática, realizados no *Campus* da USP. Também desenvolve campo de estágio para estudantes de pós-graduação, em nível de mestrado e doutorado, dos vários cursos da Universidade de São Paulo (USP).

A instituição dispõe de 692 leitos na Unidade *Campus* e 211 leitos na Unidade de Emergência. A UE funciona em regime de plantão permanente, sendo referência, prioritariamente terciária, para pacientes em situação de urgência ou emergência médica.

Os CTIs do HCFMRP-USP possuem duas unidades: *Campus* e UE. As duas unidades são voltadas para o atendimento exclusivo de pacientes adultos, de diferentes especialidades médicas e submetidos a tratamento clínico e cirúrgico e, segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde de classificação destas unidades, de acordo com a incorporação tecnológica, especialização de recursos humanos e área física, são consideradas UTIs tipo III (BRASIL, 1998).

O CTI-*Campus* possui 14 leitos e atende pacientes que foram submetidos a procedimentos eletivos, tais como transplantes; cirurgias bariátricas, neurocirurgias entre outras. A unidade apresentou, em 2013, uma taxa de ocupação de 88,4%, com 608 internações. O CTI-UE dispõe de 16 leitos e nele são internados pacientes em situação de urgência e emergência, incluindo politraumatismos. E apresentou taxa de ocupação de 98,6%, com 422 internações USP (2013).

4.3 População

A população foi constituída por trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) que atuam nos CTIs que concordaram em participar de forma voluntária do estudo, registrando sua autorização no Termo de Consentimento que foi fornecido pelo pesquisador.

De acordo com dados fornecidos pelo Centro de Recursos Humanos da instituição, a unidade do *Campus* conta com 14 enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem e 31 auxiliares de enfermagem. Na UE, são 20 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 53 auxiliares de enfermagem. Isto totalizou 130 profissionais.

Foram incluídos no estudo os profissionais de enfermagem que estavam trabalhando no período da coleta de dados e excluídos aqueles fora do trabalho neste período, seja por afastamento, férias, folgas e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

A instituição conta com dois regimes de contratação dos colaboradores: pelo HCFMRP/USP, por concurso público estadual, para um contrato de trabalho cuja jornada é de 30 horas semanais; e por meio de processo seletivo público, com contratação pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do HCFMRP-USP, uma entidade de caráter privado, sem fins lucrativos e com autonomia administrativa e financeira, anexo ao HCFMRP-USP, regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e cuja carga horária semanal é de 36 horas.

Além da jornada estabelecida pelo contrato de trabalho, a instituição implantou a realização de plantões extras, com duração de 12 horas ininterruptas. Tal medida foi regulamentada pelo Decreto nº 50.501, de 31 de janeiro de 2006 do governo do Estado de São Paulo, que fixou para os órgãos e entidades a implantação de plantões/mês para as categorias profissionais de enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico e auxiliar de enfermagem. Posteriormente, foi estendida para a categoria profissional dos técnicos de enfermagem, regulamentada pelo Decreto nº 58.303, de 15 de agosto de 2012.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

O momento da aplicação dos instrumentos de coleta foi definido conforme disponibilidade do participante e da gestão da unidade. A coleta de dados foi realizada utilizando-se questionários autoaplicáveis entregues aos participantes durante o plantão de trabalho, nos três turnos (manhã, tarde e noite). A abordagem era realizada de forma individual e em local reservado e apresentado pelo pesquisador. Havendo concordância na participação, os instrumentos eram entregues, ficando o mesmo à disposição para esclarecimentos.

Ao término do preenchimento, era realizada uma conferência conjunta e existindo alguma questão em branco, era solicitado ao participante que realizasse uma revisão. O tempo médio da aplicação do instrumento foi de 10 minutos.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2014.

O cálculo do absenteísmo da equipe de enfermagem das unidades selecionadas foi realizado a partir das informações geradas pelo Centro de Recursos

Humanos do HCFMRP-USP e pela observação das escalas de folga e livros de registro das unidades.

O levantamento do quantitativo de pessoal existente, referente ao período de janeiro a dezembro de 2013, também foi realizado por meio da consulta às escalas mensais, obtendo-se, assim, os dados para determinação do quantitativo médio de trabalhadores por unidade e categoria profissional.

4.5 Instrumentos e medidas

Utilizaram-se três instrumentos selecionados previamente para a coleta de dados.

O primeiro instrumento foi um formulário desenvolvido pelo pesquisador (Apêndice A), contendo a caracterização dos participantes, dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade) e ocupacionais (categoria profissional, tempo de serviço, tempo na função, tipo de vínculo, turno de trabalho e tempo na unidade).

O segundo instrumento foi o questionário Índice de Capacidade para o Trabalho (Anexo A) desenvolvido e validado por pesquisadores do FIOH que acompanhou mais de 6 mil trabalhadores naquele país, de 1981 a 1992, com o objetivo de promover saúde e capacidade para o trabalho de trabalhadores em envelhecimento (TUOMI et al., 2005).

O ICT é um instrumento que permite avaliar a capacidade para o trabalho a partir da percepção do próprio trabalhador, por meio de dez questões sintetizadas em sete dimensões com escore numérico:

(1) capacidade para o trabalho atual e comparada com a melhor de toda a vida - escore de 0 a 10 pontos;

(2) capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho, fornecidas por duas questões sobre a natureza do trabalho (físico, mental ou misto), com número de pontos ponderados - escore de 2 a 10 pontos;

(3) número atual de doenças autorreferidas e diagnosticadas por médico, com uma questão contendo uma lista de 51 doenças, sendo contadas apenas

doenças diagnosticadas pelo médico - escore de 1 (5 ou + doenças) a 7 pontos (nenhuma doença);

(4) perda estimada para o trabalho devido a doenças, com uma questão - escore de 1 a 6 pontos;

(5) faltas ao trabalho por doenças, nos últimos 12 meses, com uma questão sobre o número de faltas, categorizadas em cinco grupos - escore variando de 1 a 5 pontos;

(6) prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho daqui a dois anos, com uma questão com escore de 1, 4 ou 7 pontos; e

(7) recursos mentais, a partir de um escore de 1 a 4 pontos, obtido pela ponderação das respostas de três questões.

Os resultados das sete dimensões fornecem uma medida da capacidade para o trabalho que varia de 7 a 49 pontos, sendo observadas as seguintes categorias de capacidade para o trabalho: baixa (7 a 27 pontos), moderada (28 a 36 pontos), boa (37 a 43 pontos) ou ótima (44 a 49 pontos).

Silva (2011) comenta que a literatura sugere a pontuação diferenciada para trabalhadores menores de 30 anos: baixa de 7 a 36 pontos; moderada de 37 a 40 pontos; boa de 41 a 44 pontos e ótima de 45 a 49 pontos.

Para a coleta das ausências da equipe de enfermagem no ano de 2013, utilizou-se um terceiro instrumento composto por um relatório de dados extraídos dos relatórios gerados pela instituição e organizados em forma de tabela (Apêndice B).

Para cálculo da taxa de absenteísmo, optou-se pela utilização do método proposto por Gaidzinski et al. (2008):

$$A_k \% = \left(\frac{\sum_i a_{k,i}}{D - \sum_i a_{k,i}} \right) \cdot 100$$

Sendo:

$A_K\%$: percentual de ausências não previstas por categoria profissional

Σa_{ki} : somatório dos dias médios de ausências não previstas, segundo os tipos de ausências i (faltas, licenças e suspensões) por categoria profissional K (enfermeiro, nível médio).

D : dias no ano, 365 dias.

4.6 Análise de dados

A inserção dos dados para composição do banco de dados foi realizada no programa Microsoft Office Excel/2007. No processo de digitação, optou-se por uma validação via dupla digitação. Dessa forma, todos os questionários da pesquisa foram digitados e redigitados. Caso houvesse discordância, o pesquisador realizava a correção utilizando como base o respectivo questionário. Os dados foram processados pelo programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 15.0 for Windows.

Foi utilizada análise descritiva, sendo que as variáveis categóricas foram submetidas à análise de frequências simples e as contínuas analisadas segundo a medida de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão).

5. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi encaminhado inicialmente à Diretoria Médica e Diretoria de Enfermagem das CTIs do HCFMRP-USP e, após apreciação, recebeu permissão para seu desenvolvimento. A seguir, foi submetido para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e do HCFMRP-USP, enquanto instituição coparticipante, sendo aprovado sob protocolo CAAE 20893313.5.0000.5393 e Parecer número 512.141 (Anexo B).

Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). O projeto de pesquisa foi realizado de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/12 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período deste estudo, as duas unidades de CTI possuíam 130 trabalhadores de enfermagem, dos quais 28 (21,5%) não participaram pelos seguintes motivos: 8 recusaram, 10 estavam em férias e 10 estavam afastados por licença-saúde.

6.1 Caracterização da população

A população do estudo foi composta por 102 sujeitos, com média de idade de 37,58 anos (dp 9,16). O trabalhador mais jovem possuía 22 anos, e o mais velho, 62 anos. A distribuição da faixa etária em anos da equipe de enfermagem das duas unidades é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária em anos da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	CTI HCFMRP- USP					
		Campus		UE		Total	
		N	%	N	%	N	%
Faixa etária (anos)	22 a 29	11	23,4%	11	20,0%	22	21,6%
	30 a 39	21	44,7%	21	38,2%	42	41,2%
	40 ou mais	15	31,9%	23	41,8%	38	37,3%
Total		47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%

A idade da população estudada é semelhante à de outros estudos que analisam capacidade para o trabalho ou absenteísmo em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. Vasconcelos et al. (2011) obtiveram idade mínima de 23 e máxima de 65 anos; Silva (2011) obteve de 22 a 63 anos; Sancinetti et al. (2011) obtiveram de 23 a 62 anos. A maioria dos trabalhadores encontra-se na faixa etária acima de trinta anos, o que pode ser entendido enquanto uma característica institucional de emprego público e estável.

Por volta dos 45 anos, com envelhecimento fisiológico, observa-se a diminuição da capacidade cardiorrespiratória, musculoesquelética, da memória e da velocidade do raciocínio. Estas mudanças podem ser agravadas por condições do trabalho e têm relação direta com a diminuição da capacidade para o trabalho (HILLESHEIN, 2011; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009).

O envelhecimento da população trabalhadora é um tema frequente nas sociedades modernas, e a velocidade do envelhecimento populacional brasileiro será ainda maior, tendo em vista que a diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade tem colaborado para o aumento de pessoas idosas e em idade produtiva. Sendo, portanto, necessário adotar estratégias para a manutenção de boas condições de saúde, capacidade para o trabalho, autonomia e integração social dos trabalhadores em processo de envelhecimento (SAMPAIO; AUGUSTO, 2012).

A idade é considerada um fator determinante da capacidade para o trabalho, uma vez que a deterioração da capacidade física e mental em decorrência do envelhecimento cronológico frequentemente tende a ser acompanhada de diversos tipos de doenças. Todavia, estudos realizados junto a trabalhadores finlandeses e brasileiros não identificaram relação linear, evidenciando a interferência de outros fatores nesta relação (VITTA et al., 2012).

Da mesma forma, o aumento da idade tem sido relacionado com a maior probabilidade de ausências ao trabalho (FERREIRA et al., 2012). Os trabalhadores de enfermagem com idade superior a 40 anos têm apresentado maiores taxas de absenteísmo por doença, o que reforça a necessidade de ações para manutenção da capacidade para o trabalho (RIBOLDI, 2008; SANCINETTI et al., 2009).

Com relação ao sexo, 78 sujeitos (76,5%) são do sexo feminino, dado que demonstra uma composição da população semelhante aos padrões da equipe de enfermagem brasileira, com predomínio do feminino (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOI, 2009; SILVA 2011). A distribuição do sexo da equipe de enfermagem das duas unidades é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição por sexo da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	CTI HCFMRP- USP					
		Campus		UE		Total	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	10	21,3%	14	25,5%	24	23,5%
	Feminino	37	78,7%	41	74,5%	78	76,5%
Total		47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%

No Brasil, a força de trabalho do setor saúde é composta predominantemente por mulheres. Neste contexto, o contingente feminino tem representado cerca de 70% dos trabalhadores da saúde e, particularmente na enfermagem, este percentual pode chegar a 90% (MACHADO et al., 2012).

Por se tratar de trabalho predominantemente feminino, a jornada não se encerra ao final de um plantão, estendendo-se ao trabalho doméstico, atenção e cuidados dos filhos e, muitas vezes, a outros vínculos empregatícios (SILVA, 2011).

As mulheres têm maior risco de perda da capacidade para o trabalho e isto decorre da exposição a piores condições de trabalho e salário, quando comparadas aos homens e pela dupla jornada (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009). Estes fatores, também, são indicados como responsáveis por maiores índices de absenteísmos observáveis em trabalhadores do sexo feminino (FERREIRA, 2011).

No quesito escolaridade, pode-se observar que 49 (48%) sujeitos possuem nível superior. Isto decorre em razão de que muitos profissionais contratados como auxiliares e técnicos de enfermagem possuem também a formação no nível superior, mas nesta instituição investigada, exercem atividades conforme contrato de nível técnico. Na Tabela 3, são apresentados os dados sobre a distribuição por unidade da escolaridade da população estudada.

Tabela 3 – Distribuição por escolaridade da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	CTI HCFMRP- USP					
		Campus		UE		Total	
		N	%	N	%	N	%
Escolaridade (Ensino)	Fundamental	1	2,1%	1	1,8%	2	2,0%
	Médio	24	51,1%	27	49,1%	51	50,0%
	Superior	22	46,8%	27	49,1%	49	48,0%
Total		47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%

O elevado nível de escolaridade pode ser explicado pela finalidade do hospital, no qual a pesquisa foi realizada, que se constitui numa unidade voltada para o ensino e a pesquisa. Tais características também foram observadas no estudo de Silva (2011) que investigou o ICT e a fadiga de trabalhadores de enfermagem em hospital universitário, encontrando escolaridade elevada em 45% da população com nível superior.

A escolaridade tem sido apontada como uma relação positiva com a Capacidade para o Trabalho, pois o aumento do nível educacional associa-se com maior possibilidade de manter a Capacidade para o Trabalho (SAMPAIO; AUGUSTO 2012).

Com relação à distribuição da equipe que compôs este estudo segundo categoria profissional, foram obtidos 41 sujeitos contratados como auxiliares de enfermagem e 29 como técnicos de enfermagem. Na Tabela 4, são apresentados os dados referentes à distribuição por categoria profissional.

Tabela 4 – Distribuição por categoria profissional da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	CTI HCFMRP- USP					
		Campus		UE		Total	
		N	%	N	%	N	%
Categoria profissional	Aux. Enferm.	15	31,9%	26	47,3%	41	40,2%
	Téc. de Enferm.	17	36,2%	12	21,8%	29	28,4%
	Enfermeiro	15	31,9%	17	30,9%	32	31,4%
Total		47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%

Embora se considere que a cada uma das categorias profissionais (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem) corresponde um processo de formação próprio, que pressupõe um conjunto distinto de atividades, na prática profissional nas unidades investigadas, verifica-se que realizam o mesmo trabalho, não havendo distinção nas ações ou intervenções que ambos os profissionais executam.

Camelo (2012) também argumenta que os trabalhadores de enfermagem têm graus de formação diferenciados (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros), seguem modelo de trabalho com divisão por tarefas, garantindo ao enfermeiro o papel de detentor do saber e de controlador do processo de trabalho. Neste contexto, o enfermeiro deve avaliar o paciente, planejar a assistência, supervisionar os cuidados, bem como ser o responsável por tarefas burocráticas e administrativas.

A prestação de cuidados ao paciente em UTI é atividade distribuída entre todos os membros da equipe de saúde e, dessa forma, também é uma atribuição do enfermeiro (Camelo, 2012). Além do cuidado, cabe ao enfermeiro a função de organizar e planejar as ações de enfermagem, durante o seu turno e, muitas vezes, do turno do colega (MARTINS et al., 2009).

A Lei do Exercício Profissional nº7498/86 relata que são atividades privativas do enfermeiro prestar cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos e, ainda, capacidade para tomar decisões imediatas. Compete ao enfermeiro, privativamente, prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves, com risco de vida (COFEN, 2002).

De acordo com a Resolução COFEN nº. 293/2004 (COFEN, 2004), o quadro de profissionais de enfermagem deve basear-se em características relativas à instituição, ao serviço de enfermagem e à clientela. Nos CTIs, os cuidados de enfermagem devem ser prestados segundo a proporção de 52 a 56% por enfermeiros e os demais por técnicos de enfermagem.

Dada a complexidade das ações de enfermagem no âmbito do CTI, é de extrema importância a preocupação com o preparo dos profissionais de enfermagem para entendimento e domínio de técnicas e práticas associadas às tecnologias presentes na unidade. O aparato tecnológico envolvido exige do colaborador conhecimentos prévios que promovam assistência ética, segura e de qualidade (SILVA ; FERREIRA, 2013).

Com relação ao tempo de serviço, 56 sujeitos (54,9%) possuem menos de 10 anos de atuação, dado diferente do encontrado por Silva (2011) que também estudou o ICT de profissionais de enfermagem de uma instituição hospitalar pública de ensino, encontrando predomínio de profissionais com mais de 10 anos de trabalho na instituição. Os dados referentes ao tempo de serviço são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição do tempo de serviço em anos da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	CTI HCFMRP- USP					
		Campus		UE		Total	
	Tempo em anos	n	%	N	%	n	%
Tempo de serviço	<5	9	19,1%	16	29,1%	25	24,5%
	5 a 9	17	36,2%	14	25,5%	31	30,4%
	≥10	21	44,7%	25	45,5%	46	45,1%
	Total	47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%
Total		47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%

Estudo de Laus e Marques (2013), realizado na mesma instituição, em que foram identificados os motivos referidos pelos trabalhadores de enfermagem no momento de seu desligamento, verificou que a categoria profissional com maior movimentação foi a dos enfermeiros, em razão de serem recrutados para trabalhar em outra empresa, mudança de cidade para residência e baixos salários. Em várias situações, estas causas estavam correlacionadas. Em relação aos auxiliares e técnicos de enfermagem, as causas mais frequentes foram mudança de cidade, o recrutamento por outra empresa e mudança de profissão.

No trabalho citado, o pesquisador analisou os desligamentos da instituição no período de 2000 a 2011, sendo que, neste intervalo, 919 trabalhadores de enfermagem se desligaram, dos quais 28,5% eram enfermeiros, 11,0%, técnicos de enfermagem e 60,5%, auxiliares de enfermagem. O tempo de trabalho dos enfermeiros demitentes, na sua maioria foi de 1-5 anos; os técnicos e os auxiliares de enfermagem trabalharam na instituição entre 5-10 anos.

A rotatividade no quadro de trabalhadores de saúde hospitalar representa um grande problema enfrentado pelos gerentes de enfermagem e implica significativamente na qualidade do cuidado e também nos custos para a instituição. A perda de profissionais afeta a qualidade do cuidado prestado e aumenta o

investimento necessário para a contratação de um novo trabalhador, o desligamento de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem compromete a qualidade da assistência prestada aos pacientes (NOMURA; GAIDZINSKI, 2005).

De acordo com Martinez, Latorre e Fischer (2009), a capacidade para o trabalho está relacionada com o tempo no emprego ou na profissão uma vez que, quanto maior o tempo que o trabalhador está exposto às exigências do trabalho, maior poderá ser o envelhecimento funcional, pode também estar correlacionado ao envelhecimento cronológico.

Com relação ao tempo de função, observa-se que 61 sujeitos (59,8%) desempenham a função atual por período inferior a 10 anos e 31 (30,4%), por período inferior a 5 anos. A distribuição da variável tempo de função em anos da equipe de enfermagem é apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição do tempo de função em anos da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	CTI HCFMRP- USP					
		Campus		UE		Total	
		n	%	N	%	n	%
Tempo na função	<5	11	23,4%	20	36,4%	31	30,4%
	5 a 9	17	36,2%	13	23,6%	30	29,4%
	≥10	19	40,4%	22	40,0%	41	40,2%
	Total	47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%
Total		47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%

O tempo de trabalho no CTI é inferior a 5 anos para 52 sujeitos (51%) da população, o que representa um percentual significativo do quadro de colaboradores com pouco tempo de trabalho na unidade e pode indicar grande processo de evasão dos profissionais de enfermagem, fenômeno que também é observado em outros contextos, em que os profissionais de enfermagem buscam melhores ambientes de trabalho, menores proporções paciente/enfermeiro e recursos que propiciem a prática de suas funções, com satisfação e segurança (MENDES et al., 2011). O tempo de trabalho é apresentado na Tabela 7.

A implantação de planos de cargas e salários tem-se tornado uma estratégia de retenção de profissionais nos diversos ramos produtivos, todavia, não se tornou

uma prática no processo de gestão de pessoas nas organizações de saúde (FILAMOR et al., 2010).

Tabela 7 – Distribuição do tempo de trabalho na unidade em anos da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	CTI HCFMRP- USP					
		Campus		UE		Total	
		n	%	N	%	n	%
Tempo na unidade	<5	26	55,3%	26	47,3%	52	51,0%
	5 a 9	9	19,1%	12	21,8%	21	20,6%
	≥10	12	25,5%	17	30,9%	29	28,4%
	Total	47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%

Com relação à jornada semanal de trabalho, 73 (71,6%) participantes da pesquisa cumprem 30 horas semanais. O regime de contratação prevê revezamento na escala de plantões, todavia 43 (42,2%) participantes da pesquisa trabalham mais frequentemente no período diurno, 28 (37,3%), no noturno e 21 (20,6%) realizam revezamento no plantão diurno e noturno. A fixação dos plantões é uma política interna da unidade, busca satisfação do colaborador e viabilidade da escala.

Chillida (2003) relata estudo realizado com a equipe de enfermagem de um hospital-escola de grande porte da cidade de São Paulo submetida a turnos fixos noturnos de 12 horas de trabalho, seguidos por 36 horas de descanso, nos quais foi observado que quanto menor o ICT, maior a projeção da fadiga sobre o corpo, o que demonstra o impacto das jornadas não somente nos aspectos da saúde, mas para a percepção de alerta, ao longo das horas de trabalho do profissional.

A distribuição da equipe de enfermagem, segundo turno de trabalho, está apresentada na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição do turno de trabalho da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	CTI HCFMRP- USP					
	Campus		UE		Total	
	N	%	n	%	N	%
Diurno	17	36,2%	26	47,3%	43	42,2%
Noturno	16	34,0%	22	40,0%	38	37,3%
Ambos	14	29,8%	7	12,7%	21	20,6%
Total	47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%

Entretanto, considerando a adoção pela instituição de adesão à realização de plantões extras, com duração de 12 horas ininterruptas, conforme política estabelecida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo aplicada às suas unidades de saúde, há de se considerar que um expressivo contingente de profissionais aderiu a esta expansão da carga horária mensal a ser realizada. Tal medida deve ser analisada com cautela, pois pode intensificar o declínio da Capacidade para o Trabalho.

O quantitativo de horas extras realizadas pelos profissionais de enfermagem das unidades investigadas está descrito na Tabela 9.

Tabela 9 - Quantitativo de horas extras realizadas pela equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014

		Total de plantões (dias)	Total de horas extras	horas / qde média pessoal	Média mensal hora extra	% superior a 120 horas / mês
Campus	Nível médio	586	7.032	339,7	28,3	23,6%
	Enfermeiro	373	4.476	613,1	51,1	42,6%
UE	Nível médio	699	8.388	286,3	23,9	19,9%
	Enfermeiro	356	4.272	356	29,7	24,7%
Total	Nível médio	1.285	15.420	308,4	25,7	21,4%
	Enfermeiro	729	8.748	453,3	37,8	31,5%

Verifica-se que no CTI-*Campus*, em relação à categoria dos enfermeiros, ocorreu em média um acréscimo de 42,6% na carga horária mensal deste profissional; enquanto para a categoria dos auxiliares e técnicos de enfermagem, este aumento foi de 23,6%. Quanto ao CTI da UE, o percentual foi próximo para o nível médio (19,9%) e inferior para os enfermeiros (24,7%).

Fischer et al. (2006) afirmam que a área da saúde, em decorrência de condições precárias de trabalho, jornadas extensas e/ou irregulares, pode afetar negativamente a capacidade para o trabalho.

Silva (2008), em investigação realizada nas UTIs desta mesma instituição, identificou um aumento no quantitativo de licenças-saúde e de faltas injustificadas da equipe de enfermagem, após implantação de plantões de hora extra, o que corrobora a afirmativa da literatura quanto aos danos advindos de extensas cargas horárias de trabalho na saúde dos profissionais.

6.2 Índice de capacidade para o trabalho

Na população estudada, a média do ICT foi de 39,62 pontos, desvio- padrão 6,11, sendo menor valor obtido 11 e o maior 49 pontos. Foram encontrados dois (2%) sujeitos que apresentaram baixa capacidade para o trabalho, ambos atuando no CTI *Campus*, atingindo pontuação de 11 e 27 pontos. Já a capacidade para o trabalho moderada foi assim autoavaliada por 26 (25,5%) sujeitos. As categorias boa e ótima somadas totalizam 70 sujeitos (72,6%). A distribuição da distribuição do ICT é apresentada na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição da capacidade para o trabalho da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	CTI HCFMRP- USP					
		Campus		UE		Total	
		n	%	n	%	N	%
Capacidade para o trabalho	Baixa	2	4,3%	-	,0%	2	2,0%
	Moderada	14	29,8%	12	21,8%	26	25,5%
	Boa	19	40,4%	24	43,6%	43	42,2%
	Ótima	12	25,5%	19	34,5%	31	30,4%
	Total	47	100,0%	55	100,0%	102	100,0%

Nota-se que 28 sujeitos (26,5%) apresentam capacidade para o trabalho inadequada, por apresentar ICT nas categorias baixa e moderada (KUJALA et al., 2005), sendo que a maior prevalência de trabalhadores com ICT inadequado está na unidade *Campus*.

O ICT médio da população pesquisada foi semelhante ao resultado obtido por Rotemberg et al. (2009) que avaliaram 1.194 trabalhadores de enfermagem, em dois hospitais brasileiros, e obtiveram ICT de 38,9 pontos. Entretanto esse estudo apresentou maior percentual de trabalhadores com capacidade para o trabalho inadequada, totalizando 38,9% da amostra.

Vasconcelos (2009) também encontrou média de ICT semelhante, com 38,1 pontos, ao avaliar 272 profissionais de enfermagem de um hospital público da região amazônica central. Nesse trabalho o ICT inadequado foi identificado em 40,8% dos sujeitos.

O estudo de Silva Junior et al. (2011) obteve uma alta prevalência de capacidade inadequada para o trabalho, sendo que a ocorrência atingia cerca de 40% dos trabalhadores de enfermagem da instituição estudada.

Por outro lado, a população avaliada apresentou melhores ICTs do que a descrita por Prochnowp et al. (2013) em seu estudo com 498 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, dos quais 43,3% de trabalhadores tinham reduzida capacidade para o trabalho.

Segundo Toumi (2005), trabalhadores que apresentem ICT inadequado devem receber orientação e apoio da gerência para melhoria e restabelecimento da capacidade para o trabalho e, dentre as várias medidas a serem adotadas, considerar a adoção de dietas balanceadas, prática de exercícios físicos, melhora da qualidade do sono, repouso e convívio social, bem como tratamento médico quando necessário.

Como medida gerencial, a instituição deve promover a correção dos riscos laborais que possam estar prejudicando a capacidade para o trabalho dos profissionais.

Com relação ao comportamento nas categorias do ICT, nota-se que, na categoria baixa capacidade para o trabalho, o primeiro sujeito apresentou 11 pontos, e o seguinte apresentou 27 pontos, o que representa situação-limite, uma vez que o escore nesta categoria segue intervalo de 7-27 pontos. Na categoria moderada capacidade para o trabalho (28-36 pontos), encontraram-se 26 sujeitos; dessa forma, somadas as categorias baixa e moderada capacidade pra o trabalho, tem-se 27,5% da população apresentando capacidade para o trabalho inadequada. A distribuição da pontuação alcançada por categorias está apresentada na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição da pontuação alcançada por categorias de capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	Pontuação	N	%
Capacidade para o trabalho	Baixa	11	1	1
		27	1	1
	Moderada	29	2	2
		30	3	2,9
		31	3	2,9
		32	4	3,9
		33	3	2,9
		34	3	2,9
		35	2	2
		36	6	5,9
	Boa	37	6	5,9
		38	4	3,9
		39	12	11,8
		40	3	2,9
		41	2	2
		42	6	5,9
		43	10	9,8
	Ótima	44	9	8,8
		45	5	4,9
		46	7	6,9
		47	4	3,9
		48	4	3,9
		49	2	2
Total		102	100	

Quando se buscou identificar o comportamento dos valores médios atingidos pelos escores do ICT nas categorias, verifica-se pequena variação do desvio-padrão das categorias moderada, boa e ótima. A categoria baixa apresenta alto desvio-padrão, entretanto não se trata de um aspecto relevante, dado que ela é composta somente de dois sujeitos.

Tabela 12 - Distribuição das categorias do ICT e valores médios obtidos pelos trabalhadores de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria ICT	Média	dp	Mínimo	Máximo	n
Campus	Baixa	19	11,31	11	27	2
	Moderada	33,07	2,62	29	36	14
	Boa	40,47	2,2	37	43	19
	Ótima	45,5	1,17	44	47	12
UE	Baixa	-	-	-	-	-
	Moderada	32,75	2,14	30	36	12
	Boa	39,88	2,15	37	43	24
	Ótima	46,05	1,84	44	49	19
Total	Baixa	19	11,31	11	27	2
	Moderada	32,92	2,37	29	36	26
	Boa	40,14	2,17	37	43	43
	Ótima	45,84	1,61	44	49	31

A distribuição do ICT, segundo categoria profissional, demonstra que o ICT inadequado foi prevalente na categoria auxiliar e técnico de enfermagem, nas duas unidades. Observa-se maior redução na capacidade para o trabalho no CTI-*Campus*, sendo que dois sujeitos apresentaram baixa e 14, moderada capacidade para o trabalho, quando comparada à UE, onde foram encontrados 12 sujeitos com moderada capacidade para o trabalho.

Tabela 13 - Distribuição do ICT segundo categoria profissional em trabalhadores de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	Categoria Profissional			
		Auxiliar de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	Total
Campus	Baixa	2	-	-	2
	Moderada	5	6	3	14
	Boa	6	7	6	19
	Ótima	2	4	6	12
	Total	15	17	15	47
UE	Moderada	7	4	1	12
	Boa	10	3	11	24
	Ótima	9	5	5	19
	Total	26	12	17	55

Em relação a esses valores distribuídos entre as categorias, Raffone e Hennington (2005) afirmam que se verificou uma tendência de aumentar a proporção de trabalhadores com boa capacidade para o trabalho, na medida em que melhora o nível de escolaridade, o que poderia auxiliar na compreensão dos resultados obtidos nessa análise.

Na presente investigação, a maior redução da capacidade para o trabalho foi observada nos técnicos e auxiliares de enfermagem, e estes dados corroboram os achados de Prochnow (2013). Isso pode ser decorrente das características inerentes a esses trabalhadores, classificados como trabalhadores passivos, caracterizados pela execução de rotinas diárias de tarefas e repetitividade de atividades que podem acarretar desinteresse pelo trabalho e são as situações mais nocivas à saúde e ao risco de adoecimento (PROCHNOW, 2013).

Já os enfermeiros desenvolvem o trabalho ativo, por possuir maior autonomia para a tomada de decisões, controle de suas próprias atividades e uso das habilidades, o que pode justificar a preservação da sua capacidade para o trabalho (ALVES 1994; KIRCHHOF, 2009; MAGNAGO et al., 2010; NEGELISKII, 2011).

Buscou-se, ainda, analisar os valores indicados pelo ICT segundo a distribuição por faixa etária da população investigada, e os dados estão apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição do ICT por faixa etária em trabalhadores de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP, Ribeirão Preto, 2014

Variável	Categoria	Faixa Etária (anos)							
		Campus				U E			
		22 a 29	30 a 39	≥40	Total	22 a 29	30 a 39	≥40	Total
Capacidade para o trabalho	Baixa		1	1	2	-	-	-	-
	Moderada	1	6	7	14	3	2	7	12
	Boa	5	8	6	19	5	12	7	24
	Ótima	5	6	1	12	3	7	9	19
	Total	11	21	15	47	11	21	23	55

No grupo mais jovem, foram observados 17 sujeitos com ICT ótima ou boa e somente quatro com moderada capacidade para o trabalho. Já entre os trabalhadores mais velhos, que possuem idade superior a 40 anos, foram encontrados 23 sujeitos que apresentam boa ou ótima capacidade para o trabalho. No CTI-UE, são observados melhores escores de ICT para trabalhadores com idade superior a 40 anos.

Segundo Monteiro et al. (2011), a força de trabalho da enfermagem está envelhecendo e gerando implicações que afetam o local de trabalho, sendo importante avaliar os riscos e especificações deste processo que incluem doenças, mudanças fisiológicas e fatores psicossociais.

Estudo conduzido por esse autor em uma população composta por 651 auxiliares de enfermagem, com idade média de 39,9 anos, no que diz respeito à capacidade para o trabalho, encontrou 34 indivíduos com capacidade inadequada para o trabalho (14,1%), não tendo sido possível identificar uma associação entre inadequada capacidade para o trabalho e sexo.

Camerino et al. (2006), em uma população constituída por enfermeiros italianos, obtiveram uma relação entre a idade, baixa capacidade para o trabalho e pensamentos de abandonar o trabalho ou realmente sair. A baixa capacidade para o trabalho foi um preditor de pensar em deixar o emprego dos enfermeiros com menos de 45 anos de idade e um preditor de abandono real da profissão entre enfermeiros com mais de 45 anos de idade.

O fato de haver altos percentuais de trabalhadores com boa e ótima capacidade funcional não exclui os esforços no sentido de promover e manter a

capacidade para o trabalho, pois estes trabalhadores alcançarão idade para aposentadoria aos 60 anos.

As condições de trabalho na UTI, num primeiro momento, poderiam ser consideradas insatisfatórias, entretanto são melhores muitas vezes quando comparadas com os demais setores do complexo hospitalar. Características da unidade como exemplo, o ambiente de trabalho refrigerado e o número de pacientes limitado por trabalhador, bem como estrutura física adequada e os equipamentos modernos disponíveis possibilitam maior disponibilidade e acesso a materiais e suprimentos necessários a um cuidado qualificado (RAFFONE e HENNINGTON, 2005).

O processo de trabalho em ambiente hospitalar, em especial nas instituições de ensino, são atividades de alta complexidade em decorrência do perfil dos pacientes internados, assim como tecnologia envolvida no cuidado (PROCHNOW, 2013). Entretanto pesquisadores não evidenciaram associação estatística significativa entre alta exigência de cuidados e redução da capacidade para o trabalho na enfermagem (NEGELISKII; LAUTERT, 2011; FISCHER et al., 2006).

A avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP resultou na média de 39,62 pontos, isto é boa capacidade para o trabalho. Todavia apresentam ICT baixo ou moderado 34,1% dos participantes que atuam no CTI *Campus* e 21,9% da equipe do CT-UE, o que demonstra um comprometimento da força de trabalho e requer atenção quanto à necessidade de intervenções para reestruturação da capacidade para o trabalho, tendo em vista os desdobramentos advindos desta situação para a assistência de enfermagem a ser dispensada por essa equipe de trabalhadores.

Nessa direção, buscou-se identificar a situação relativa ao absenteísmo da equipe de enfermagem das unidades investigadas, com vistas a se obter um panorama mais amplo a respeito da situação do quadro de trabalhadores.

6.3 Absenteísmo na equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP- USP

No CTI-UE, o quantitativo médio de pessoal é maior, entretanto, este índice não representa uma vantagem isolada já que a unidade apresenta dois leitos a mais

que a do CTI-*Campus*. Os auxiliares e técnicos de enfermagem foram agrupados em uma única categoria denominada nível médio. O quantitativo médio de pessoal de enfermagem das unidades existentes por ocasião da realização do presente estudo está apresentado na Tabela 15.

Tabela 15 – Quantitativo médio de pessoal de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, por unidade e categoria profissional de janeiro a dezembro 2013, Ribeirão Preto

Unidade	Categoria profissional	Quantidade média de pessoal
UE	Enfermeiro	12
	Nível médio	29,3
<i>Campus</i>	Enfermeiro	7,3
	Nível médio	20,7
Total	Enfermeiro	19,3
	Nível médio	50

Conforme metodologia adotada (GAIDZINSKI et al., 2008) para o cálculo da taxa de absenteísmo, considerou-se o total de ausências não previstas por diferentes causas, constituídas por faltas, licença médica, maternidade, licença-acidente, outras licenças, afastamentos pelo INSS e suspensões. Na Tabela 16, está apresentada esta distribuição por categoria profissional e unidade investigada e na Tabela 17 estão apresentados os valores, calculados percentualmente.

Tabela 16 – Distribuição das ausências não previstas por categoria profissional e unidade da equipe de enfermagem do CTI do HCFMRP-USP, por unidade e categoria profissional de janeiro a dezembro 2013, Ribeirão Preto

Variável		AUSÊNCIAS NÃO PREVISTAS							
Unidade	Categoria profissional	Faltas	Licença médica	Licença-maternidade	Licença-acidente	Outras licenças	Licença INSS	Suspensões	Total
UE	Enfermeiro	0	51	120	0	7	77	0	255
	Nível médio	85	556	153	9	27	524	31	1385
<i>Campus</i>	Enfermeiro	0	7	0	0	18	0	0	25
	Nível médio	369	205	134	18	16	211	0	953
Total	Enfermeiro	0	58	120	0	25	77	0	280
	Nível médio	454	761	287	27	43	735	31	2338

Tabela 17 – Taxa de absenteísmo referente às ausências não previstas da equipe de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP por categoria profissional e unidade, Ribeirão Preto, 2014

Unidade	Categoria profissional	Quantidade média de pessoal	Ausências não previstas															
			FALTAS		LICENÇA MÉDICA		LICENÇA-MATERNIDADE		LICENÇA-ACIDENTE		OUTRAS LICENÇAS		LICENÇA INSS		SUSPENSÕES		TOTAL	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UE	Enfermeiro	12	0	0,00%	51	1,23%	120	2,90%	0	0,00%	7	0,17%	77	1,86%	0	0,00%	255	6,18%
	Nível médio	29,3	85	0,09%	556	5,97%	153	1,64%	9	0,09%	27	0,29%	524	5,62%	31	0,33%	1385	14,87%
Campus	Enfermeiro	7,3	0	0,00%	7	0,26%	0	0,00%	0	0,00%	18	0,68%	0	0,00%	0	0,00%	25	0,98%
	Nível médio	20,7	369	5,58%	205	3,10%	134	2,02%	18	0,27%	16	0,24%	211	3,19%	0	0,00%	953	14,43%
Total	Enfermeiro	19,3	0	0,00%	58	0,85%	120	1,77%	0	0,00%	25	0,36%	77	1,14%	0	0,00%	280	4,14%
	Nível médio	50	454	2,85%	761	4,78%	287	1,80%	27	0,17%	43	0,27%	735	4,62%	31	0,19%	2338	14,69%

A licença médica foi o afastamento mais prevalente, totalizando 819 ausências. Na comparação entre unidades, observou-se que o afastamento por doença na CTI-UE foi 2,8 vezes maior que na CTI-*Campus*.

Quanto aos afastamentos pelo INSS, percebemos que o nível médio apresentou 9,54 mais afastamentos do que os enfermeiros e que o maior volume de ocorrências foi observado na UE, superando o *Campus* em 2,8 vezes.

Assim como em outros estudos, a licença médica foi o principal motivo do absenteísmo da equipe de enfermagem, merecendo atenção dos gerentes dos serviços de saúde e dos pesquisadores (BECKER; OLIVEIRA, 2008; ROGENSKI; FUGULIN, 2006; SANCINETTI et al., 2009; SANCINETTI et al., 2011).

Costa, Vieira e Sena, (2009) comentam que, em revisão da literatura, há evidências de maior frequência de faltas relacionadas à doença entre os trabalhadores da equipe de enfermagem atuantes na UTI (30%), decorrente das peculiaridades do setor, em razão da exposição dos trabalhadores a transtornos de ordem física, química e psicológica, o que poderia influenciar no aumento do risco de agravos à saúde e, conseqüentemente, do absenteísmo relacionado a doenças.

O alto absenteísmo por doença também está relatado quase na totalidade dos trabalhos sobre absenteísmo consultados tanto no âmbito nacional como internacional, relatando sempre alta taxa de afastamento por doenças osteomusculares e de ordem psíquica e psicológica (DAVEY et al., 2009; FERREIRA et al., 2012; GABRIEL et al., 2011; GONÇALVES et al., 2005; MAGNAGO et al., 2007; MARTINATO et al., 2010; PENOUYER, 2010; SCHREUDER et al., 2011).

As características do processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem, que determinam a sua exposição a diferentes cargas, principalmente, psíquicas e fisiológicas, são causadoras de desgaste físico e mental, ocasionando, muitas vezes, o afastamento dos trabalhadores por absenteísmo por doença (SANCINETTI et al., 2011).

Essa mesma autora também aponta que o absenteísmo por doença dos trabalhadores de enfermagem ocorre por consequência do processo de trabalho que determina a sua exposição a diferentes cargas, principalmente, psíquicas e fisiológicas e que são causadoras de desgaste físico e mental.

Reis et al. (2003) afirmam que a menor frequência de afastamentos de enfermeiros no trabalho pode ser atribuída ao fato de que, sendo o profissional que

responde pela equipe de enfermagem, a responsabilidade do cargo pode determinar uma presença mais constante.

Entretanto, para Costa, Vieira e Sena (2009), os afastamentos ocorridos são mais facilmente resolvidos por arranjos internos entre trabalhadores hierarquicamente superiores, o que pode ocasionar um menor índice de afastamentos por adoecimento nessa categoria.

Sancinetti et al. (2011), em investigação realizada em um hospital de ensino, encontraram taxas de absenteísmo nas UTIs compatíveis com os valores esperados, segundo previsto pela Resolução COFEN 293/2004 (COFEN, 2004).

O maior volume de ausências por licença-maternidade ocorreu na UE, constituindo-se na quarta maior taxa registrada.

Em relação aos afastamentos por acidentes de trabalho, estes ocorreram somente nos técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo que a média desta ocorrência no CTI -*Campus* foi duas vezes maior que na UE.

Carneiro e Fagundes (2012), que estudaram grupos de enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em UTIs, identificaram taxas que chegaram a 30% para auxiliares e técnicos e até 46% para enfermeiros.

No estudo de Fakh, Tanaka e Carmagnani, (2012), que também foi realizado em ambiente hospitalar universitário, as taxas de ausência não programadas chegaram a 15,3% e 30,1% para ausências programadas. Ainda em um hospital universitário, Mininel et al. (2013) encontraram taxas de afastamentos chegando a 25%.

A ocorrência de maior número de afastamentos do trabalho entre os profissionais de nível médio tem sido verificada por vários autores (BECKER; OLIVEIRA, 2008; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; FUGULIN, 2010; INOUE; MATSUDA; SILVA, 2008; SANCINETTI et al., 2009).

As condições de trabalho nas CTIs investigadas são semelhantes, para ambas as categorias, pois os enfermeiros da unidade não se restringem às atividades administrativas, prestando assistência direta aos pacientes internados na unidade. Conforme estabelece a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, no que tange às atividades das diferentes categorias, os cuidados diretos de enfermagem aos pacientes críticos, com risco de vida, constituem-se em privativos do enfermeiro. Entretanto verifica-se que ainda para a maioria das instituições hospitalares brasileiras, este padrão de cuidados não conseguiu ser obtido. Estudos

apontam que nas melhores realidades de cuidados, o percentual de participação das horas de cuidados ministrados pelos enfermeiros tem atingido 33% das horas requeridas e não os 55% previstos pela Resolução 293/2004.

Dessa forma, a ocorrência de índices diferenciados por categoria profissional pode ser explicada pelo menor número de enfermeiros, pelas atribuições e grau de responsabilidade, ocorrendo em sua presença mais constante no trabalho.

As taxas de absenteísmo, obtidas no presente estudo, foram menores do que os dados encontrados em outras pesquisas. Ferreira et al. (2012) obtiveram taxas de 20,3 % para poucos dias e 16,6% para períodos prolongados de absenteísmo por doença em uma equipe de enfermagem no Estado do Rio de Janeiro. Essas taxas encontradas podem estar relacionadas a melhores condições de trabalho, à disponibilidade de recursos pessoais e materiais e ao processo gerencial da unidade.

Merece destaque o fato de que a instituição pesquisada integra a rede de hospitais de ensino certificada pelos Ministérios da Saúde e Ministério da Educação, por meio da Portaria Interministerial nº 2400 de 2007, uma iniciativa governamental com objetivo de promover a melhoria na condição dos serviços de saúde, por meio de uma gestão qualificada e de integração dessas instituições às demais ações e serviços do SUS, dentro do princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e assistência.

Os resultados do presente estudo permitem afirmar que a população aqui estudada é jovem, apresenta baixos índices de redução da capacidade para o trabalho e baixas taxas de absenteísmo, o que pode ser reflexo das intervenções implementadas pelo serviço quanto à manutenção da saúde e segurança do trabalhador.

7. CONCLUSÃO

Este estudo, que teve por objetivos caracterizar os trabalhadores de enfermagem dos CTIs do HCFMRP-USP, quanto aos dados sociodemográficos e ocupacionais e avaliar o índice de capacidade para o trabalho e as taxas de absenteísmo, permitiu elaborar algumas considerações.

Os trabalhadores de enfermagem, sujeitos do estudo, são caracterizados sociodemograficamente com predominância feminina, com idade média de 37,58 anos e, em sua maioria, o grupo apresenta um nível médio e superior quanto a sua escolaridade.

Quanto às características laborais, a maioria dos trabalhadores é contratada como auxiliares ou técnicos de enfermagem, e muitos possuem formação superior, adicional à função para o qual está contratado. O tempo de serviço e o tempo na função encontrados, em sua maioria, são inferiores a 10 anos. Já o tempo de trabalho predominante nas unidades foi de até 5 anos.

A jornada semanal de trabalho de 71,6% dos participantes da pesquisa é de 30 horas, sendo previsto revezamento na escala de plantões. Além da jornada estabelecida pelo contrato de trabalho, em média, ocorre um acréscimo de 31,5% na jornada mensal dos enfermeiros e de 21,4% dos auxiliares e técnicos de enfermagem, por meio da realização de plantões de horas extras.

O índice de capacidade inadequada para o trabalho é de 26,5%, o que representa um quarto dos sujeitos da pesquisa, o que demonstra um comprometimento da força de trabalho e requer atenção quanto à necessidade de intervenções para reestruturação da capacidade para o trabalho, tendo em vista os desdobramentos advindos desta situação para a assistência de enfermagem a ser dispensada por essa equipe de trabalhadores.

O fato de haver altos percentuais de trabalhadores com boa e ótima capacidade funcional não exclui os esforços, no sentido de promover e manter a capacidade para o trabalho.

A taxa de absenteísmo na equipe de enfermagem foi inferior quando comparada a realidades semelhantes, sendo mantida maior prevalência de ausências por doença.

A monitoração do indicador taxa de absenteísmo constitui importante instrumento de gestão de pessoas, podendo contribuir para o processo gerencial das unidades estudadas, uma vez que permite ao gestor conhecer a realidade da instituição sobre as ausências dos profissionais de enfermagem.

Ao conhecer a realidade institucional, é possível otimizar o gerenciamento de recursos humanos, desenvolvendo propostas e estratégias gerenciais que promovam a revisão dos processos assistenciais e a reformulação da política de recursos humanos, para o incremento de investimentos na saúde e na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.

O monitoramento do ICT e da taxa de absenteísmo, além de fornecer subsídios para o processo de tomada de decisão em relação ao gerenciamento de recursos humanos de enfermagem, permite comparações com outras instituições hospitalares similares, favorecendo o estabelecimento de padrões aceitáveis.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. **Journal of Nursing Administration**, Wakefield, v.38, n.5, p.223–229, 2008.

ALVES, M. **Causas do absenteísmo na enfermagem**: uma dimensão do sofrimento no trabalho. 1996. 175f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola da Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ANSELMÍ, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade e condições de trabalho nos hospitais do município de Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 23, n. 85-86, p. 31-41, 1997.

APPOLINÁRIO, R. S. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 83-87, 2008.

BARBOSA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos 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, 2003.

BARBOSA, M. S. A.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.5, p.491-496, 2007.

BLANCA GUITIERREZ, J. J.; JIMENEZ DIAS, M. C.; ESCALERA FRANCO, L. F. Intervenciones eficaces para reducir El absentismo del personal de enfermería hospitalario. **Gaceta Sanitária**, Barcelona, v. 27, n. 6, p. 545-551, 2013.

BLANCA GUITIERREZ, J. J.; GONZALEZ, A. R.; ABALLOZ, M. A. G.; HERRERA, A. A.; RIVERA, J. C. M. A.; GOZANLEZ, A. A. Efecto de La implantacion de turnos de enfermeria a demanda sobre las horas de absenteísmo. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 26, n. 5, 2012.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil. **Revista Latino American de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p.109-114, 2008.

BELITTA, A.; MBINDYO, P.; ENGLISH, M. Absentism amongst health workers – developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations. **Human Resources for Health**, v.11, n. 34, p.1-10, 2013.

BERGSTROM, M. KALEVA, S.; KOSKINEN, K. SMES: towards better work ability. **Työterveys**, Charlottesville, v.1, n.especial 2, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução Nº 466/2012 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. 2012. Disponível em: <
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar: Cadernos HumanizaSUS** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B.Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria Nº 3.432/MS/GM, de 12 de agosto de 1998. 1998. Disponível em: <
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4d02b9004745871490c4d43fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+3.432-1998.pdf?MOD=AJPERES> >. Acesso em 03 jun. 2014.

BRAY, K; BALDWIN, A.; LEDGER, S. U.; GIBSON, V,; GOODMAN, S. WALSH, D. Standards for nurse staffing in critical care units determined by: The British Association of Critical Care Nurses, The Critical Care Networks National Nurse Leads, Royal College of Nursing Critical Care and In-flight Forum. **Nurse in Critical Care**, Oxford, v.15, n.3, p.109-111, 2010.

CACCIARI, P; ADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M T. O.; MARENGOL, R. A.; Caracterização sociodemográfica e ocupacional de trabalhadores de enfermagem readaptados e readequados. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 318-23, 2013.

CAMERINO, D.; CONWAY. P. M.; HEIJDEN, B., ESTRYN-BEHAR, M; CONSONNI, D.; GOULD. D. Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, n. 5, p.542-52, 2006.

CAMELO, S. H. H. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p.192-200, 2012.

CARNEIRO, T. M.; FAGUNDES, N. C.; Absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 84 – 89. 2012.

CASTRO, I.; BERNARDINO, E.; RIBEIRO, E. L. Z.; Absenteísmo na enfermagem em UTI Neonatal: perfil do profissional e motivo das ausências. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 13, p. 374-379, 2008.

CHIAVENATO I. **Recursos humanos: o capital humano das organizações**. 8 ed. São Paulo: Atlas; 2004.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen – 358/2009**. Dispõe sobre a sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. 2009. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-cofen-n-3582009_4309.html > Acesso em: 06 jun. 2014.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen – 293/2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem em Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde. 2004. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2932004_4329.html >. Acesso em 06 jun. 2014.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 62, p. 38-44, 2009.

COUTO, H. A. Absenteísmo: uma visão bem maior que a simples doença. In: _____ **Temas de Saúde Ocupacional**. Belo Horizonte: ERGO, 1987. p.45-72.

CHILLIDA, M. S. P. **Capacidade para o trabalho e trabalho noturno entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário**. 2003. 139f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

DAVEY, M. M. CUMMINGS, G.; COOK, C. V. N.; ELIZA, A. L. O. Predictors of nurse absenteeism in hospital: a systematic review. **Journal of Nursing Management**, v. 17, p.312-330, 2009.

DAOUK-OVRY, L.; ANOUZE, A.; OTAKI, F.; DUMIT, N. Y.; OSMAN, I. The Joint model of nurse absenteeism and turnover: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 51, p. 93 -110, 2014.

DREESCH, N.; DOLEA, C.; DAL POZ, M. R.; GOUBAREV, A.; ADAMS, O.; AREGAWI, M.; BERGSTROM, K.; FOGSTAD, H.; SHERATT, D.; LINKINS, J.; SCHERPBIER, R.; YOUSSEF-FOX, M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 20, n. 5, p. 267-76, 2005.

DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.43-49, 2004.

FAKIH, F. T.; TANAKA, L. H.; CARMAGNANI, M. I. S. Ausência dos colaboradores de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p.378 – 385, 2012.

FARIAS, R. A. C. **Dimensionamento de pessoal d enfermagem para o Pronto Socorro especializado em afecções cardiovasculares**. 2003. 257 p. tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FELLI, V.E.A.; TRONCHIN, D. M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010; p. 85-103.

FERREIRA, C. M.; FERREIRA, S. R. Absenteísmo entre os trabalhadores de uma equipe de enfermagem – estudo de caso. **Coletânea**, v. 2, n. 2, p. 10-21, 2008.

FERREIRA, R. C.; GRIEP, R. H.; FOSNECA, M. J. M.; ROTEMBERG, L. A multifactorial approach absenteeism among nursinf staff. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 1-9, 2012.

FILAMOR, A. L. N; ALVES, C. S. C.; SOUTO, S. O.; SOUZA, V. L. **Gestão de Pessoas em saúde**. Rio de Janeiro: FGV; 2010.

FISCHER, F. M.; BORGES, F. N. S. ; ROTENBERG, L. ; LATORRE, M. R. D. O. ; SOARES, N. ; ROSA, P. L. F. S. ; TEIXEIRA, L. R. ; NAGAI, R. ; STELUTI, J. ; LANDSBERGIS, P. . Work ability of health care shift workers: what matters?. **Chronobiology International**, v. 23, p. 1165-1179, 2006.

FUGULIN, F. M. T. **Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares:** análise da resolução COFEN Nº 293/04. 2010. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GABRIEL, C. S.; COSTA, M. R. A; ROCHA, F. L. R, BERNARDES, A.; MIGUELACI, T.; SILVA, M. L. P. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 1247-54, 2011.

GAIDZINSKI, R. R; LIMA, A. F. C; GOMES, A, V. N. S; FUGULIN, F. M. T; SANCINETTI, T. R; CASTILHO, V. Gestão de pessoal de enfermagem e o Sistema de Assistência de Enfermagem. In: GAIDZINSKI, R. R; SOARES, A. V. N.; LIMA, A. F. C. **Diagnósticos de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 47-61.

GAIDZINSKI, R. R. **O dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. 1998. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GVOZD, R.; HADDAD, M. C. L.; GARCIA, A.B.; SENTONE, A.D.D. Perfil ocupacional de trabalhadores de instituição universitária pública em pré-aposentadoria. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n.1, p.43-48, 2014.

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

GIOMO, D. B, FREITAS, F. C. T; ALVES, L. A, ROBAZZI, M. L. C. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 24-29, 2009.

GONÇALVES, J. R. S, CHILLIDA, E. S, MELO E. P, BARBOSA L, LOMBAS S. R. L; MARIANO, C. S. Causas de afastamento entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público do interior de São Paulo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, p. 309-14, 2005.

HILLESHEIN, E. F. **Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário:** interface entre o pessoal, o laboral e a promoção da saúde. 2011. 87 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.11, n.1, p.55-63, 2009.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P. Absenteísmo doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 209 – 214, 2008.

JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no estado de Rondônia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 114 -12, 2012.

KUJALA, V. REMES, J. E. K. H.; TAMMELIN, T; LAITENEM, J. Classification of work ability index among young employees . **Occupational Medicine**, v. 55, p. 399-401, 2005.

KURCGANT, P. Satisfação da equipe de enfermagem como indicador de qualidade na gestão. In: HARADA, M. J. C. S. (Org.). **Gestão em Enfermagem** - ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011. v.1, p. 45-56.

LAUS, A. M.; ANSELM, M. L. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. **Revista da escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, p. 681-689, 2008.

LAUS, A. M.; MARQUES, T. M. Tempo de permanência no emprego dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. SIMPOSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 21., 2013, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: 2013. CD.

LIMA JUNIOR, J. H. V.; ÉSTHER, A. B. Transições prazer e dor no trabalho de enfermagem **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, 2001.

LOPES, M. J. M. Pensando mulher, saúde e trabalho no hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n.1, p.34-36, 1992.

MADUREIRA, C. R.; VEIGA, K.; SANT'ANA, A. F. M. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 68-75, 2000.

MAGALHÃES, A. M. M; RIBOLDI, C. O; DALL'AGNOI, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.4, p.608-612, 2009.

MAGNAGO, T. S. B. S. LISBOA, M. T. L.; SOUZA, I. E. O.; MOREIRA, M. C. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.6, p.701-705, 2007.

MARTINATO, M. C. N. B; SEVERO, D. F; MARCHAND, E. A. A; SIQUEIRA, H. C. H. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p.160-166, 2010.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C.; MARZIALE, M. H. P, GARANHANI, M. L, HADDAD, M. C. L. Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p.113 -119, 2009.

MARTINEZ, M. C; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 525-32, 2009.

MATSUSHITA, M. S. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem de Unidades de internação do Hospital São Paulo**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MENDES, I. A. C.; TREVISAN, M. A.; MAZZO, A.; GODOY, S.; VENTURA, C. A. A. Marketing profissional e visibilidade social na enfermagem: uma estratégia de valorização de recursos humanos. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.4, p.788-795, 2011.

METZNER, R. J.; FISCHER, F. M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p.548-553, 2001.

MELLO, M.C. **Carga de trabalho de enfermagem: indicadores de tempo em unidades de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva adulto**. 2011. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MININEL, V. A.; FELLI, V. E. A.; SILVA, E. J.; TORRI, Z.; ABREU, A. P.; BRANCO, M. T. A.; Cargas de trabajo, procesos de desgaste y absentismo – enfermedad em

enfermeria. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p.1290-97, 2013.

MONTEIRO, M. S.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. ; FUJIMURA, F . Work capacity evaluation among nursing aides. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1177-1182, 2011.

MONTEIRO, M. S; ILMARINEN, J.; CORRÊA FILHO, H. Work ability of the workers in different age groups of a public health institution in Brazil. **International Journal Occupational Safe Ergonomic**, v. 12, n. 4, p. 417-27, 2006.

MORET, L. ANTHOINE, E.; PAILLE, C.; TRICAUD-VIALLE, S.; GERBAUD, L.; GIRAUD-ROUFAST, A.; MICHEL, P.; LOMBRAIL, P. Relationship between impatient satisfaction nurse absenteeism: an exploratory study using who-path performance indicators in France. **BMC Research Notes**, v. 5, n. 83, p.1-7, 2012.

MUDALY, P.; NKOSI, Z. Z. Factor influencing nurse absenteeism in a general hospital in Durban, South Africa. **Journal of Nursing Management**, pre print, 2013.

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Revista Latino American de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 8, p. 1-8, 2011.

NOMURA, F. H.; GAIDZINSKI, R. R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital escola. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p.648-56, 2005.

NONINO, E. A. P. M. **Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem – banho e curativo – segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário**. 2006. 223 p.. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**. Relatório Mundial de Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006. Disponível em: <www.who.int/whr/2006>. Acesso em: 13 jan. 2013.

OLIVEIRA, B. R. G; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p.109-115, 2001.

PENOYER, D. A. Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. **Critical Care Medicine**, Baltimore, v. 38, n. 7, p. 1521-1528, 2010.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

POSSARI, J. F. **Dimensionamento do pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório**: estudo das horas de assistências segundo o porte cirúrgico. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PROCHNOWP, A.; MAGNAGO, T. S. B. S., URBANETTO, J. S.; CECK, C. L. C.; LIMA, S. B. S.; GRECO, P. B. T. Capacidade para o trabalho na enfermagem: relação com demandas psicológicas e controle sobre o trabalho. **Revista Latino American de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1298 - 305, 2013.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absenteísmo em Usina Siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 18, n. 69, p. 65-70, 1982.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 669-76, 2005.

REIS, R. J.; ROCCA, P. F.; SILVEIRA, A. M.; BONILLA, M. L.; GINÉ, A. N.; MARTIN, M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 616-618, 2003.

RIBOLDI, C. O. **Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do hospital de clínicas de Porto Alegre. 2008**. 68 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ROELEN, C. A. M.; MAGEROY, N.; RHENEN, W.; GROOTHOFF, J. W.; KLINK, J. J. L.; PALLESEN, S.; BJORVATN, B.; MOEN, B. E. Low job satisfaction does not indentify nurses at risk of future sickness absence: Results from a Norwegian cohort study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, p. 366–373, 2013.

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, p. 683-689, 2007.

ROTENBERG, L.; GRIEP, R. H.; FISCHER, F. M.; FONSECA, M.; J. M.; LANDSBERGIS, P. Working at night and work ability among nursing personnel: when precarious employment makes the difference. **International Archive Occupational Environmental Health**. v. 82, n. 7, p. 877-85, 2009.

SAMPAIO, R. F.; AUGUSTO, V. G. . Envelhecimento e trabalho: um desafio para a agenda da reabilitação. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 16, p. 94-101, 2012.

SAMPAIO, R. F, COELHO, C. M, BARBOSA, F. B, MANCINI, M. C, PARREIRA, V. F. Work ability and stress in a bus transportation company in Belo Horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 287-96, 2009.

SANCINETTI, T. R., GAIDZINSKI, R. R; FELLI, V. E. A; FUGULIN, F. M. T; BAPTISTA, P. C. P, CIAMPONE, M. H. T, KURCGANT, P.; SILVA, F. J. Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, Esp. 2, p. 1277-1283, 2009.

SANCINETTI, T. R; SOARES, A .V. N; LIMA, A. F. C; SANTOS, N. C; MELLEIRO, M. M; FUGULIN, F. M. T; GAIDZINSKI, R. R.; Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1007-12, 2011.

SCHREUDER, J. A. H.; PLAT, N.; MAGEROY, N.; MOEN, B. E.; KLINK, J. J. L.; GROTHOFF, J. W.; ROELEN, C. A. M. Self-rated coping styles and registered sickness absence among nurses working in hospital care: A prospective 1-year cohort study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 48, p. 838 – 846, 2011.

SCHMIDT, D. R. C; DANTAS, R. A. S, MARZIALE, M. H. P. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, p. 487- 493, 2011.

SHAMIAN, J.; BRIEN-PALLAS, O.; THOMSON, D.; ALKSNIS, C.; KERR, M. S.; Nurse Absenteeism, Stress and Workplace Injury: What are the Contributing Factors and What Can/Should Be Done About It? **International Journal of Sociology and Social Policy**, v. 23, n.8-9, p.81-103, 2003.

SHIMIZU, H. E. **Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiros que trabalham em UTI em um hospital escola**. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, F. J. **A capacidade para o trabalho e a fadiga entre trabalhadores de enfermagem.** 2011. 85 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1325 – 32, 2013.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.

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, 2000.

SILVA JÚNIOR, S. H. A; VASCONCELOS, A. G. G. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1077-1087, 2011.

TAIZE, M.; CARNEIRO, T. M.; FAGUNDES, N. C. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 84-89, 2012.

TOMBLIN, M. G.; MACKENZIE, A.; ALDER, R.; BIRCH, S.; KEPHART, G.; O'BRIEN-PALLAS, L. An applied simulation model for estimating the supply of and requirements for registered nurses based on population health needs. **Policy Polit Nursing Practice**, v. 10, n. 4, p. 240-51, 2009.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; JAHAKOLA, A.; TULKKI, A. **Índice de capacidade para o trabalho**: São Paulo: FSPUSP, 1997.

TUOMI, K.; ILMARINEN, J.; JAHAKOLA, A.; TULKKI, A. **Índice de capacidade para o trabalho**. 2 ed. São Carlos, EdUFSCar, 2005.

UNRHUH, L.; JOSEPH, L.; STRICKLAND, M. Nurse absenteeism and workload: negative effect on restraint use, incident reports and mortality. **Journal of Advanced Nursing**, v. 60, n. 6, p. 673 – 81, 2007.

USP – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Relatório de atividades**, Ribeirão Preto: USP, 2013.

VASCONCELOS, S. P. **Avaliação da capacidade para o trabalho e fadiga entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de urgência e emergência na Amazônia Ocidental. 2009.** 99 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

VASCONCELOS, S. P.; FISCHER, F. M.; REIS, A. O. A.; MORENO, C. R. C. Factors associated with work ability and perception of fatigue among nursing personnnel from Amazoni. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.688-97, 2011.

VITTA, A.; PALMA, R.; MAGANHINI, C. B.; SIMEAO, S. F. A. P.; CONTI, M. H. S.; TRIZE, D. M.; QUINTINO. N. M.; GATTI, M. A. A. N. Nível de capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais de atividades sedentárias. **SALUSVITA**, Bauru, v. 31, n. 3, p. 259-271, 2012.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos químicos a que estão submetidos trabalhadores de enfermagem: uma revisão da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 350-356, 2003.

WHITE, D.; TONKIN, J. Registred nurse stress in intensive care units – an Asutralian perspective. **Intesive Care Nursing**, v. 7, p. 45-52, 1991.

WUNSCH FILHO, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p.103-117, 2004.

APÊNDICE A

Instrumento para caracterização do trabalhador

Nome: _____

Idade: _____ sexo: M () F ()

Escolaridade: () ensino fundamental () ensino médio () superior

Categoria profissional:

() auxiliar de enfermagem

() técnico de enfermagem

() enfermeiro

Tempo de serviço _____ tempo na função _____ tempo na unidade _____

Turno de trabalho: () manhã () tarde () noite

Jornada semanal:

() 30 horas

() 36 horas

APÊNDICE B

[illegible]

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado colega,

Gostaria de convidá-lo a participar como voluntário(a) de um estudo científico intitulado: “Relação entre absenteísmo e capacidade para trabalho da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino” que tem como objetivo relacionar o índice de absenteísmo e a capacidade para o trabalho nos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva. Sua participação constará do preenchimento de um questionário apresentado pelo pesquisador com duração de aproximadamente 10 minutos. Concordando livre e voluntariamente em participar da pesquisa, o preenchimento do questionário será realizado no seu local de trabalho, de acordo com sua disponibilidade. O questionário é composto de perguntas sobre como você percebe a sua capacidade para o trabalho, nas questões você responderá se têm alguma limitação ou diminuição da capacidade para o trabalho que desenvolve atualmente. Durante todo o período da pesquisa, você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com o pesquisador ou com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão. As informações coletadas terão fins de pesquisa, serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Vale destacar que os resultados deste estudo podem contribuir sobremaneira para a enfermagem, nas dimensões prática, ensino e pesquisa. Salientamos que a literatura científica relata que pesquisas desta natureza não representam riscos para os participantes. Entretanto, podem acarretar desconforto ao sujeito da pesquisa, durante a entrevista. Dessa forma, o pesquisador compromete-se a interromper a coleta de dados, se for o desejo do participante, minimizando possíveis riscos. É garantida a indenização ao participante diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Cabe ainda esclarecer que as garantias e direitos relacionados com a pesquisa serão assegurados e que se existirem gastos decorrentes da pesquisa ao

participante estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que ambas as vias serão assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante. Uma via será arquivada pelo pesquisador e outra será fornecida a você (participante). Este trabalho será realizado em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 que orienta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador abaixo assinado. E, finalmente, quando o trabalho for apresentado/publicado não será usado seu nome e nem dada nenhuma informação que possa identificá-lo.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP EERP/USP - Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- SP, telefone (16) 3602.3386 e e-mail: cep@eerp.usp.br. Horário de funcionamento do CEP: segunda à sexta, das 8h às 17h. Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 *Campus* Universitário - Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto - SP – Brasil. CEP: 14040-902.

Consentimento pós-esclarecimento

Eu, _____ RG _____, declaro que, após ter sido esclarecido suficientemente pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura do Participante

Alessandro Formenton

e-mail: alessandroformenton@gmail.com

Ribeirão Preto, ____ de _____ 2014.

ANEXO A

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com um X um número na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estou incapaz
para o trabalho

Estou em minha
melhor capacidade
para o trabalho

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo.)

Muito boa	5
Boa	4
Moderada	3
Baixa	2
Muito baixa	1

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.)

Muito boa	5
Boa	4
Moderada	3
Baixa	2
Muito baixa	1

Em sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

Lesão por acidente ou doença que possui.	Em minha opinião	Diagnóstico médico
1. Lesão nas costas	2	1
2. Lesão nos braços/mão	2	1
3. Lesão nas pernas/pés	2	1
4. Lesão em outras partes do corpo	2	1
Onde? Que tipo de lesão?	2	1
5. Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	2	1
6. Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	2	1
7. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	1
8. Doença musculoesquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	2	1
9. Artrite reumatoide	2	1
10. Outra doença musculoesquelética	2	1
Qual?	2	1
11. Hipertensão arterial (pressão alta)	2	1
12. Doença coronariana, dor no peito durante exercício (<i>angina pectoris</i>)	2	1
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	2	1
14. Insuficiência cardíaca	2	1
15. Outra doença cardiovascular	2	1
Qual?	2	1

16. Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2	1
17. Bronquite crônica	2	1
18. Sinusite crônica	2	1
19. Asma	2	1
20. Enfisema	2	1
21. Tuberculose pulmonar	2	1
22. Outra doença respiratória	2	1
Qual?	2	1
23. Distúrbio emocional severo (depressão severa)	2	1
Lesão por acidente ou doença que possui.	Em minha opinião	Diagnóstico médico
24. Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	2	1
25. Problema ou diminuição da audição	2	1
26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	2	1
27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	2	1
28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos	2	1
Qual?	2	1
29. Pedras ou doenças da vesícula biliar	2	1

30. Doença do pâncreas ou do fígado	2	1
31. Úlcera gástrica ou duodenal	2	1
32. Gastrite ou irritação duodenal	2	1
33. Colite ou irritação do cólon	2	1
34. Outra doença digestiva	2	1
Qual?	2	1
35. Infecção das vias urinárias	2	1
36. Doença dos rins	2	1
37. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (problemas nas trompas ou na próstata)	2	1
38. Outra doença geniturinária	2	1
Qual?	2	1
39. Alergia, eczema	2	1
40. Outra erupção	2	1
Qual?	2	1
41. Outra doença de pele	2	1
Qual?	2	1
42. Tumor benigno	2	1
43. Tumor maligno (câncer)	2	1
Onde?	2	1
44. Obesidade	2	1
45. Diabetes	2	1
46. Bócio ou outra doença da tireoide	2	1

47. Outra doença endócrina ou metabólica	2	1
--	---	---

Lesão por acidente ou doença que possui.	Em minha opinião	Diagnóstico médico
Qual?	2	1
48. Anemia	2	1
49. Outra doença do sangue	2	1
Qual?	2	1
50. Defeito de nascimento	2	1
Qual?	2	1
51. Outro problema ou doença	2	1
Qual?	2	1

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.)

Não há impedimento/ Eu não tenho doenças	6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	5
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	4
Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	3
Por causa de minha doença, sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	2
Em minha opinião, estou totalmente incapacitado para trabalhar	1

Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho por causa de problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame, durante os últimos 12 meses?

Nenhum	5
Até 9 dias	4
De 10 a 24 dias	3
De 25 a 99 dias	2
De 100 a 365 dias	1

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos, fazer seu trabalho atual?

É improvável	1
Não estou muito certo	4
Bastante provável	7

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Continuamente	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Assinatura:_____

ANEXO B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 004/2014

Ribeirão Preto, 19 de janeiro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 19 de janeiro de 2014.

Protocolo CAAE: 20893313.5.0000.5393

Projeto: Relação entre absenteísmo e capacidade para trabalho da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino.

Pesquisadores: Ana Maria Laus
Alessandro Formenton

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Ana Maria Laus
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP