UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem

TÂNIA REGINA SANCINETTI

**ABSENTEÍSMO POR DOENÇA NA EQUIPE DE
ENFERMAGEM: TAXA, DIAGNÓSTICO MÉDICO E
PERFIL DOS PROFISSIONAIS**

**SÃO PAULO
2009**

TÂNIA REGINA SANCINETTI

**ABSENTEÍSMO POR DOENÇA NA EQUIPE DE
ENFERMAGEM: TAXA, DIAGNÓSTICO MÉDICO E
PERFIL DOS PROFISSIONAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração:
Enfermagem

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Raquel Rapone Gaidzinski

**São Paulo
2009**

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

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Sancinetti, Tânia Regina.

Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais. / Tânia Regina Sancinetti. – São Paulo, 2009.

113 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Raquel Rapone Gaidzinski.

1. Saúde ocupacional 2. Profissionais de enfermagem 3. Licenças (taxas) 4. Trabalho 5. Hospitais universitários. I. Título.

Tânia Regina Sancinetti

Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Aos Profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário
da Universidade de São Paulo.

Aos meus filhos, Rafael e Luciana.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Raquel Rapone Gaidzinski, pelo exemplo de vida.

Ao Prof. Dr. Paulo Andrade Lotufo, Superintendente do Hospital Universitário, por apoiar a realização da pesquisa.

Às Professoras Doutoras Fernanda Togeiro Fugulin e Vanda Elisa Andres Felli, pelas sugestões durante o exame de qualificação.

Aos Diretores da Divisão de Enfermagem Clínica, Cirúrgica Materno-Infantil, meus amigos Antonio, Noemi e Alda, pelo apoio incondicional.

A Adriana Nori, Martha Rumiko Kayo Hashimoto, Ana Lucia Mendes Lopes, Claudia Moraes, pela união das equipes.

A Lígia Fumiko Minami, Ana Cristina Balsamo e enfermeiras do Serviço de Apoio Educacional, pelas conversas reanimadoras.

Ao Senhor Raul Gaidzinski, pela dedicação na realização do tratamento estatístico deste estudo.

A Jane Prado, pelo valioso auxílio no decorrer da tese.

A Elisabete Bueno, pela memória.

Às Docentes da Escola de Enfermagem da USP, pelo conhecimento compartilhado.

Aos funcionários do Hospital Universitário da USP, pela convivência.

Sancinetti TR. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

Estudo de natureza quantitativa, descritiva, transversal, elaborado com o objetivo de identificar e analisar o absenteísmo por doença, dos profissionais de enfermagem do Hospital Universitário da USP, no período de janeiro a dezembro de 2007. A metodologia foi desenvolvida em duas etapas: caracterização demográfica dos profissionais e análise e caracterização das ausências quanto aos tipos de afastamento, aos diagnósticos médicos, à taxa de absenteísmo por doença, à relação com a taxa de ocupação do Hospital e ao custo médio estimado. O quadro de profissionais foi constituído, em média, de 647 profissionais, destes 362 apresentaram absenteísmo por doença: 69 (19,1%) enfermeiros, 212 (58,6%) técnicos de enfermagem, 78 (21,5%) auxiliares de enfermagem e três (0,8%) atendentes. Os afastamentos por doença foram classificados em: licença por falta abonada (FA); licença por falta compensada por folga (FO), licença-médica com até 15 dias (LM), licença- médica acima de 15 dias (INS) e licença-médica acima de 15 dias, porém iniciadas antes de 2007 (IN). A idade média dos profissionais ausentes por doença, o sexo e o tempo de experiência não condicionaram o absenteísmo por doença. Possuem em média 1,5 filhos, 83% reportaram trabalhar em um emprego e despendem cerca de 50min no trajeto para o trabalho. O salário bruto, dos enfermeiros foi de R\$ 4.958,32, dos técnicos/auxiliares de enfermagem R\$ 2.650,07 e de R\$ 1.360,94 para os atendentes de enfermagem. A quantidade de licenças concedidas, em 2007, aos 362 profissionais foram 762 licenças que representaram 6.245 dias de absenteísmo por doença ao trabalho, correspondendo a LM 67,6%, FA 10,8%, FO 12,1%, INS 5,0% e IN 4,5%. Os técnicos de enfermagem apresentaram a maior quantidade de licenças por doença, e os auxiliares de enfermagem a maior de dias de ausências. Quanto à unidade de origem, os maiores percentuais de licenças ocorreram na Clínica Cirúrgica, no Pronto-Socorro Adulto e na Clínica Médica. Na unidade de Pronto-Socorro Adulto, proporcionalmente ao quadro da unidade, ocorreu a maior quantidade de profissionais ausentes por doença. Na Clínica Médica, 73 licenças geraram a quantidade mais elevada de dias de ausências (1.216). O total do tempo em dias de ausência por doença foi de 11.948 dias, no ano, sendo: 5.757 dias (48,2%) IN; 3.552 dias (29,7%) INS e 2.470 dias (20,75%) LM; 101 dias (0,8%) FO; 68 dias (0,6%) FA. A menor ocorrência de licenças por doença foi no turno da noite e a maior no turno da manhã. As doenças sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo representaram 4.957 dias (41,5%) de ausências e os transtornos mentais e comportamentais 3.393 dias (28,4%). As LM representaram 83,5% do custo estimado. O percentual mensal de licenças por doença foi inversamente proporcional à taxa de ocupação. A taxa de absenteísmo por doença da equipe de enfermagem, em 2007, foi 5,3%, as licenças INSS representaram 4,2% e as LM 1,1%. A política de cobertura, por contratação temporária, do absenteísmo por doença poderá contribuir para diminuir a sobrecarga de trabalho, possibilitando condições mais seguras de trabalho aos profissionais de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo. Recursos Humanos (Dimensionamento). Profissionais de Enfermagem. Licenças (Taxas). Gerenciamento em Enfermagem. Trabalho.

Sancinetti TR. Sickness absenteeism among hospital nursing staff: rate, medical diagnosis and professional profile [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

ABSTRACT

The aim of this quantitative, descriptive and transversal study was to identify and analyze sickness absenteeism in the nursing staff of the University Hospital-USP, from January to December 2007. Methodology was carried-out in two phases: professionals' demographic characterization and analyze and characterization of absences regarding type of leave, medical diagnosis, rate of sickness absenteeism, relationship with rate of Hospital occupation and with the mean estimated cost. The professional chart consisted of, on average, 647 professionals, of which 362 presented sickness absenteeism: 69 (19.1%) nurses, 212 (58.6%) nursing technicians, 78 (21.5%) nursing assistants and three (0.8%) hospital attendants. Sick leaves were classified into: leave due to excused absence (EA); leave of absence, performing overtime work in non-work days (NW), medical leave up to 15 days (ML), and medical leave for more than 15 days (EML) and medical leave more than 15 days but started before 2007 (BML). The professionals' mean age for sickness absenteeism, sex and expertise time did not correlated absenteeism to disease. The professionals had an average of 1.5 children, 83% reported to have a job and they expended about 50 minutes in the way to the workplace. The gross income of the nurses was R\$ 4,958.32 and R\$ 2,650.07 for technicians/nursing assistants and R\$ 1,360.94 for nursing attendants. The total of leaves granted in 2007, for the 362 professionals was 762 leaves representing 6.245 days related to sickness absenteeism, corresponding to ML 67.6%, EA10.8%, NW 12.1%, EML 5.0% and BML 4.5%. The nursing technicians presented the greater rates of sick leaves and nursing assistants presented the greatest rate of absences. Regarding unit of origin of the greatest leave rates occurred in Surgical Clinic, Adult First-Aid Clinic and Medical Clinic. In the Adult First-Aid, proportionally in relation to the unit size, occurred the greatest number of sick leaves. In the Medical Clinic 73 leaves triggered a greater rate of absent days (1,216). The total amount of days on sick leave was 11,948 days, per year, of which: 5,757 days (48.2%) BML; 3,552 days (29.7%) EML and 2,470 days (20.765%) ML; 101 days (0.8%) NW; 68 days (0.6%) EA. The lower occurrence due to disease was observed at the night shifts and the greater in the morning shifts. Diseases of the osteomuscular system and connective tissue represented 4.957 days (41.5%) of absences and psychological and behavioral disorders 3,393 days (28.4%). The ML represented 83.5% of the estimated cost. Monthly percentage of leaves per disease was inversely proportional to the occupation rate. Sick absenteeism rate in the nursing staff, in 2007, was 5.3%, INSS* leaves represented 4.2% and MD 1.1%. Coverage Policies for temporary contract, sickness absenteeism may contribute to decrease work overload, allowing more safe conditions of working for the nursing professionals.

* INSS= (Social Security Office in Brazil)

KEYWORDS: Absenteeism. Human Resources (Dimensioning). Nursing professionals. Leave (Rate). Nursing Management. Work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro de pessoal do Departamento de Enfermagem por Divisão, HU-USP. São Paulo (2007).....	38
Figura 2 - Tipos de licenças doença concedidas aos profissionais de enfermagem, HU-USP. São Paulo (2007).....	47
Figura 3 - Distribuição por categoria profissional dos profissionais ausentes por doença e da equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	52
Figura 4 - Comparação da distribuição percentual dos ausentes por doença com a equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007, conforme faixas de idade, HU-USP. São Paulo (2007).	53
Figura 5 - Distribuição dos profissionais ausentes e da equipe de enfermagem conforme o sexo, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	55
Figura 6 - Estado civil dos profissionais de enfermagem ausentes por doença, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	56
Figura 7 - Distribuição da quantidade de filhos dos profissionais ausentes por doença, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	58
Figura 8 - Distribuição da experiência profissional dos ausentes por doença e da equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	60
Figura 9 - Distribuição percentual dos ausentes, conforme o intervalo de tempo de deslocamento de casa ao trabalho (minutos), período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	62
Figura 10 - Distribuição dos profissionais de enfermagem da equipe e ausentes conforme as unidades de origem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	66
Figura 11- Proporção das ausências em relação ao quadro da equipe de enfermagem das unidades, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	67

Figura 12 - Distribuição dos profissionais ausentes por doença, da quantidade de licenças concedidas por tipo e tempo (em dias) das ausências, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	69
Figura 13 - Distribuição da frequência e do tempo das ausências por doença em relação aos turnos de trabalho, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	71
Figura 14 - Distribuição dos principais diagnósticos que motivaram licenças autorizadas pela chefia (falta abonada), período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	74
Figura 15 - Distribuição dos principais diagnósticos que motivaram licenças compensadas por folgas, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	74
Figura 16 - Distribuição dos principais diagnósticos médicos que motivaram licenças com o benefício do INSS, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	75
Figura 17 - Distribuição dos diagnósticos médicos que motivaram as licenças-médicas, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	76
Figura 18 - Proporção dos grupos das doenças relacionadas no CID-10 que geram dias de ausências no serviço, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	78
Figura 19 - Composição do grupo de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (41,5% das ausências), período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	80
Figura 20 - Representação gráfica da Distribuição dos subgrupos transtornos mentais e de comportamento em relação a quantidade de licenças e ao tempo em dias, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	82
Figura 21 - Distribuição das licenças por doença e da taxa média de ocupação mensal, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	85
Figura 22 - Valor percentual de absenteísmo por doença conforme a categoria profissional da equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007. São Paulo (2007).	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da taxa média mensal da ocupação das unidades de internação do HU-USP em 2007.	49
Tabela 2 - Distribuição da quantidade média dos profissionais que apresentaram licença por doença e média dos profissionais da equipe no período, conforme a categoria profissional, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	51
Tabela 3 - Distribuição das idades dos profissionais ausentes por doença e da equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	53
Tabela 4 - Sexo dos profissionais ausentes por doença e da equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	54
Tabela 5 - Distribuição do estado civil dos profissionais ausentes por doença, HU-USP, período de jan-dez 2007. São Paulo (2007).	56
Tabela 6 - Distribuição dos profissionais ausentes por doença conforme a quantidade de filhos, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	57
Tabela 7 - Distribuição dos profissionais ausentes por doença conforme a quantidade de empregos, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	59
Tabela 8 - Distribuição da experiência profissional dos ausentes, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	60
Tabela 9 - Distribuição do tempo de deslocamento até o serviço, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	61
Tabela 10 - Valor médio das faixas salariais dos profissionais ausentes por doença, com base no salário médio de 2007, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	63

Tabela 11 - Distribuição de profissionais da equipe, profissionais ausentes, das licenças e do tempo em dias de ausências, segundo unidade de origem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	64
Tabela 12 - Distribuição dos profissionais ausentes por doença, da equipe de enfermagem e da relação percentual, segundo a unidade de origem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	65
Tabela 13 - Distribuição do total de profissionais ausentes por doença, da quantidade de licenças concedidas por tipo e do tempo (em dias) das ausências, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).	68
Tabela 14 - Distribuição da quantidade de profissionais da equipe de enfermagem; das licenças por doença e dos dias de ausência dos profissionais ausentes conforme o turno de trabalho, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	70
Tabela 15 - Demonstrativo da quantidade e tipo de licença de acordo com os diagnósticos médicos (CID) referidos, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	72
Tabela 16 - Relação dos principais grupos de doenças que acometem os profissionais com relação à quantidade de licenças e de dias de ausência, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	77
Tabela 17 - Distribuição dos subgrupos das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo em relação à quantidade de licenças e ao tempo em dias, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	79
Tabela 18 - Distribuição dos subgrupos transtornos mentais e de comportamento em relação à quantidade de licenças e ao tempo em dias, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	81
Tabela 19 - Estimativa do custo em R\$ referente aos dias de absenteísmo por doenças, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	83
Tabela 20 - Ausências ocorridas mensalmente e taxa média de ocupação, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).....	84

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A. Instrumento I - Coleta de Dados Demográficos	101
Apêndice B. Instrumento II - Planilha de Ausências por Doença.....	102
Apêndice C. Formulário Access.....	103
Apêndice D. Total das doenças relacionadas ao CID-10 ocorridas nas licenças e o tempo em dias de ausência	104

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Organograma do Departamento de Enfermagem.....	111
Anexo B. Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa.....	112
Anexo C. Encargos sociais e trabalhistas incidentes sobre o salário bruto mensal dos celetistas	113

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Alojamento Conjunto
AHA	American Heart Association
AMB	Ambulatório
BER	Berçário
BML	Medical leave for more than 15 days but started before 2007
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Controle de infecção hospitalar
CD	Conselho Deliberativo do HU-USP
CDE	Conselho Deliberativo de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEUSP	Centro de Práticas Esportivas da USP
CGE	Conselho Gestor de Enfermagem
CLC	Clínica Cirúrgica
CLM	Clínica Médica
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CME	Central de Material e Esterilização
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa Científica
CO	Centro Obstétrico
COMEP	Comissão de Ensino e Pesquisa
COSEAS	Coordenadoria de Assistência Social
CTE	Conselho Técnico de Enfermagem
DE	Departamento de Enfermagem
DEC	Divisão de Enfermagem Cirúrgica
DECLI	Divisão de Enfermagem Clínica
DEMI	Divisão de Enfermagem Materno-Infantil
DEPE	Divisão de Enfermagem Pacientes Externos
DIAL	Hemodiálise
EA	Excused absence
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ELE	Eletroencefalograma
EML	Medical leave for more than 15 days
ENDO	Endoscopia
FA	Licença por Faltas Abonadas
FO	Licença compensada por folgas

HD	Hospital-Dia
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IN	Licença-médica acima de 15 dias, porém iniciada antes de 2007
INS	Licença-médica acima de 15 dias, concedidas em 2007
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IST	Índice de Segurança Técnica
LM	Licença-médica com até 15 dias
ML	Medical leave up to 15days
NW	Non-work days
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Assistência domiciliar
PED	Unidade de Pediatria
PSA	Pronto-Socorro Adultos
PSI	Pronto-Socorro Infantil
RAD	Serviço de Radiologia
RH	Recursos Humanos
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SEd	Serviço de Apoio Educacional
SHE	Serviço de Higiene Especializada
SISUSP	Sistema Integrado de Saúde da Universidade de São Paulo
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SRA	Sala de Recuperação Anestésica
SUPER	Assessoria à Superintendência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBAS	Unidade Básica de Assistência à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTIA	Unidade de Terapia Intensiva Adulto
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Apresentação	17
1 INTRODUÇÃO.....	21
2 OBJETIVOS	32
2.1 Geral.....	33
2.2 Específicos	33
3 METODOLOGIA	34
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	35
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	44
3.4 POPULAÇÃO / AMOSTRA DO ESTUDO	44
3.5 ETAPAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO	45
3.5.1 Caracterização dos profissionais ausentes por doença	45
3.5.2 Identificação do absenteísmo por doença.....	46
3.5.2.1 Cálculo da taxa de absenteísmo por doença	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	51
4.1.1 Categoria profissional	51
4.1.2 Idade.....	52
4.1.3 Sexo	54
4.1.4 Estado Civil.....	56
4.1.5 Quantidade de Filhos.....	57
4.1.6 Quantidade de Empregos	58
4.1.7 Tempo de Experiência Profissional.....	59
4.1.8 Tempo de Deslocamento para o Hospital	61
4.1.9 Faixa salarial.....	62
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO ABSENTEÍSMO POR DOENÇA	63
4.2.1 Unidade de origem.....	63
4.2.2 Tipos de licença por profissionais ausentes	67

4.2.3 Tipos de licença por turno de trabalho	70
4.2.4 Diagnósticos médicos atestados ou referidos	71
4.2.4.1 Principais grupos de doenças, quantidade de licenças e os dias de ausências	76
4.2.5 Levantamento do custo médio anual estimado por absenteísmo por doença.....	82
4.2.6 Relação da proporção de licenças por doença em função da taxa de ocupação do Hospital	83
4.2.7 Taxa de absenteísmo por doença.....	85
 5 CONCLUSÃO	 88
 REFERÊNCIAS	 92
APÊNDICES	100
ANEXOS	112

APRESENTAÇÃO

A motivação para a presente investigação nasceu das experiências da pesquisadora ao longo de sua trajetória profissional, em suas várias inserções no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) que lhe proporcionaram um olhar crítico-reflexivo às questões que se referem ao gerenciamento de pessoas nas atividades de trabalho.

O dia-a-dia da grande parte das pessoas engajadas no trabalho organizacional é caracterizado por muitos confrontos entre a vida privada, a vida pública e a vida profissional.

A conciliação dos interesses e expectativas das pessoas com os da organização é uma questão complexa. Há dificuldade de formulação de instrumentos e práticas de gestão que permitam a conciliação satisfatória. A busca da valorização humana no trabalho é essencial para sustentar a gestão de pessoas (Dutra, 2004).

Gestão de pessoas é o conjunto das ações gerenciais que visam a geração de resultados organizacionais pela integração de diferentes perfis ocupacionais, pelo atendimento de expectativas, pelo conhecimento de interesses e assimilação da cultura de uma unidade ou ambiente coletivo. Portanto, gerenciar pessoas é integrar capacidades, visando a resultados (Limongi-França, 2008).

As exigências do trabalho pressionam os profissionais a se tornarem peças-chave nos resultados das instituições, obrigando-os ao desempenho eficaz que depende de aprendizagem e empreendedorismo, condição que muitos profissionais não conseguem atingir (Malvezzi, 2002).

A preocupação com o fortalecimento dos valores e da cultura da empresa tem pressionado adequar a cultura do trabalhador na empresa, o que promove o "desmanche" da cultura do indivíduo.

Nesse contexto e considerando o atual “desmanche” da cultura, verifica-se a importância do indivíduo construir sua própria biografia, com o propósito de se guiar, direcionar e articular na sociedade diferentes modalidades e formas de trabalho. Nessa jornada, é imprescindível a utilização e interiorização de conceitos, como moral: qualidade de vida e eficácia (Malvezzi, 1994).

Dutra (2004) considera que os efeitos perversos mais encontrados são: desarticulação conceitual, exploração do trabalhador, deslocamento estratégico e desunião das pessoas.

O olhar reflexivo sobre o gerenciamento dos profissionais de enfermagem tem possibilitado evidenciar que apesar das estratégias de gestão participativa e do aprimoramento contínuo das relações e das condições de vida no trabalho adotadas no hospital, onde há 25 anos atuo, tem havido aumento gradativo na taxa de absenteísmo por motivo de doença desses profissionais.

O preocupante cenário vem sendo tema de pesquisas, sob vários enfoques, que podem contribuir para que as ações adotadas nas mudanças organizacionais sejam promovidas de forma responsável, respeitando os tempos e realidades diferentes das pessoas nelas inseridas.

Dessa forma, na gerência do Departamento de Enfermagem do HU-USP, senti-me motivada para estudar o comportamento das ausências por motivo de doença, na perspectiva de contribuir para o conhecimento e colaborar na proposição de estratégias de mudanças dessa realidade.

Este estudo é parte do projeto de pesquisa “Métodos de dimensionamento de profissionais de saúde: desenvolvimento de programa aplicativo”, financiado pelo CNPq sob nº 409359/2006-8, que tem como objetivo o desenvolvimento metodológico de elaboração e avaliação de um programa aplicativo, destinado à integração e sistematização dos modelos para dimensionar os profissionais de enfermagem.

Assim, insere-se na linha de pesquisa “Gerenciamento de recursos humanos em saúde e enfermagem” e na produção do Grupo de Pesquisa: Gerenciamento de recursos humanos: conceitos e indicadores do processo de dimensionar pessoal de saúde.

Nessa perspectiva, a realização do presente estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento da interface entre o dimensionamento de profissionais de enfermagem e a saúde do trabalhador.

Por fim, importante contribuição poderá ser dada com esta investigação, no sentido de sugerir possibilidades para o avanço da gestão do trabalho às pessoas que atuam na área de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Na enfermagem brasileira, sobretudo nas organizações de saúde pública, o absenteísmo tem merecido atenção, pois vem sendo referido, pelos gerentes e na literatura, como de alto índice de ocorrência.

Várias abordagens e definições aparecem na literatura para a expressão absenteísmo. O termo originou-se de absentismo, aplicado aos proprietários rurais que abandonavam o campo para viver na cidade. No período industrial, a palavra foi usada para definir os trabalhadores que faltavam ao serviço (Quick e Lapertosa, 1982).

Os conceitos e abordagens referentes ao absenteísmo são condicionados pela valorização de diferentes aspectos do fenômeno, sendo assim existem diversas definições para o mesmo termo.

Para Chiavenato (2000), o absenteísmo refere-se à frequência ou duração do tempo de trabalho perdido quando os profissionais não comparecem ao serviço. Corresponde às ausências quando se esperava que estivessem presentes ao trabalho e constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso ou outro motivo interveniente.

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, o Serviço de Enfermagem poderá identificar o quantitativo de ausências por trabalhador por meio dos registros da instituição durante o período de um ou mais anos.

Conhecer o comportamento dos profissionais em relação a essa variável e estabelecer índices compatíveis com cada realidade são partes do processo gerencial para determinar a quantidade de profissionais que deve ser acrescentada ao número total de trabalhadores de cada categoria para cobertura das ausências, bem como as medidas necessárias para conter os índices encontrados (Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant, 2003; Johnson, Croghan e Crawford, 2003).

No presente estudo, os conceitos e a classificação de Gaidzinski (1998) foram adotados para qualificar as ausências em previstas e não

previstas. As ausências previstas são aquelas que podem ser planejadas com antecedência, como: férias, folgas e feriados e as não previstas caracterizam o absenteísmo por não serem previsíveis, como: as faltas abonadas, as justificadas e as injustificadas, licença-médica, maternidade, paternidade, acidentes de trabalho ou outras licenças amparadas por lei (Brasil, 2005) e/ou de direito do trabalhador (nojo, gala, congresso) (Brasil, 1988).

Em unidades de saúde com assistência ininterrupta, verificou-se que o índice de reposição esperado, para uma carga horária semanal de 36 horas, foi, em média, de 35%, correspondendo: 17% para cobertura das folgas por descanso remunerado; 3,5% para cobertura dos dias de feriados não coincidentes aos domingos; 7,5% para cobertura dos dias de férias e 4% para a cobertura de faltas e licenças (maternidade, médica, nojo, gala, etc.) (Gaidzinski, Fugulin, Castilho, 2005).

Pesquisas desenvolvidas por vários autores (Fugulin, 1997; Gaidzinski et al., 1998; Belém e Gaidzinski, 1998; Farias, Silva e Gaidzinski, 2000; Pavani, 2000; Possari, 2001; Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant, 2003; Rogenski, 2006), em diferentes realidades institucionais, demonstraram que as ausências previstas (folgas e férias) representam o maior percentual na cobertura de pessoal. Dentre essas ausências, observa-se a predominância de ausências por folgas.

Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005) denominam como Índice de Segurança Técnica (IST) a quantidade de pessoal necessária para cobertura das ausências previstas (folgas por descanso remunerado semanal; folgas por feriados não coincidentes aos domingos e férias) e das ausências não previstas (absenteísmo por faltas e por licenças) dos profissionais.

Em um hospital de grande porte no Município de São Paulo, o estudo realizado por Belém e Gaidzinski (1998) demonstrou que a taxa de ausência prevista foi significativamente maior que as ausências não previstas. Para a primeira, foi encontrado 52,53% e à segunda, 3%.

O estudo das taxas de ausências previstas e não previstas é uma temática de grande importância para o gerenciamento, visto que a qualidade

dos serviços prestados é diretamente afetada pela redução do quadro profissional de qualquer instituição, seja ela de saúde ou não (Fugulin, 2002).

A motivação para a assiduidade é atingida pelas práticas organizacionais (recompensas à assiduidade e punições ao absenteísmo), pela cultura de ausência (quando as faltas ou atrasos são considerados aceitáveis ou inaceitáveis) e pelas atitudes, valores e objetivos dos profissionais, evidenciando que a quantidade e a duração das ausências podem estar relacionadas com a satisfação no trabalho (Chiavenato, 2000).

As organizações devem possuir programas de controle de ausências que focalizem as causas do absenteísmo, verifiquem as justificativas das ausências, definam e comuniquem regras sobre o evento e recompensa dos bons registros de assiduidade, pois cada pequena redução nesse índice pode trazer razoável economia à organização (Chiavenato, 2000).

Na enfermagem, essas ausências desestruturam a dinâmica dos serviços, causam sobrecarga de trabalho, alteram a qualidade da assistência e geram conflitos de equipe e insatisfação (Quick e Lapertosa, 1982; Alves, Godoy, Santana, 2006; Dall'inha, 2006). Além disso, o absenteísmo é um problema que compromete seriamente a organização do trabalho, tanto na questão econômica como na questão humana e que deve ser estudado profundamente no sentido de buscar soluções e melhorias para o trabalhador e empregador (Matos, 2003).

Os profissionais de enfermagem, nas instituições hospitalares, representam a maior força de trabalho (AHA, 2001; McCue, Mark, Harless, 2003; Castilho, Fugulin e Gaidzinski, 2005).

Salários e encargos sociais aplicados aos recursos humanos representam 60% das despesas (Porter e Teisberg, 2004).

Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006) salientam que o hospital constitui um ambiente onde os profissionais liberam suas potencialidades e compartilham metas. A forma como este espaço é moldado influencia significativamente na qualidade de vida e satisfação das pessoas.

O termo qualidade de vida inclui uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (Bullinger, 1993).

Ciampone, Kurcgant (2005); Marziale (1995); Siqueira, Watanabe e Ventola (1995); Tamayo (1997); Felli e Tronchin (2005) evidenciaram que a natureza do trabalho do cuidado a pessoas, por necessariamente implicar lidar com o sofrimento, dor e morte, desencadeia nos profissionais de enfermagem desgaste psíquico intenso, caracterizado pelo estresse, fadiga, desgaste físico e mental, *burnout*, sofrimento psíquico ou depressão.

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 (OIT, 1989).

Semelhantes resultados foram encontrados para os profissionais de enfermagem (Silva, 1983; Robazzi et al., 1990; Alves, 1994; Echer et al., 1999; Pavani, 2000; Possari, 2001; Fugulin, 2002; Nascimento, 2003; Farias, 2003; Laus, 2003; Matsushita, 2003; Rogenski, 2006; Becker, Oliveira, 2008). Percebe-se, portanto, que as justificativas para a maioria das ausências ao trabalho, por meio de atestados médicos são fenômenos mundiais que vêm sendo aceitos sem uma análise mais criteriosa pelas organizações, como já referido por Alves (1996).

A legislação brasileira (Brasil, 2005) considera licença-saúde as ocorrências para tratamento, conferidas por meio de atestados médicos e conhecidas pelos profissionais como licença-médica, aquela de curta duração paga pela empresa, ou licença Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), àquela cujo período é superior a 15 dias e remunerada pelo INSS e a licença por acidente de trabalho ou em decorrência do trabalho.

No HU-USP, foi realizado um extenso estudo por Rogenski (2006) sobre carga de trabalho em enfermagem, chamou a atenção em relação ao absenteísmo, pois as licenças-médicas constituíam o tipo mais frequente de

ausências. Esse estudo apontou, no período de 2001 a 2005, índices variáveis de absenteísmo por doença em diferentes unidades de internação.

Verifica-se nesse estudo, que a média encontrada nos índices de ausência não prevista na categoria enfermeira variou pouco no período (3,2; 2,14; 4,02; 3,98 e 3,87), na categoria técnico/auxiliar de enfermagem os índices foram 4,61; 5,54; 6,8; 6,0 e 10,22, demonstrando aumento significativo de ausência não prevista nessas categorias.

O estudo de Alves (1996) revelou que, em hospitais públicos, os índices de absenteísmo total variaram de 4,78 % a 8,98% e, nos privados, de 0,25% a 5,44%. A autora comenta que isso leva a inferir que podem estar ocorrendo maiores mecanismos de controle nos hospitais privados.

Observa-se também que nos hospitais privados existe a prática de cobertura das ausências prolongadas (médica e maternidade) por contratação temporária ou pagamento de horas extras.

Essa prática nem sempre é possível nas instituições governamentais em razão da legislação vigente, entretanto a não reposição das ausências por tempo prolongado causa diminuição do contingente de profissionais e, conseqüentemente, há aumento da carga de trabalho para os profissionais de enfermagem, o que poderá causar desgaste físico e emocional para os trabalhadores.

Vários autores reconhecem na etiologia do absenteísmo um caráter multifatorial que contribui para aumentar sua complexidade. Apontam-no como decorrente de uma ou mais classes de fatores causais, tais como: fatores de trabalho, sociais, culturais, de personalidade e doença (Couto, 1987; Gehring Junior, Correa Filho, Vieira Neto, et al., 2007); geográficos, organizacionais e individuais (OIT, 1989; Johnson, Croghan e Crawford, 2003; Gaidzinski, Fugulin e Castilho, 2005); físicos, psíquicos e sociais (Quick e Lapertosa, 1982); doenças, causas ocupacionais e sociais (McEwan, 1991); fatores ambientais, organizacionais, características individuais e de personalidade (Borofsky e Smith 1993).

Essas classes de fatores causais do absenteísmo modificam-se dependendo do autor ou tipo de estudo (Chiavenato, 1991), tendo sido

agrupadas causas em razão de doenças efetivamente comprovadas, doenças não comprovadas, razões de caráter familiar, atrasos involuntários, faltas voluntárias por motivos pessoais, dificuldade e problema de transporte, baixa motivação para trabalhar, supervisão precária e políticas organizacionais inadequadas.

Para Valtorta, Sidi e Bianchi (1985), as causas de ausências possuem componentes culturais e sociais marcantes. Pesquisa realizada com profissionais de um hospital, incluindo a equipe de enfermagem, aponta como fatores explicativos do absenteísmo as seguintes circunstâncias agravantes: a predominância do sexo feminino na profissão, a necessidade de exercer outra atividade profissional para complementar a renda familiar, dificuldades para ascender na carreira e sobrecarga de atividades no dia-a-dia. Os autores observaram, também, que as licenças de saúde, somente 30% estavam relacionadas às causas médicas e 70% referiam-se a causas sociais.

Otero (1993) corrobora com esse dado quando, em seu estudo, verificou que a maioria das ausências no trabalho é justificada por atestado médico, entretanto considerou que isso não significava que todas fossem sempre decorrentes de doenças.

O fato foi reafirmado em outro estudo indicando que o atestado médico é uma válvula de escape que o trabalhador encontra para fugir de situações indesejáveis, conflituosas ou até mesmo para demonstrar insatisfação no trabalho (Otero, 1993; Alves, 1996).

Nessa perspectiva de compreensão, algumas situações de trabalho emergem como possíveis fatores desencadeadores de desgaste, tais como: o ritmo acelerado, as pressões da chefia, a falta de reconhecimento do desempenho profissional, a falta de autonomia, a necessidade de atenção constante no desempenho das atividades e o alto nível de responsabilidade.

Um grande desafio quanto à gestão de pessoas verifica-se no âmbito do processo de trabalho da área da saúde, em que a missão é

possibilitar o trabalho das pessoas com atitudes e resultados saudáveis (Limongi-França, 2008).

Recentemente psicólogos sociais norte-americanos desenvolveram, com base no conceito de estresse, o conceito de uma síndrome especial de esgotamento profissional - síndrome de *burnout* - uma reação à tensão emocional crônica de pessoas que tratam excessivamente com outros seres humanos. Segundo Tamayo (1997), existe um constructo multidimensional que compreende três componentes relacionados, mas independentes: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

A Psicodinâmica do Trabalho, que tem como principal representante Christophe Dejours, nas décadas de 1980-1990, tem como preocupação central a relação entre a organização do trabalho e a saúde mental do trabalhador.

Na primeira fase, os estudos nessa área tinham a preocupação de investigar o sofrimento e seu surgimento apoiados no confronto do psiquismo/organização do trabalho. Assim, os pesquisadores do grupo de Dejours centravam sua atenção na dinâmica geradora desse sofrimento e na análise das estratégias individuais e coletivas suscitadas pelo sofrimento advindo do trabalho (Dejours, 2003).

Na segunda fase, Dejours e sua equipe de pesquisadores passaram a se preocupar com o desdobramento do sofrimento em direção ao polo saúde. Nessa perspectiva, as condições para o direcionamento da dinâmica da saúde mental passam pela constituição de outra instância - o coletivo de regra. Esta é uma estratégia construída pelos próprios trabalhadores, para tentar atenuar o sofrimento no trabalho, no qual estes passam a partilhar a cooperação, a confiança e regras comuns, ou seja, ocorre a instauração de uma ética em que são estabelecidos alicerces de confiança recíproca entre eles (Dejours, 2003).

Este espaço de compartilhamento representa para os trabalhadores o lugar da fala, da expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação da situação vigente. Os

mecanismos adotados pelos trabalhadores auxiliam no fortalecimento da identidade grupal, pois todos os sujeitos sentem-se reconhecidos e respeitados em suas capacidades e sentimentos.

Para esses autores, a investigação fornece subsídios para a compreensão de algumas das mais sérias dificuldades que se opõem à conscientização no processo necessário à transformação do trabalho nocivo em trabalho saudável e prazeroso.

Dejours (2003) afirma ainda que este processo contribui para a construção de sentido do trabalho na vida mental do trabalhador, fundamental para a mobilização conjunta de sentimentos para a sublimação e criatividade.

Com relação a estudos voltados para o desgaste no trabalho da enfermagem, Zanon, Marziale (2000) buscaram compreender o processo saúde-doença vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem de um hospital público e de ensino no desempenho de seu trabalho.

A exposição dos trabalhadores de enfermagem a diferentes tipos de cargas, gera processos de desgaste e diminuição da capacidade de trabalho, tanto física como psíquica. Esses desgastes, condicionados ao perfil da profissão e da pessoa, podem ser evitados se aliados a ações que promovam melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e identificados os processos destrutivos da integridade corporal ou biopsíquica para substituí-los por processos favoráveis à aprendizagem não só de conhecimentos, mas também de relações sociais, de formação de uma identidade social e pessoal e do desenvolvimento das capacidades (Felli e Tronchin, 2005).

Tais processos não se referem, necessariamente, às doenças diagnosticadas, mas sim ao processo que as concretiza, uma vez que é possível recuperar as perdas e capacidades, bem como desenvolver as potencialidades dos trabalhadores (Felli e Tronchin, 2005).

Outros estudos têm revelado que o trabalho do cuidado ao paciente remete à vivência tanto do sofrimento como do prazer (Pitta, 1999;

Takahashi, 1991; Padilha, Vaghetti e Brodersen, 2006; Lunardi e Mazzilli, 1996; Shimizu, 1996; Barboza, 2001).

Silva; Marziale (2000) realizaram investigação das ausências por licença-doença, registradas durante um ano, analisaram o adoecimento da equipe de enfermagem de um hospital-escola pela incidência do absenteísmo por doença justificada por atestado ou laudo médico. Os índices de absenteísmo por doença representaram 72,6% das ausências não previstas, configurando 494 ausências que resultaram em 1.491 dias perdidos de trabalho em um ano.

A qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem depende do modo de organização e operação de seu trabalho e das estratégias de enfrentamento do grupo, referente às contradições existentes entre os aspectos saudáveis e protetores de que esse grupo desfruta e os aspectos destrutivos de que padece, de acordo com sua inserção histórica e específica na produção da saúde (Silva; Massarollo, 1998; Peduzzi, Ciamponi, 2005).

O conteúdo das tarefas e a qualidade das relações com os colegas de trabalho e com as chefias devem ser analisados, pois podem ser fatores desencadeantes de sofrimento psíquico do trabalhador ou fonte de prazer. A transformação do sofrimento em criatividade e, conseqüentemente, em prazer depende de dois elementos: a ressonância simbólica e espaço para discussão coletiva das dificuldades relacionadas ao trabalho (Dejours, 2003).

Shimizu (1996) verificou que as enfermeiras das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) vivenciavam permanentemente sentimentos de angústia intensa, por causa do medo de que alguma coisa errada pudesse acontecer com os pacientes.

A autora relata que a maior manifestação de medo foi pelo sentimento de pouco controle sobre a possibilidade de erros, que pudessem ser ocasionados pelos outros elementos da equipe.

Assim, verificou que os profissionais de enfermagem de nível médio, além de enfrentarem as diversas dificuldades relacionadas à

complexidade técnica da assistência aos pacientes críticos, estão expostos, diariamente, às exigências dos pacientes, familiares e médicos. No entanto, comumente são pouco valorizados pelos pacientes, pelos superiores e pela instituição, por executarem atividades caracterizadas, como trabalho manual, trabalho este desvalorizado em relação ao trabalho intelectual. Estes, possivelmente, são alguns dos fatores geradores de sofrimento no trabalho.

Além disso, observa-se, atualmente, um rápido desenvolvimento tecnológico e científico que vem impulsionando a introdução de grande número de equipamentos sofisticados e complexos nos hospitais. A situação faz com que todos os trabalhadores de enfermagem, independente de seu grau de qualificação, enfrentem no dia-a-dia de trabalho as várias mudanças impostas pela introdução das novas tecnologias.

O medo e a insegurança são sentimentos, por muitas vezes, despertados pelo desconhecido (Pichon-Rivière, 1986). A inovação ameaça a ordem das coisas já estabelecidas e acomodadas, abala a aparente tranquilidade do ambiente e exige a reestruturação da organização interna dos profissionais.

Diante do exposto, delineia-se como questionamento principal: Qual o quantitativo de profissionais de enfermagem que se ausenta do trabalho por doença, no HU-USP? Esta questão conduz aos seguintes desdobramentos: Quais as características demográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem que adoecem? Quais as doenças prevalentes desse grupo de trabalhadores? Qual o impacto do absenteísmo na carga de trabalho da unidade aos profissionais de enfermagem? Quanto representa o custo das ausências por doença?

A partir dessas ponderações, delimita-se o seguinte pressuposto teórico: o absenteísmo por doença gera sobrecarga de trabalho, comprometendo a segurança do paciente e do profissional de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Caracterizar o absenteísmo dos profissionais de enfermagem por doença de um hospital público de ensino.

2.2 Específicos

- Identificar as características demográficas dos profissionais de enfermagem com absenteísmo por doença;
- Identificar os tipos de afastamento que determinam o absenteísmo por doença;
- Identificar os diagnósticos médicos que causam o absenteísmo por doença;
- Calcular a taxa de absenteísmo por doença dos profissionais de enfermagem;
- Comparar a taxa de absenteísmo por doença, com a taxa de ocupação das unidades do Departamento de Enfermagem;
- Levantar o custo médio anual estimado por absenteísmo por doença.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de natureza quantitativa, descritiva, com investigação do tipo transversal.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário para o desenvolvimento desta pesquisa, o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), ocupa lugar de destaque no Município de São Paulo, considerado como referência de serviço de média complexidade, representa excelência na área de enfermagem no contexto dos hospitais públicos de ensino.

O HU-USP é um órgão da USP, integrante do Sistema Único de Saúde, inserido na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste e tem seus objetivos consolidados por meio do ensino, da pesquisa e da extensão de serviços à comunidade. Localiza-se no campus da USP, na zona oeste da cidade de São Paulo, ocupando uma área física de 36.000m². É um hospital geral de atenção secundária, que dispõe de 247 leitos distribuídos nas quatro especialidades básicas: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

Constitui o campo de estágio das faculdades de Medicina, Saúde Pública, Enfermagem, Farmácia e Odontologia. Atualmente, presta assistência de saúde tanto à comunidade USP que engloba os servidores, alunos e dependentes, os moradores do Distrito do Butantã, servindo de referência às Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região. Os recursos financeiros são provenientes de dotação orçamentária da USP e dos serviços prestados ao Sistema Unitário de Saúde (SUS).

Os órgãos da Administração Superior do HU-USP são o Conselho Deliberativo (CD) e a Superintendência. O CD é constituído pelos diretores da Faculdade de Medicina, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Instituto de Psicologia, pelo superintendente do HU-USP,

pela representação discente e por um representante da comunidade. Uma das principais funções do CD é definir as diretrizes básicas da assistência médico-hospitalar, da pesquisa, da cooperação didática e da prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade.

A Superintendência é o órgão de direção executiva que coordena, supervisiona e controla todas as atividades do HU-USP.

O estatuto do HU-USP assegura que o cargo de Diretor de Departamento de Enfermagem seja necessariamente exercido por um docente da Escola de Enfermagem da Universidade, essa condição objetiva a integração da assistência, ensino e pesquisa na área de enfermagem.

O Departamento de Enfermagem (DE), com participação efetiva no desenvolvimento e na consecução dos objetivos institucionais tem sua estrutura organizacional composta de quatro divisões: Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC), Divisão de Enfermagem Clínica (DECLI), Divisão de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) e Divisão de Pacientes Externos (DEPE). Estas quatro divisões congregam 13 seções e três setores. O DE agrega, ainda, o Serviço de Apoio Educacional (SEd), responsável pela seleção, treinamento, desenvolvimento e avaliação de desempenho de pessoal.

A estrutura organizacional do DE é apresentada no Anexo A.

O DE adota um modelo de gestão participativa, composta por Conselhos e Órgãos de assessoria como a Comissão de Ética e Grupos de Estudos. Possui três Conselhos: Deliberativo de Enfermagem; Gestor de Enfermagem e Técnico de Enfermagem.

Os Conselhos têm como finalidade assessorar o DE nas decisões relativas ao gerenciamento da equipe de enfermagem, dos recursos materiais e financeiros necessários para garantir a qualidade do cuidado de enfermagem.

O Conselho Deliberativo de Enfermagem (CDE) é constituído por: Diretores do DE, das Divisões de Enfermagem e do Serviço de Apoio Educacional.

O Conselho Gestor de Enfermagem (CGE) é formado pelos Membros do Conselho Deliberativo de Enfermagem, Chefes de todas as Seções do DE e enfermeiras dos Setores: Hemodiálise; Hospital Dia, Programa de Atendimento Domiciliar, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Unidade Básica de Assistência à Saúde - Campus São Paulo e Gerenciamento de Materiais.

O Conselho Técnico de Enfermagem (CTE) é constituído pelos Membros do Conselho Gestor de Enfermagem (CGE) e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, representantes das seções e setores. Os membros e respectivos suplentes dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem das Seções/Setores são eleitos por seus pares.

Desde 1981, o Departamento de Enfermagem adota como proposta assistencial o Processo de Enfermagem de Wanda Aguiar Horta, como um importante norteador da assistência, do ensino e da pesquisa, contemplando as fases do Histórico de Enfermagem; Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem e, a partir de 2003, implantou o Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Association International - NANDA-I* em todas as unidades do HU-USP.

A equipe de enfermagem prevista é composta por 692 membros, representando 40% do total de funcionários do Hospital.

O quadro de profissionais de enfermagem está apresentado na Figura 1.

DIVISÃO/SERVIÇO FUNÇÃO	DE	SEd	DECLI	DEC	DEMI	DEPE
Diretor de Departamento	01	-	-	-	-	-
Diretor de Divisão	04	-	-	-	-	-
Diretor de Serviço	-	01	-	-	-	-
Chefe de Seção	-	-	2	3	5	04
Enfermeiro	06*	03	37	26	61	34
Técnico de Enfermagem	-	-	63	70	99	62
Auxiliar de Enfermagem	-	-	35	40	68	41
Secretária	02	01	1	-	1	-
Técnico Administrativo	-	-	2	4	5	2
Técnico de Apoio Educativo	-	-	-	-	1	-
Atendente de Enfermagem	-	-	1	3	3	1
Total	13	05	141	146	243	144

Figura 1 - Quadro de pessoal do Departamento de Enfermagem por Divisão, HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Serviço de Apoio Educacional, HU-USP.

A Divisão de Enfermagem Clínica (DECLI) integra as unidades:

- *Clínica Médica (CLM)*: possui 44 leitos para atendimento de pacientes, na maioria idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas.
- *Terapia Intensiva Adulto (UTIA)*: composta por 20 leitos, sendo 12 destinados aos Cuidados Intensivos e oito leitos aos Cuidados Semi-Intensivos.
- *Hemodiálise (DIAL)*: atende de segunda-feira a sábado, das 7 às 19 horas e está organizada para dialisar dez pacientes ambulatoriais por dia e pacientes internados sem condições clínicas de encaminhamento.

* Duas enfermeiras na Superintendência; uma enfermeira no Gerenciamento de Materiais; duas enfermeiras na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e uma enfermeira no Serviço de Higienização Especializada.

A Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC) é formada pelas unidades:

- *Clínica Cirúrgica (CLC)*: dispõe de 44 leitos, predominantemente ocupados por pacientes submetidos à cirurgia geral e ortopédica. A essa clínica, está vinculado o Hospital-Dia (HD), com dez leitos para pacientes cirúrgicos e recebe, também, pacientes clínicos com necessidade de medicação diária, o atendimento nesse setor ocorre de segunda à sexta-feira das 7 às 19 horas.
- *Centro Cirúrgico (CC)*: composto por dez salas operatórias e sete leitos Recuperação Anestésica (SRA), realizam-se cirurgias gerais de pequeno e médio portes, eletivas, de urgência e de emergência.
- *Central de Material e Esterilização (CME)*: fornece materiais médico-odonto-hospitalares para todo o Hospital. O arsenal de instrumentais e utensílios de higiene é preparado e distribuído em forma de pacotes e caixas cirúrgicas.

A Divisão de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) integra as unidades:

- *Centro Obstétrico (CO)*: com três áreas distintas: o Pronto-Atendimento Obstétrico; Pré-Parto, com oito leitos e a Área Restrita, com quatro salas de parto e recuperação pós-parto, segue os princípios que fundamentam o Sistema de Alojamento Conjunto mãe-filho.
- *Alojamento Conjunto (AC)*: dispõe de 52 leitos sendo 47 leitos para atendimento do binômio mãe-filho e cinco para intercorrências obstétricas.
- *Berçário (BER)*: possui 24 leitos, destinados a recém-nascidos com necessidade de cuidados intermediários e semi-intensivos ou por motivos maternos.
- *Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal (UTIP)*: dispõe de 16 leitos, dez para crianças de 29 dias a 14 anos, 11 meses e 29 dias, e seis leitos para recém-nascido de zero a 28 dias de vida.
- *Pediatria (PED)*: assiste a pacientes entre 29 dias de vida e 15 anos incompletos, conta com 36 leitos.

Todas as unidades possuem sala para preparo de medicação, para procedimentos, copa, área de apoio administrativo e de materiais.

A Divisão de Enfermagem Pacientes Externos (DEPE) engloba:

- *Pronto-Socorro Adulto (PSA)*: conta com área para procedimentos inerentes a sua destinação e com 11 boxes para observação. O período de permanência em observação é variável e depende da gravidade do paciente, necessidade de internação e disponibilidade de leitos na rede pública hospitalar.
- *Pronto-Socorro Infantil (PSI)*: além das salas de medicação e emergência, possui dez boxes individuais e dois quartos privativos, para pacientes de zero a 15 anos incompletos que necessitem de observação.
- *Ambulatório (AMB)*: de atenção secundária à saúde, nas áreas de Pediatria, Clínica Médica, Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, dispõe de 52 consultórios, salas para realização de grupos multiprofissionais de Educação para Saúde e salas de medicação, gesso, curativos e para pequenas cirurgias.
- *Endoscopia (END)*: existem três salas de exames, duas de preparo e local para observação pós-sedação com quatro boxes. Os procedimentos de emergência, no período noturno e finais de semana, são acompanhados por profissional de enfermagem da Unidade solicitante.
- *Programa de Atendimento Domiciliar (PAD)*: em média 100 pacientes, ficam sob os cuidados da equipe multiprofissional no período de estudo. A média de permanência no programa é de 6 meses.
- *Serviço de Radiologia (RAD)*: em fase de expansão do parque tecnológico, área e pessoal, conta com área específica de atendimento a pacientes com necessidade de cuidados de enfermagem.
- *Unidade Básica de Assistência à Saúde (UBAS)*: destina-se a assistência primária dos servidores da Universidade de São Paulo.

A carga semanal de trabalho dos profissionais de enfermagem do DE é de 36 horas semanais. Os profissionais de enfermagem, lotados nas áreas de assistência ininterrupta trabalham em quatro turnos de 6 horas: manhã e tarde e nos noturnos 12x36 horas. Durante 2007, cada profissional teve direito a 76 folgas correspondendo às folgas por descanso remunerado semanal, feriados e passagem de plantão (esta folga é dada aos enfermeiros e profissionais das unidades onde existe a passagem de plantão).

Os profissionais não docentes são regulamentados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Benefícios

Quanto aos benefícios financeiros, recebem adicional por jornada diária de 12 horas, os profissionais que trabalham no turno da noite, nos finais de semana ou feriados. Adicional de insalubridade ou periculosidade, conforme o setor que está lotado; adicional de tempo de serviço, conforme a legislação estadual. O Hospital oferece vale-alimentação (cesta básica) no valor de R\$ 240,00 para os servidores com vencimento base inferior a R\$ 6.205,54 (valor correspondente ao nível Superior II-J da Tabela de vencimentos de dezembro de 2007).

Gratificação por plantão

Os profissionais que trabalham em esquema de plantão de 12 horas, à noite, nos finais de semana e feriados recebem uma gratificação por plantão de R\$ 60,00 para enfermeiros e R\$ 50,00 para técnicos/auxiliares de enfermagem.

Assistência à saúde

Todos os profissionais contratados pela instituição e seus dependentes têm direito a assistência à saúde na Instituição, dentro de seu perfil de atenção secundária, quando há necessidade de assistência de

maior complexidade que o perfil de atendimento do HU-USP são encaminhados às instituições de referência por meio do SUS ou do Sistema Integrado de Saúde da Universidade de São Paulo (SISUSP).

As licenças-médicas são atestadas por médicos do Hospital, pois não há um serviço especializado para avaliação e acompanhamento dessas ausências e das concessões recebidas, com exceção a acidentes de trabalho.

Alimentação

Por meio do Serviço de Nutrição e Dietética (SND), o HU-USP oferece, gratuitamente, café da manhã aos funcionários do hospital; o almoço ou jantar é subsidiado em 0,15% do salário, limitado a R\$ 2,50 reais por refeição.

Creches

O Serviço Social da Coordenadoria de Assistência Social (COSEAS) realiza seleção de caráter socioeconômico para concessão de vagas nas creches aos filhos de funcionários. São quatro creches em São Paulo que aceitam crianças de 4 meses a 6 anos e 11 meses de idade. As inscrições ficam abertas permanentemente.

Além destas, o HU-USP possui creche para os filhos de funcionárias que amamentam. As crianças permanecem até completar 18 meses.

Auxílio-Creche

O funcionário poderá optar pelo valor do auxílio-creche, definido de acordo com a jornada de trabalho do beneficiado com o valor de R\$ 373,80 por dependente.

Auxílio transporte

Para concessão do auxílio-transporte, mensalmente é apurado o montante das despesas de condução, multiplicando-se o valor diário da condução de sua região pelo número de dias efetivamente trabalhados por servidor.

O benefício é concedido caso o valor no mês seja superior a 6% da sua remuneração mensal, que corresponderá à diferença entre o montante das despesas de condução do servidor e a parcela equivalente a 6% de sua remuneração.

Atividades esportivas

O Centro de Práticas Esportivas da USP (CEPEUSP) com área de 540.000 metros quadrados e uma estrutura dirigida ao esporte e recreação, programas regulares de atividades físicas, de esportes, de reabilitação física e de eventos esportivos. Conta com um estádio de futebol, piscina olímpica, tanque de saltos e conjunto de piscinas múltiplas, velódromo e raia olímpica para remo e canoagem.

Além disso, o CEPEUSP possui pista de atletismo, de jogging, minicampo de futebol, quadras de tênis e poliesportivas, além de ginásio coberto, contendo módulos para esportes coletivos, ginástica artística e lutas. Diferentes e variadas modalidades esportivas podem ser praticadas, tais como: atletismo, basquetebol, canoagem, caratê, ciclismo, condicionamento físico, dança aeróbica, futebol de campo, ginástica aeróbica, ginástica artística (olímpica), handebol, ioga, judô, musculação, natação, pedestrianismo (jogging), pólo aquático, remo, tênis de campo, voleibol e jogos cooperativos. As programações podem ser utilizadas por alunos, servidores e seus dependentes (até 18 anos incompletos ou cônjuges), estendendo-se à comunidade que participa dos cursos destinados a pessoas não vinculadas à USP.

Há também no campus *O Parque Esporte para Todos*, também administrado pelo CEPEUSP, é um bosque de 26.632 metros quadrados, com circuito de 1.000 metros para jogging, com aparelhos, sendo sua entrada liberada ao público, em geral.

O Clube dos Funcionários é um espaço criado dentro da Universidade com o objetivo de oferecer aos servidores não docentes e seus dependentes oportunidade de lazer.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi apresentado à Comissão de Ensino e Pesquisa (COMEP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-USP, sendo iniciada a coleta de dados somente após a aprovação por esses órgãos (Anexo B).

A fim de preservar o anonimato do profissional, as informações inseridas no formulário de armazenamento dos dados foram tratadas nas planilhas, a partir do número funcional do trabalhador que, após a conferência dos referidos dados, foi substituído por número de ordem.

3.4 POPULAÇÃO / AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo constituiu-se de todos os profissionais de enfermagem do DE.

A amostra do estudo baseou-se nos profissionais de enfermagem, representados pelos enfermeiros assistenciais, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem lotados no DE, de janeiro a dezembro de 2007. Nesse período, havia, em média, 647 profissionais de enfermagem sendo: 174 enfermeiros; 257 técnicos de enfermagem; 208 auxiliares de enfermagem e oito atendentes de enfermagem.

3.5 ETAPAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira objetivou a caracterização demográfica dos profissionais de enfermagem ausentes por doença denominados profissionais ausentes e a segunda, a caracterização e análise do absenteísmo por doença.

Inicialmente, a pesquisadora orientou o grupo de enfermeiros-chefe das unidades do DE, em reunião previamente agendada quanto aos objetivos da pesquisa e à forma de registro nos instrumentos de coleta de dados (Apêndice A) referentes à caracterização demográfica e ao levantamento do absenteísmo por doença dos profissionais de enfermagem (Apêndice B) e solicitou que a informação fosse repassada aos demais profissionais de enfermagem, nas passagens de plantão sobre a pesquisa que seria realizada durante 2007.

Ao final de cada mês, a pesquisadora recolhia os instrumentos de coleta de dados, conferia e armazenava as informações em banco de dados construído com o programa Microsoft Access® (Apêndice C).

3.5.1 Caracterização dos profissionais ausentes por doença

Para identificação das características demográficas dos profissionais de enfermagem que se ausentaram por doença, foi elaborado um instrumento contendo: nome, unidade de trabalho, número funcional, idade, sexo, estado civil, número de filhos, número de empregos atuais, tempo de experiência na função, salário, tempo que percorre de casa ao trabalho (Apêndice A).

Este instrumento foi encaminhado aos enfermeiros-chefes de cada unidade do DE para ser preenchido, quando qualquer profissional de enfermagem apresentasse absenteísmo por doença.

As informações dos profissionais que não retornaram ao trabalho, excedendo salário, foram complementadas pelos chefes com os dados fornecidos pelo Setor de Pessoal e pelo SEd do DE.

Em respeito à questão ética para estimar o salário dos que não responderam, foi verificado por meio de uma planilha do SEd o tempo de trabalho no Hospital e procedeu-se da seguinte forma: acrescentou-se sobre o salário base 5% a cada 5 anos de casa (referente aos quinquênios) e, a partir de 20 anos de serviço, aumento de um sexto no salário, chamada sexta parte; não foi incluído o vale alimentação nem houve condições de considerar o acréscimo aos salários referente aos acessos à carreira da USP. Estas informações foram obtidas no site da Universidade de São Paulo (<http://www.usp.br/drh>).

As informações demográficas referentes a toda equipe de enfermagem do Hospital foram coletadas no SEd.

3.5.2 Identificação do absenteísmo por doença

Para o levantamento mensal da quantidade e da descrição das ausências por doença dos profissionais de enfermagem (absenteísmo por doença) foi organizado um instrumento em forma de planilha, a ser preenchido pelos enfermeiros-chefe das unidades (Apêndice B).

Os dados que constaram no instrumento foram: nome da unidade, mês, número funcional do profissional, categoria funcional, turno de trabalho, tipo de afastamento por doença, data de início do afastamento, número de dias e motivo (diagnóstico médico referido ou citado no atestado - CID).

No presente estudo, o absenteísmo por doença foi categorizado de acordo com o quadro a seguir com os seguintes tipos de licenças concedidas pela chefia ou pelo médico, como justificativa do período de ausência.

As licenças por acidente de trabalho foram tratadas como licenças médicas em razão do baixo registro.

Licença chefia c/ falta abonada (FA)	ausência autorizada pela chefia do serviço de enfermagem
Licença chefia c/ falta compensada (FO)	ausência autorizada pela chefia do serviço de enfermagem com o compromisso do profissional recuperar o dia perdido com dia de folga que não seja a folga semanal remunerada
Licença-médica ≤ 15 dias (LM)	ausência autorizada pelo médico
Licença-médica > 15 dias em 2007 (INS)	ausência autorizada pelo médico, quando a duração for superior a 15 dias em função da gravidade da doença, o contrato de trabalho do profissional é suspenso, ficando o mesmo com o benefício da auxílio doença do serviço de previdência social
Licença-médica > 15 dias antes 2007 (IN)	ausência por licença-médica semelhante à anterior, porém quando iniciada antes do período da amostra

Figura 2 - Tipos de licenças doença concedidas aos profissionais de enfermagem, HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Os enfermeiros-chefes foram orientados, quando não houvesse informação sobre o código do CID-10, que deveriam registrar o diagnóstico informado pelo profissional como justificativa da ausência. Isso possibilitou que a pesquisadora transcrevesse o diagnóstico referido para o código do CID-10.

A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e de problemas relacionados à saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997) foi utilizada como estrutura de organização do diagnóstico médico referido pelo profissional quando apresentava a ausência, se não houvesse a citação do código do CID-10 no atestado médico.

Os capítulos do CID-10 foram utilizados com base nos títulos dos 21 capítulos e na descrição dos agrupamentos das categorias de três caracteres. Nos casos em que os atestados apresentavam o código do CID-10 completo, apenas os três caracteres iniciais foram usados.

Os diagnósticos das licenças-médicas não identificados, por serem de longo tempo, foram levantados no SEd ou Serviço de Pessoal do HU-USP.

A estimativa do custo das ausências por doença, em 2007, foi calculada com base nos seguintes critérios:

- a) o salário mensal dos profissionais que receberam licença por doença, foi tomado pelo valor médio dos salários da equipe de enfermagem;
- b) as faltas compensadas não demandam custo, pois as horas de trabalho são repostas;
- c) as ausências com benefício do INSS, ocorridas antes de 2007, não são computadas no cálculo do custo;
- d) são consideradas 6 horas de trabalho de cada dia de ausência;
- e) os primeiros 15 dias das ausências com benefício do INSS, ocorridas em 2007, foram consideradas no custo, pois o custo dos demais dias são cobertos pelo INSS;
- f) os dias em que ocorreram faltas abonadas por doença e licenças-médicas foram computados no custo; e
- g) encargos referentes aos custos dos dias de ausência, cobertos pelo Hospital, cuja composição é mostrada no Anexo C.

3.5.2.1 Cálculo da taxa de absenteísmo por doença

Para calcular a taxa de absenteísmo por doença, por categoria profissional, de cada unidade de trabalho foi aplicada a equação proposta por Gaidzinski (1998).

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

Onde:

$A_k\%$ = percentual de absenteísmo, segundo a categoria profissional k (enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente de enfermagem);

$\sum_i = \frac{a_k \cdot i}{i}$ somatória dos dias de ausências por doença por categoria profissional estudada k ; e segundo todos os tipos de licenças-doença (i);

D = dias do ano, 365 dias.

Utilizou-se a taxa média mensal de ocupação das unidades de internação (Tabela 1), fornecida pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), como parâmetro de carga de trabalho de enfermagem com a finalidade de verificar a correlação entre as ausências por doença com a taxa de ocupação.

Tabela 1 - Distribuição da taxa média mensal da ocupação das unidades de internação do HU-USP em 2007.

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Taxa de ocupação	70%	79%	80%	73%	75%	75%	75%	76%	79%	76%	80%	73%	76%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Durante o ano de 2007, a equipe de enfermagem constituía-se, em média, de 647 profissionais. Desses, 362 apresentaram, pelo menos, uma licença por doença no período.

Os resultados referentes à caracterização dos profissionais que apresentaram absenteísmo por doença foram comparados, sempre que possível com o total de profissionais da equipe de enfermagem.

4.1.1 Categoria profissional

Os 362 profissionais ausentes por doença que compuseram a amostra, e o total de profissionais da equipe de enfermagem aparecem proporcionalmente distribuídos nas categorias profissionais, apresentadas nos dados da Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da quantidade média dos profissionais que apresentaram licença por doença e média dos profissionais da equipe no período, conforme a categoria profissional, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

CATEGORIA PROFISSIONAL	PROFISSIONAIS AUSENTES		QUADRO MÉDIO DA EQUIPE	
	QTDE.	PROPORÇÃO	QTDE.	PROPORÇÃO
Enfermeira	69	19,1%	174	26,9%
Técnico	212	58,6%	257	39,7%
Auxiliar	78	21,5%	208	32,1%
Atendente	3	0,8%	8	1,2%
Total	362	100,0%	647	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Estes valores podem ser melhor visualizados na figura 3 a seguir.

Figura 3 - Distribuição por categoria profissional dos profissionais ausentes por doença e da equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

A comparação da proporção entre os profissionais da equipe de enfermagem em relação àqueles que apresentaram ausência por doença, evidencia diferença significativa ($p < 0,0001$). A categoria técnico de enfermagem apresentou maior quantidade de profissionais ausentes por doença que as demais, dados similares aos encontrados por Reis et al. (2003).

4.1.2 Idade

A idade média dos 362 profissionais ausentes por doença foi de 40,2 anos dentro do intervalo de confiança (IC) 95% (39,2 a 41,2) anos e a idade média dos 647 profissionais do total da equipe de enfermagem foi de 40,3 anos dentro do IC 95% (39,5 e 41,1) anos.

Os dados da Tabela 3 e da Figura 4 apresentam a distribuição das idades dos profissionais ausentes por doença e dos profissionais da equipe de enfermagem, agrupados em seis intervalos de classe.

Tabela 3 - Distribuição das idades dos profissionais ausentes por doença e da equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

INTERVALO DE CLASSE	AUSENTES POR DOENÇA		EQUIPE DE ENFERMAGEM	
	QUANTIDADE	PROPORÇÃO	QUANTIDADE	PROPORÇÃO
19 ---- 28	52	14,4%	90	13,9%
28 ---- 35	61	16,9%	106	16,4%
35 ---- 42	67	18,5%	122	18,9%
42 ---- 49	109	30,1%	195	30,1%
49 ---- 56	55	15,2%	101	15,6%
56 ---- 64	18	5,0%	33	5,1%
SOMA	362	100,0%	647	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Figura 4 - Comparação da distribuição percentual dos ausentes por doença com a equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007, conforme faixas de idade, HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

A comparação entre a distribuição por idade dos 362 profissionais que se ausentaram por doença, em 2007, e a distribuição por idade do total

dos 647 profissionais de enfermagem da equipe de enfermagem foi realizada mediante a aplicação de um teste de significância para proporções. Portanto, pode-se afirmar que, estatisticamente, não houve diferença significativa ($p>0,5$) com a distribuição de idade da equipe de enfermagem. Essa constatação permite afirmar que as ausências por doença não foram condicionadas pela idade.

Braga (2000) constatou que a idade dos trabalhadores da equipe de enfermagem variou entre 21 e 53 anos, com média de idade de 36 anos (+ou- 8 anos).

No estudo de Riboldi (2008), 40,6% dos profissionais de enfermagem que apresentaram absenteísmo encontravam-se na faixa de 41 a 50 anos, valor que é similar ao encontrado na presente investigação.

4.1.3 Sexo

A comparação entre a característica dos profissionais ausentes por doença e da equipe de enfermagem não apresentou diferença significativa ($p>0,5$), indicando que o sexo não influenciou o absenteísmo por doença.

A distribuição em relação ao sexo está apresentada nos dados da Tabela 4.

Tabela 4 - Sexo dos profissionais ausentes por doença e da equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

SEXO	AUSENTES POR DOENÇA		EQUIPE DE ENFERMAGEM	
	QTDE.	PROPORÇÃO	QTDE.	PROPORÇÃO
Feminino	333	92,0%	590	91,2%
Masculino	29	8,0%	57	8,8%
SOMA	362	100,0%	647	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

No trabalho de enfermagem, como esperado, houve predominância (92%) dos profissionais de enfermagem do sexo feminino na composição da equipe de enfermagem do HU-USP.

Os valores sintetizados nos dados da Tabela 4 são melhores visualizados na Figura 5 a seguir.

Figura 5 - Distribuição dos profissionais ausentes e da equipe de enfermagem conforme o sexo, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Este dado foi semelhante aos estudos de Riboldi (2008) e Barboza, Soler (2003).

No entanto, os dados encontrados por Alves, Godoy (2001); Reis et al., (2003), evidenciaram percentuais de absenteísmo das mulheres superiores aos dos homens, talvez isso tenha sido constatado em virtude do expressivo contingente feminino na profissão.

4.1.4 Estado Civil

Quanto ao estado civil, os dados da Tabela 5 apresentam a distribuição dos profissionais ausentes por doença.

Tabela 5 - Distribuição do estado civil dos profissionais ausentes por doença, HU-USP, período de jan-dez 2007. São Paulo (2007).

ESTADO CIVIL	AUSENTES POR DOENÇA	PROPORÇÃO
Solteiro	108	30%
Casado	194	54%
Separado	51	14%
Viúvo	9	2%
SOMA	362	100%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Estes dados podem ser melhor visualizados na Figura 6:

Figura 6 - Estado civil dos profissionais de enfermagem ausentes por doença, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Tendo em vista a inexistência de referência quanto ao estado civil do total de profissionais da equipe de enfermagem do HU-USP, em 2007, que servisse para comparação com esta mesma característica da amostra de ausentes por doença, não foi possível a realização da comparação.

4.1.5 Quantidade de Filhos

Os profissionais ausentes por doença possuem em média 1,48 filhos dentro do IC 95% (1,34 a 1,62) filhos, os dados da Tabela 6 resumem os valores encontrados na amostra.

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais ausentes por doença conforme a quantidade de filhos, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

FILHOS	AUSENTES POR DOENÇA	PROPORÇÃO
0	122	33,7%
1	70	19,3%
2	87	24,0%
3	53	14,6%
4	22	6,1%
5	5	1,4%
≥ 6	3	0,8%
SOMA	362	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

A Figura 7 mostra a distribuição percentual da característica de filhos dos profissionais ausentes por doença.

Figura 7 - Distribuição da quantidade de filhos dos profissionais ausentes por doença, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Novamente, tendo em vista a falta de informações a respeito da quantidade de filhos da equipe de enfermagem do HU-USP, em 2007, que servisse de referência na comparação com esta mesma característica da amostra de profissionais ausentes por doença, não foi possível comparar, porém este dado está próximo ao da população em geral (1,8), segundo o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (IBGE, 2005).

4.1.6 Quantidade de Empregos

Os profissionais ausentes por doença possuem em média 1,17 empregos dentro do IC 95% (1,13 a 1,21) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos profissionais ausentes por doença conforme a quantidade de empregos, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

EMPREGOS	PROFISSIONAIS AUSENTES	PROPORÇÃO
1	301	83,1%
2	59	16,3%
3	2	0,6%
SOMA	362	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Predominantemente, 83% dos profissionais ausentes por doença reportaram que só trabalham em um emprego. Como não existem dados disponíveis referentes a esta característica para o total de profissionais da equipe de enfermagem, não foi possível realizar uma comparação.

Fischer et al. (2006) em estudo, encontraram que 68,5% dos profissionais participantes tinham apenas um trabalho.

4.1.7 Tempo de Experiência Profissional

A experiência profissional média dos 362 profissionais ausentes por doença foi de 12,4 anos dentro do IC 95% (11,8 a 13) anos.

No estudo de Riboldi (2008), no que se refere ao vínculo empregatício, trabalhadores de enfermagem com maior tempo de serviço ausentam-se mais das atividades laborais, resultado semelhante aos estudos de Jorge (1995) e Becker, Oliveira (2008). Neste último, o tempo de trabalho na instituição foi maior que 20 anos para metade da equipe de enfermagem.

Os dados da Tabela 8 apresentam a distribuição da experiência profissional dos ausentes por doença e do total de profissionais da equipe de enfermagem em oito intervalos de classe.

Tabela 8 - Distribuição da experiência profissional dos ausentes, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

INTERVALOS (anos)	AUSENTES POR DOENÇA	DISTRIBUIÇÃO	EQUIPE	DISTRIBUIÇÃO
0 ----- 1	8	2,2%	26	4,0%
1 ----- 5	59	16,3%	113	17,5%
5 ----- 10	99	27,3%	132	20,4%
10 ----- 15	69	19,1%	133	20,6%
15 ----- 20	50	13,8%	104	16,1%
20 ----- 25	58	16,0%	104	16,1%
25 ----- 30	17	4,7%	33	5,1%
30 ----- 35	2	0,6%	2	0,3%
SOMA	362	100,0%	647	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

As diferenças das proporções observadas, dentro de cada um dos intervalos de classe da experiência dos ausentes por doença e do total da equipe de enfermagem, podem ser vistas na Figura 8:

Figura 8 - Distribuição da experiência profissional dos ausentes por doença e da equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Pela comparação estatística entre as proporções do tempo de experiência dos profissionais ausentes por doença e a proporção da experiência dos profissionais da equipe de enfermagem, pode-se afirmar que a característica experiência profissional não condicionou diferença significativa ($p > 0,08$) entre distribuição da experiência dos profissionais ausentes e da equipe de enfermagem.

4.1.8 Tempo de Deslocamento para o Hospital

O tempo médio de deslocamento até o trabalho dos profissionais ausentes por doença foi de 48 minutos dentro do IC 95% (45,3 a 50,7).

Tabela 9 - Distribuição do tempo de deslocamento até o serviço, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

INTERVALOS DE TEMPO (minutos)	PROFISSIONAIS/AMOS- TRA AUSENTES	DISTRIBUIÇÃO %
4 ---- 20	82	22,7%
20 ---- 35	78	21,5%
35 ---- 50	78	21,5%
50 ---- 65	49	13,5%
65 ---- 80	17	4,7%
80 ---- 95	28	7,7%
95 ---- 110	4	1,1%
110 ---- 125	21	5,8%
125 ---- 140	1	0,3%
140 ---- 155	3	0,8%
155 ---- 180	1	0,3%
SOMA	362	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Verifica-se que 65,7% dos profissionais ausentes por doença percorrem até 50 minutos para chegar ao trabalho.

Pela observação da Figura 8, pode-se inferir que 44% residem em áreas circunscritas ao hospital pois o tempo de deslocamento de até 35 minutos é pequeno em relação às características de transporte da cidade.

O fator transporte pode ter uma grande influência na motivação do trabalhador em se ausentar do trabalho em razão dos grandes congestionamentos, distância entre a residência e o local de trabalho e o precário sistema de transporte coletivo (Oliveira, Souza, 2005).

Figura 9 - Distribuição percentual dos ausentes, conforme o intervalo de tempo de deslocamento de casa ao trabalho (minutos), período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

4.1.9 Faixa salarial

As faixas salariais dos técnicos de enfermagem e dos auxiliares de enfermagem na Instituição são muito próximas, os valores estão distribuídos nos dados da Tabela 10.

Tabela 10 - Valor médio das faixas salariais dos profissionais ausentes por doença, com base no salário médio de 2007, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

CATEGORIA	AUSENTES POR DOENÇA	SALÁRIO MENSAL		
		MÁXIMO	MÍNIMO	MÉDIA
Enfermeira	69	7.435,82	2.942,59	4.958,32
Técnico	212	4.140,53	1.486,21	2.650,07
Auxiliar	78	4.140,53	1.486,21	2.650,07
Atendente	3	2.091,25	868,96	1.360,94
EQUIPE*	362	4.740,11	1.753,90	3.071,85

* A faixa salarial da equipe foi obtida pela ponderação da quantidade de profissionais ausentes

Fonte: Arquivo da pesquisadora

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO ABSENTEÍSMO POR DOENÇA

O absenteísmo por doença foi analisado considerando-se:

4.2.1 Unidade de origem

A distribuição dos 362 profissionais que apresentaram absenteísmo por doença das várias unidades de trabalho foi comparada mediante o quadro da equipe de enfermagem previsto para cada unidade (Tabela 11).

Verificou-se que, dos 647 profissionais da equipe, 362 foram responsáveis por 867 licenças por motivo de doença (FA, FO, LM, INS, IN) e 6.191 dias de ausência no período de janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 11 - Distribuição de profissionais da equipe, profissionais ausentes, das licenças e do tempo em dias de ausências, segundo unidade de origem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

UNIDADE DE ORIGEM		PROFISSIONAIS		LICENÇAS POR DOENÇA	DIAS DE AUSÊNCIA
NOME	SIGLA	EQUIPE	AUSENTES		
Pronto-Socorro Adulto	PSA	63	43	99	875
Centro Cirúrgico	CC	44	36	72	247
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	UTIA	62	35	57	186
Clínica Cirúrgica	CLC	55	34	138	850
Clínica Médica	CLM	61	30	73	1.216
Pediatria	PED	56	26	53	631
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal	UTIP	48	25	51	450
Berçário	BER	40	24	70	285
Centro Obstétrico	CO	42	22	52	112
Ambulatório	AMB	18	17	50	131
Alojamento Conjunto	AC	45	16	22	78
Centro de Material e Esterilização	CME	31	16	28	380
Pronto-Socorro Infantil	PSI	28	15	31	107
Endoscopia	ENDO	6	6	19	44
Unidade Básica de Saúde	UBAS	7	6	23	314
Serviço de Radiologia	RAD	10	4	11	238
Assistência Domiciliar	PAD	2	1	1	1
Hospital Dia	HD	4	3	11	35
Departamento de Enfermagem	DE	7	2	3	6
Serviço de Apoio Educacional	SEd	4	1	3	5
Eletroencefalograma	ELE	2	0	0	0
Controle de Infecção Hospitalar	CCIH	2	0	0	0
Hemodiálise	DIAL	7	0	0	0
Serviço de Higiene Especializada	SHE	1	0	0	0
Assessoria a Superintendência	SUPER	2	0	0	0
SOMA		647	362	762	6.191

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Na unidade de CLC, observa-se na Tabela 11 a ocorrência de maior número de licenças por doença (138); na unidade de CLM as licenças embora em menor quantidade (73), representam o maior tempo de ausência em dias (1.216).

Rogenski (2006) observou que na unidade de CLM o crescimento das ausências não previstas foi gradativo, atingindo em 2005 o percentual de 21,9%, determinado pelas licenças INSS.

Tabela 12 - Distribuição dos profissionais ausentes por doença, da equipe de enfermagem e da relação percentual, segundo a unidade de origem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

UNIDADE DE ORIGEM		PROFISSIONAIS				PROFISSIONAIS AUSENTES ESPERADOS (E)	DIFERENÇA (O-E)
NOME	SIGLA	EQUIPE		AUSENTES			
		N(O)	%	N	%		
Centro Cirúrgico	CC	36	9,9%	44	6,8%	24,6	11,4
Pronto-Socorro Adulto	PSA	43	11,9%	63	9,7%	35,2	7,8
Ambulatório	AMB	17	4,7%	18	2,8%	10,1	6,9
Clínica Cirúrgica	CLC	34	9,4%	55	8,5%	30,8	3,2
Endoscopia	ENDO	6	1,7%	6	0,9%	3,4	2,6
Unidade Básica de Saúde	UBAS	6	1,7%	7	1,1%	3,9	2,1
Berçário	BER	24	6,6%	40	6,2%	22,4	1,6
Hospital-Dia	HD	3	0,8%	4	0,6%	2,2	0,8
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	UTIA	35	9,7%	62	9,6%	34,7	0,3
Assistência domiciliar	PAD	1	0,3%	2	0,3%	1,1	-0,1
Serviço de higiene especializada*	SHE	0	0,0%	1	0,2%	0,6	-0,6
Pronto-Socorro Infantil	PSI	15	4,1%	28	4,3%	15,7	-0,7
Assessoria à superintendência*	SUPER	0	0,0%	2	0,3%	1,1	-1,1
Eletroencefalograma	ELE	0	0,0%	2	0,3%	1,1	-1,1
Controle de infecção hospitalar	CCIH	0	0,0%	2	0,3%	1,1	-1,1
Serviço de Apoio Educacional	SEd	1	0,3%	4	0,6%	2,2	-1,2
Centro de Materiais e Esterilização	CME	16	4,4%	31	4,8%	17,3	-1,3
Centro Obstétrico	CO	22	6,1%	42	6,5%	23,5	-1,5
Serviço de Radiologia	SI	4	1,1%	10	1,5%	5,6	-1,6
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	UTIP	25	6,9%	48	7,4%	26,9	-1,9
Departamento de enfermagem	DE	2	0,6%	7	1,1%	3,9	-1,9
Hemodiálise	DIAL	0	0,0%	7	1,1%	3,9	-3,9
Clínica Médica	CLM	30	8,3%	61	9,4%	34,1	-4,1
Pediatria	PED	26	7,2%	56	8,7%	31,3	-5,3
Alojamento Conjunto	AC	16	4,4%	45	7,0%	25,2	-9,2
SOMA		362	100,0%	647	100,0%	362,0	0,0

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Figura 10 - Distribuição dos profissionais de enfermagem da equipe e ausentes conforme as unidades de origem, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Nas unidades de Endoscopia, UBAS, HD e Ambulatório, a quase totalidade de profissionais apresentou algum tipo de doença que os tornou ausentes em algum período durante 2007.

Em relação à quantidade de profissionais que estiveram ausentes por doença, proporcionalmente ao quadro da equipe da unidade, observa-se na Tabela 12 e nas Figuras 10 e 11 que as unidades CC, PSA e AMB foram as com o maior número de profissionais ausentes.

Em contrapartida, as unidades AC, PED e CLM foram as que apresentaram, proporcionalmente, o menor número de profissionais ausentes (Tabela 12 e Figuras 10 e 11).

Em síntese, os dados referentes ao absenteísmo por doença segundo a unidade de origem dos profissionais evidenciaram que:

- A unidade de Clínica Médica apresentou a maior quantidade de dias de ausência por doença (1.216 dias);

- A unidade de Clínica Cirúrgica apresentou a maior quantidade de licenças por doença (138 licenças) e
- A unidade de Centro Cirúrgico, proporcionalmente em relação ao quadro, apresentou a maior quantidade de profissionais que estiveram ausentes por doença (36 profissionais).

Figura 11. Proporção das ausências em relação ao quadro da equipe de enfermagem das unidades, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

4.2.2 Tipos de licença por profissionais ausentes

Os dados da Tabela 13 referem-se à quantidade de profissionais ausentes por tipo de licença. Neste caso, o total de profissionais ausentes difere de 362 profissionais, pois um mesmo profissional ausente por doença pode ter contribuído com mais de uma licença.

Foram computadas as licenças concedidas em 2007, assim sendo, as licenças tipo IN concedidas antes de janeiro de 2007 e que o profissional continuou ausente não foram incluídas, pois já haviam sido concedidas fora do período de estudo. No entanto, o tempo em dias de ausência deste tipo licença (IN) transcorrido, em 2007, foi considerado, inserido e identificado no tipo de licença IN, iniciadas antes de janeiro de 2007.

Dessa forma, no período de janeiro a dezembro de 2007, houve 463 profissionais ausentes por diferentes tipos de licenças por doença, perfazendo o total de 867 licenças e 11.948 dias de ausência, sendo 6.191 dias das licenças concedidas em 2007 e 5.757 dias de ausências IN iniciadas em períodos anteriores.

Tabela 13 - Distribuição do total de profissionais ausentes por doença, da quantidade de licenças concedidas por tipo e do tempo (em dias) das ausências, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

TIPO DA LICENÇA DA AUSÊNCIA	PROFISSIONAIS AUSENTES		LICENÇA		DIAS DE AUSÊNCIA	
	QUANTI-DADE	PROPOR-ÇÃO	QUANTI-DADE	PROPOR-ÇÃO	TEMPO (dias)	PROPOR-ÇÃO
Licença chefia c/ falta abonada (FA)	50	10,8%	61	7,0%	68	0,6%
Licença chefia c/ falta compensada (FO)	56	12,1%	68	7,8%	101	0,8%
Licença-médica > 15 dias antes 2007 (IN)	21	4,5%	0	0,0%	5757	48,2%
Licença-médica > 15 dias em 2007 (INS)	23	5,0%	28	3,2%	3552	29,7%
Licença-médica ≤ 15 dias (LM)	313	67,6%	710	81,9%	2470	20,7%
SOMA	463	100,0%	867	100,0%	11948	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Nos dados da Tabela 13, é possível observar que as licenças IN concedidas pelo médico antes do período estudado contribuem, praticamente, com metade do tempo total de ausências em dias.

A Figura 12 evidencia as proporções dos dados de absenteísmo por doença referentes aos tipos de licenças.

Figura 12 - Distribuição dos profissionais ausentes por doença, da quantidade de licenças concedidas por tipo e tempo (em dias) das ausências, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

O tempo em dias despendido nas ausências referentes ao tipo de licença >15 dias (INS e IN), tanto naqueles ausentes que entraram em benefício antes do período amostrado e os que entraram em benefício, durante 2007, representou aproximadamente 77,9% do tempo (dias) total despendido nas ausências por doença.

As licenças por doença do tipo licença-médica <=15 (LM), embora representem 81,9% do total, contribuem com, aproximadamente, 20,7% do tempo em dias das ausências.

As licenças concedidas pelas chefias tipo FA e FO representam apenas 14,8% das licenças, porém contribuem com apenas 1,4% do tempo em dias, do total despendido nas ausências por doença.

4.2.3 Tipos de licença por turno de trabalho

Relacionando-se à quantidade de licenças por doença com os turnos de trabalho, pode-se afirmar que estatisticamente a distribuição da ocorrência pelos turnos de trabalho apresenta uma diferença bastante significativa ($p < 0,0001$) em relação à distribuição da equipe de enfermagem pelos turnos. Fica evidenciado que houve menor ocorrência de licenças por doença nos turnos da noite e a maior quantidade ocorreu no período da manhã (Tabela 14 e Figura 13).

Os dados relativos aos dias de ausência quando tratados estatisticamente, evidenciaram que os turnos administrativo e da tarde, quando comparados com a proporção da equipe de enfermagem, demonstraram que os dias de ausência por doença desses profissionais é significativamente menor ($p < 0,0001$).

O turno que contribuiu com a maior quantidade de dias de ausência foi o da manhã (Tabela 14 e Figura 13).

Tabela 14 - Distribuição da quantidade de profissionais da equipe de enfermagem; das licenças por doença e dos dias de ausência dos profissionais ausentes conforme o turno de trabalho, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

TURNO	EQUIPE		LICENÇAS				DIAS DAS AUSÊNCIAS			
	Qtde	Proporção %	Qtde observada	Proporção %	Qtde esperada	Diferença (O-E)	Qtde observada	Proporção %	Qtde esperada	Diferença (O-E)
Administrativo	35	5	79	9	45	34	500	4	604	-104
Manhã	207	30	337	38	266	71	3707	31	3.574	133
Tarde	188	27	258	29	241	17	3143	26	3.246	-103
Noite	262	38	214	24	336	-122	4598	39	4.524	74
Soma	692	100	888	100	888	0	11948	100	11.948	0

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Fischer et al. (2000) referindo-se à fadiga no trabalho em turnos, observaram que nem sempre o trabalho noturno é prejudicial à saúde. Os mesmos autores, em 2006, em estudo sobre fatores de baixo rendimento no trabalho, encontraram 47% dos profissionais no turno da noite em jornada de 36 horas, 17,7% turno das 7 às 16 horas (administrativo) e 35,3% em turnos de 6 horas pela manhã ou à tarde.

Figura 13 - Distribuição da frequência e do tempo das ausências por doença em relação aos turnos de trabalho, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

4.2.4 Diagnósticos médicos atestados ou referidos

Nos dados da Tabela 15, verifica-se a distribuição dos diagnósticos médicos correlacionados com a quantidade de afastamentos por tipo de licença concedida aos profissionais.

Tabela 15 - Demonstrativo da quantidade e tipo de licença de acordo com os diagnósticos médicos (CID) referidos, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

DOENÇAS CID	QUANTIDADE DE LICENÇAS OCORRIDAS						
	FA - FALTA ABONADA	FO - FALTA COMPENSADA	BENEFÍCIO DO INSS		LM - LICENÇA- MÉDICA	TODOS OS TIPOS	SOMENTE EM 2007
			<2007	2007			
M54	8	3	1	3	62	77	76
M65	1	0	2	2	67	72	70
A09	5	5	0	0	52	62	62
H10	0	1	0	0	43	44	44
F32	6	4	6	3	23	42	36
Z48	1	2	0	0	28	31	31
J03	5	0	0	0	23	28	28
J10	3	6	0	0	19	28	28
G43	5	5	0	0	13	23	23
J18	1	1	0	0	14	16	16
M79	1	0	3	1	11	16	13
J01	0	1	0	0	14	15	15
S93	0	2	0	1	11	14	14
I10	1	1	0	1	11	14	14
R53	5	1	0	1	6	13	13
M75	0	0	0	0	13	13	13
O20	1	2	0	0	9	12	12
J00	0	1	0	0	10	11	11
T11	0	1	0	0	8	9	9
R51	0	2	0	0	7	9	9
M71	0	0	2	1	6	9	7
R10	0	0	0	0	8	8	8
N23	0	2	0	0	6	8	8
J11	1	1	0	0	6	8	8
T78	0	0	0	0	7	7	7
T12	0	0	0	0	7	7	7
K08	1	0	0	0	6	7	7
B02	0	0	0	0	7	7	7
S92	0	0	0	2	5	7	7
J02	1	1	0	0	5	7	7
H83	1	1	0	0	5	7	7
J45	0	0	0	0	6	6	6
S34	0	0	0	0	5	5	5
Z12	0	1	0	0	4	5	5
Z01	1	0	0	0	4	5	5
Y83	0	0	0	4	0	4	4
Z71	0	0	0	0	4	4	4
Z00	0	0	0	0	4	4	4
K00	0	3	0	0	0	3	3
OUTRAS	13	21	7	9	171	221	214
TOTAL	61	68	21	28	710	888	867

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Na análise dos diagnósticos médicos registrados nos atendimentos aos trabalhadores de 23 unidades de uma instituição hospitalar, Murofase (2004), com base no CID-10, encontrou que os problemas de saúde estavam distribuídos nos seguintes grupos: fatores que influenciam o estado de saúde (20,15%); doenças do sistema osteomuscular (11,83%); transtornos mentais e comportamentais (11,40%); doenças respiratórias (10,69%); doenças do aparelho circulatório (8,62%) e lesões, envenenamento e causas externas (8,25%).

Nas Figuras 14 e 15 são apresentados, graficamente, os diagnósticos médicos em relação à proporção de afastamento por tipo de licença.

A pesquisadora classificou as doenças referidas pelos profissionais de enfermagem conforme o CID-10, seguindo a justificativa do profissional.

Com relação à licença autorizada pela chefia, na forma de falta abonada (FA) (Figura 14), apesar da baixa frequência desse tipo de ausência, observou-se que a queixa mais comum foi em relação aos sistemas osteomuscular e do tecido conjuntivo (Grupo M do CID-10), seguida do grupo de transtornos mentais e comportamentais (Grupo F do CID-10).

Em terceiro lugar, verificou-se a mesma proporção de diagnósticos relacionados a quatro grupos do CID-10: Grupo A - Doenças infecciosas e parasitárias (diarreia); Grupo G - Sistema nervoso episódicos; Grupo J - Respiratório e Grupo R - Sintomas renais e achados anormais não classificados em outra parte. Os relatos mais frequentes foram em relação à diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09), mal-estar e fadiga (R53), o de enxaqueca (G43) e amigdalite (J03).

Os afastamentos dos profissionais de enfermagem gerados por licença compensada por folga (FO) (Figura 15), também, apresentaram baixa ocorrência, durante o ano de 2007. As doenças respiratórias (Grupo J) apareceram com maior frequência, referindo Influenza; as diarreias, gastroenterites e enxaquecas foram a segunda causa. As referências a

sintomas osteomusculares e do tecido conjuntivo foram a sexta causa de referência.

Figura 14 - Distribuição dos principais diagnósticos que motivaram licenças autorizadas pela chefia (falta abonada), período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Figura 15 - Distribuição dos principais diagnósticos que motivaram licenças compensadas por folgas, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Na Figura 16, observa-se que os diagnósticos médicos referentes às licenças INSS, as doenças do grupo dos transtornos mentais (F32; F40 e F41) ocorreram em quatro das 12 causas mais frequentes de afastamentos prolongados, com 22% das ocorrências, e os diversos tipos de doenças osteomusculares representaram 30% dessas licenças.

Figura 16 - Distribuição dos principais diagnósticos médicos que motivaram licenças com o benefício do INSS, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

A Figura 17 demonstra graficamente os diagnósticos referentes às licenças médicas, observa-se que cerca de 19% das ocorrências foram causadas pelo sistema osteomuscular e no restante (81%). As referências às licenças foram diversificadas em relação aos grupos do CID-10. As licenças médicas (LM) são licenças de curto período de tempo.

Em um hospital universitário, Reis et al. (2003) verificaram que a média de afastamentos foi de 1,4 (DP=1,8) por trabalhador, sendo a média de dias de 5,5 (DP=8,4). Dos trabalhadores que procuraram o serviço médico, 87% tiveram, pelo menos, um afastamento representando 57,6% da população.

Os mesmos autores, quanto aos diagnósticos médicos mais frequentes nos afastamentos de curta duração, encontraram doenças do aparelho respiratório (18,2%) seguidas de doenças do sistema osteomuscular (13,4%).

Figura 17 - Distribuição dos diagnósticos médicos que motivaram as licenças-médicas, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

4.2.4.1 Principais grupos de doenças, quantidade de licenças e os dias de ausências

Quanto aos principais grupos de doenças, dois deles, o do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e o dos transtornos mentais geraram a maior quantidade de dias de ausências no trabalho, representando 4.957 dias e 3.393, respectivamente (Tabela 16 e Figura 18).

Tabela 16 - Relação dos principais grupos de doenças que acometem os profissionais com relação à quantidade de licenças e de dias de ausência, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

GRUPO	LICENÇAS	TEMPO (DIAS)	PROPORÇÃO
Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60,H83)	8	12	0,1%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E02,E06,E10,E14)	6	14	0,1%
Doenças do sistema nervoso (G43,G44,G56,G57)	30	47	0,4%
Doenças do aparelho geniturinário (N20,N21,N23,N39,N63,N65,N84,N92,N93,N97)	25	64	0,5%
Gravidez, parto e puerpério (O03,O20,O26,O31,O47,O62)	21	72	0,6%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L02,L03,L23,L25,L50,L55,L72,L80,L89)	19	73	0,6%
Doenças do aparelho circulatório (I10,I20,I27,I47,I49,I51,I80,I83,I95)	26	148	1,2%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A08,A09,A90,A99,B01,B02,B17,B26,B86)	79	186	1,6%
Doenças do olho e anexos (H10,H11,H16,H35,H44,H57)	49	202	1,7%
Neoplasias D05	1	233	2,0%
Doenças do aparelho respiratório (J00,J01,J02,J03,J04,J05,J06,J10,J11,J12,J18,J20,J35,J45)	137	234	2,0%
Doenças do aparelho digestivo (K00,K04,K08,K29,K31,K35,K51,K52,K57,K81,K91)	33	264	2,2%
Causas externas de morbidade e mortalidade (V43,V78,W01,Y63,Y83)	10	283	2,4%
Sintomas, sinais, achados anormais de ex clín e labor (R07,R10,R11,R30,R42,R50,R51,R53,R55,R73)	46	412	3,4%
Contatos com serviços de saúde (Z00,Z01,Z04,Z10,Z12,Z13,Z30,Z31,Z35,Z40,Z46,Z48,Z52,Z54,Z71,Z94,Z98)	70	562	4,7%
Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas (S03,S05,S34,S40,S60,S61,S62,S63,S76,S82,S83,S86,S90,S92,S93,S94,T11,T13,T78,T80,T81)	71	792	6,6%
Transtornos mentais e comportamentais (F32,F40,F41,F45,F92)	52	3.393	28,4%
Doenças do sist osteomuscular e tec conjuntivo (M06,M17,M23,M34,M43,M47,M50,M51,M53,M54,M60,M62,M63,M65,M70,M71,M75,M79,M86)	205	4.957	41,5%
SOMA	888	11.948	100,0%

Figura 18 - Proporção dos grupos das doenças relacionadas no CID-10 que geram dias de ausências no serviço, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Estudo de Fischer et al. (2006) encontrou que as cinco doenças mais diagnosticadas referidas pelos profissionais de enfermagem foram infecção respiratória (11,6%), sinusite (11,6%), gastrite (10,5%), problemas nas pernas e pés (9,6%) e problemas nas costas (9,4%). Quando se referiam ao próprio diagnóstico, as doenças foram: distúrbio emocional leve (30,3%), problemas nas costas (17,2%) e incômodo para movimentar-se (15,4%), dentre outras.

Analisando-se em separado os dois grupos de maior impacto na quantidade de dias de licença, constatou-se que no grupo de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, o subgrupo dos transtornos do tecidos moles (M70-M79) e as dorsopatias (M50-M54) representaram o motivo de mais da metade das licenças desses profissionais, 31,0% e 26,1%, respectivamente (Tabela 17 e Figura 19).

Gonçalves et al. (2001) e Reis et al. (2001) referem que as doenças musculoesqueléticas são os tipos mais relatados de danos sobre o trabalho do pessoal de enfermagem.

Tabela 17 - Distribuição dos subgrupos das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo em relação à quantidade de licenças e ao tempo em dias, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

SUBGRUPO DAS DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E TECIDO CONJUNTIVO	CARACTERES CID	LICENÇAS	TEMPO DIAS	PROPORÇÃO
Dorsopatias deformantes	M43	2	2	0,0%
Outros transtornos articulares	M23	1	4	0,1%
Transtornos musculares	M60;M62;M63	3	5	0,1%
Poliartropatias infecciosas	M06	2	22	0,4%
Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	M34	1	28	0,6%
Artrose	M17	3	261	5,3%
Outras osteopatias	M86	1	305	6,2%
Espondilopatias	M47	2	730	14,7%
Transtornos das sinóvias e dos tendões	M65	72	772	15,6%
Outras dorsopatias	M50;M51;M53;M54	79	1.293	26,1%
Outros transtornos dos tecidos moles	M70;M71;M75;M79	39	1.535	31,0%
Total		205	4.957	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Figura 19 - Composição do grupo de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (41,5% das ausências), período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Por meio da referência do profissional, algumas vezes, era difícil concluir se o afastamento tratava-se de fratura, entorse, comprometimento de vasos, nervos ou ossos, pois esse detalhe mudaria o grupo do CID-10.

A Organização Mundial de Saúde designou o decênio de 2000 a 2010 como a “década do osso e da articulação”, pela importância crescente entre as doenças e lesões osteoarticulares no mundo. Estima que, para o ano de 2015, estas serão a primeira causa de gastos em saúde (OMS, 2000).

Diferentes estudos mostram que, entre 10% a 40% da população geral, sofrem de algum transtorno osteoarticular, cuja prevalência aumenta com a idade, sendo maior nas mulheres, sobretudo após os 50 anos

Estas doenças caracterizam-se por dor e incapacidade funcional em alguma parte do aparelho locomotor e na população ativa é uma das causas mais frequentes de absenteísmo laboral e invalidez permanente. Ações para evitar sua progressão são de suma importância, pois interferem na qualidade de vida dos profissionais (OMS, 2000).

Em relação ao grupo transtornos mentais e comportamentais responsáveis pela segunda causa, em dias de ausências, chama atenção que tanto em quantidade de licenças como no tempo em dias, 76,4% dos dias de ausências foram em decorrência de episódios depressivos (Tabela 18 e Figura 20).

Tabela 18 - Distribuição dos subgrupos transtornos mentais e de comportamento em relação à quantidade de licenças e ao tempo em dias, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS	CARACTERES CID	LICENÇAS	TEMPO dias	PROPORÇÃO
Transtornos: do comportamento e emocionais da infância	F92	3	179	5,3%
Transtornos: neuróticos, do estresse e somatoformes	F40; F41; F45	7	622	18,3%
Transtornos do humor (episódio depressivo)	F32	42	2.592	76,4%
Total		52	3.393	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

O fato da mulher deparar-se com uma multiplicidade de papéis em seu cotidiano, sendo profissional, esposa e mãe, sobrepondo as atividades profissionais apontam a susceptibilidade feminina a pequenas moléstias e desgastes emocionais, o que contribui para os afastamentos (Spindola, Santos, 2003; Elias, Navarro, 2006; Gehring Junior et al., 2007).

Figura 20 - Representação gráfica da Distribuição dos subgrupos transtornos mentais e de comportamento em relação a quantidade de licenças e ao tempo em dias, período de janeiro de 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

4.2.5 Levantamento do custo médio anual estimado por absenteísmo por doença

Os dados obtidos permitiram estimar o custo médio causado pelos dias de ausência por doença dos profissionais de enfermagem (Tabela 19).

Tabela 19 - Estimativa do custo em R\$ referente aos dias de absenteísmo por doenças, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

TIPO DE LICENÇA	QTDE	DIAS DE AUSÊNCIA	AUSÊNCIAS COMPUTADAS	SALÁRIOS EQUIVALENTES	SALÁRIO MÉDIO PONDERADO	CUSTO ESTIMADO	DISTRIBUIÇÃO PORCENTUAL
Falta abonada	61	68	68	3,4	3.071,85	10.444,28	2,3%
Falta compensada	68	101					
> 15 dias em 2007	28	3.552	420	21,0	3.071,85	64.508,77	14,2%
> 15 dias antes 2007	21	5.757					
Licença-médica	710	2.470	2.470	123,50	3.071,85	379.373,48	83,5%
Total	888	11.948	2.958	148,8	3.071,85	454.326,53	100,0%

Fonte: Arquivo da pesquisadora

As faltas abonadas (FA) têm custo estimado baixo e representam percentual de 2,3%. As ausências compensadas (FO) não têm custo para a instituição. Não foram computadas as ausências maiores que 15 dias, antes de 2007(IN) porque o custo não é responsabilidade da instituição.

Quanto às licenças maiores que 15 dias ocorridas, em 2007 (INS), foram considerados apenas os 15 primeiros dias que são pagos pelo Hospital.

As licenças-médicas (LM), de curta duração, no período estudado, foram responsáveis por 83,6% dos custos das ausências.

4.2.6 Relação da proporção de licenças por doença em função da taxa de ocupação do Hospital

A proporção de licenças por doença em relação à taxa média mensal de ocupação das unidades de internação do HU-USP, visualizada na Tabela 20, permite estabelecer correlação com a carga de trabalho da equipe de enfermagem no Hospital.

Tabela 20 - Ausências ocorridas mensalmente e taxa média de ocupação, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

MÊS	AUSÊNCIAS POR MÊS EM 2007							TAXA MÉDIA DE OCUPAÇÃO
	FA	FO	IN	INS	LM	TODAS	PROPORÇÃO	
JAN	2	5	0	3	53	63	7,3%	70,3%
FEV	5	4	0	4	39	52	6,0%	79,1%
MAR	4	3	0	2	50	59	6,8%	80,2%
ABR	10	9	0	2	65	86	9,9%	72,7%
MAI	8	8	0	6	92	114	13,2%	74,7%
JUN	8	10	0	1	60	79	9,1%	74,9%
JUL	8	8	0	2	62	80	9,2%	74,6%
AGO	6	5	0	1	59	71	8,2%	76,2%
SET	0	4	0	1	60	65	7,4%	78,5%
OUT	4	4	0	4	53	65	7,5%	76,4%
NOV	4	2	0	1	53	60	6,9%	79,5%
DEZ	2	6	0	1	64	73	8,4%	72,6%
2007	61	68	0	28	710	867	100,0%	75,8%

FA = falta abonada; FO = falta compensada; IN = licença-médica > 15 dias, ocorrida antes de 2007; INS = licença-médica > 15 dias ocorrida em 2007; LM = licença-médica <=15 dias.

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Na Figura 21, observa-se que o polígono de frequência do percentual mensal de licenças foi inversamente proporcional ao da taxa de ocupação. O fato pode levar a inferir que os profissionais ausentaram-se após ritmos maiores de trabalho.

Pode-se observar que, durante os picos de ocupação, o absenteísmo foi menor, o que pode demonstrar o comprometimento desses trabalhadores. A queda da saúde parece ocorrer após haver desgaste físico e emocional da equipe frente à sobrecarga de trabalho.

Figura 21 - Distribuição das licenças por doença e da taxa média de ocupação mensal, período de jan-dez 2007. HU-USP. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

4.2.7 Taxa de absenteísmo por doença

Os dados observados na Figura 22 possibilitam acompanhar mês a mês, em 2007, a quantidade de dias e o percentual das ausências por doença, por tipo de licença e por categoria profissional.

Não foram computadas as ausências do atendente de enfermagem diante do reduzido quantitativo de profissionais existente na Instituição, nem as licenças que foram compensadas pelo dia de folga.

Verifica-se que a taxa de absenteísmo por doença, da equipe de enfermagem, em 2007, foi de 5,3%, a taxa de licenças INSS representou 4,2% e as licenças-médicas (LM) 1,1%. Portanto, em dias os afastamentos INSS são os que mais repercutiram no absenteísmo por doença (Figura 22).

Em relação à categoria profissional, as taxas de absenteísmo por doença, como mostra a Figura 22, apresentaram os seguintes valores:

enfermeiros 1,8%; técnicos de enfermagem 3,7%; auxiliares de enfermagem 10,6%.

A categoria auxiliares de enfermagem apresentou 7.300 dias de ausência por doença, sendo 6.606 dias (9,5%) por licença de período prolongado (INSS).

Nesta pesquisa, foi encontrado que a categoria dos técnicos/auxiliares de enfermagem apresentaram porcentagem maior de absenteísmo por doença em relação aos enfermeiros. Estes dados também foram verificados nos estudos de Pavani (2000); Reis et al. (2003); Barbosa, Soler (2003), Rogenski, 2006); Silva, Pinheiro, Sakurai (2006); Gehring Junior et al. (2007), Riboldi (2008), sugestivos de que aspectos como competências inerentes ao cargo, condições e tipo de trabalho e aspectos sócio-econômicos influenciam nas taxas de absenteísmo por doença entre os trabalhadores.

A exigência física e mental maior nas intervenções de cuidado direto desenvolvidas por técnicos e auxiliares de enfermagem, implicam aumento de morbidades e afastamentos (Reis et al., 2003; Becker, Oliveira, 2008).

Segundo dados institucionais fornecidos pelo Serviço de Educação Continuada do HU-USP, durante 2007, a taxa global de ausências da equipe de enfermagem correspondeu a 40,3%, sendo 30,9% (folgas, feriados e férias) e 7,2% (faltas e licenças).

Portanto, por dia, em média, houve praticamente 60% do quadro de profissionais da equipe de enfermagem presente ao trabalho.

Chama atenção quando se comparam a taxa de absenteísmo por doença da equipe de enfermagem, encontrada no presente estudo com os dados fornecidos pelo Serviço de Educação Continuada, em relação aos demais tipos de absenteísmo, pois a taxa de absenteísmo por doença representou 85% do absenteísmo global da equipe, em 2007. A licença-maternidade representou 9%, as faltas 4% e outras licenças (gala, nojo, etc.) 2%.

MÊS		JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ		NO ANO	
CATE- GORIA	DIAS NO MÊS	31		28		31		30		31		30		31		31		30		31		30		31		365	
	Qtde. média	174		174		174		174		174		174		174		174		174		174		174		174		174	
ENFERMEIRA	AUSÊNCIA	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%
	Falta Abonada	0	0,0	1	0,0	0	0,0	5	0,1	1	0,0	2	0,0	3	0,1	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	0,0
	Licença-médica	16	0,3	19	0,4	10	0,2	45	0,9	32	0,6	35	0,7	5	0,1	31	0,6	29	0,6	24	0,4	22	0,4	80	1,5	348	0,6
	Licença INSS	62	1,2	56	1,2	62	1,2	60	1,2	82	1,5	90	1,8	93	1,8	62	1,2	60	1,2	62	1,2	60	1,2	31	0,6	780	1,2
	TOTAL	78	1,5	76	1,6	72	1,4	110	2,2	115	2,2	127	2,5	101	1,9	94	1,8	89	1,7	86	1,6	82	1,6	111	2,1	1141	1,8
	TOTAL	78	1,5	76	1,6	72	1,4	110	2,2	115	2,2	127	2,5	101	1,9	94	1,8	89	1,7	86	1,6	82	1,6	111	2,1	1141	1,8
TÉCNICO	Qtde. média	257		257		257		257		257		257		257		257		257		257		257		257		257,0	
	AUSÊNCIA	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%
	Falta Abonada	2	0,0	3	0,0	3	0,0	4	0,1	11	0,1	3	0,0	3	0,0	3	0,0	0	0,0	3	0,0	4	0,1	1	0,0	40	0,0
	Licença-médica	126	1,6	72	1,0	97	1,2	111	1,5	180	2,3	125	1,6	116	1,5	153	2,0	126	1,7	102	1,3	139	1,8	80	1,0	1427	1,5
	Licença INSS	172	2,2	140	2,0	155	2,0	120	1,6	149	1,9	150	2,0	170	2,2	186	2,4	150	2,0	196	2,5	180	2,4	155	2,0	1923	2,1
	TOTAL	300	3,9	215	3,1	255	3,3	235	3,1	340	4,5	278	3,7	289	3,8	342	4,5	276	3,7	301	3,9	323	4,4	236	3,1	3390	3,7
AUXILIARES	Qtde. média	208		208		208		208		208		208		208		208		208		208		208		208		208,0	
	AUSÊNCIA	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%
	Falta Abonada	0	0,0	1	0,0	1	0,0	2	0,0	1	0,0	3	0,0	3	0,0	2	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	15	0,0
	Licença-médica	81	1,3	54	0,9	68	1,1	33	0,5	74	1,2	39	0,6	74	1,2	46	0,7	43	0,7	46	0,7	50	0,8	71	1,1	679	0,9
	Licença INSS	466	7,8	451	8,4	580	9,9	518	9,1	540	9,1	570	10,1	595	10,2	604	10,3	570	10,1	573	9,8	564	9,9	575	9,8	6606	9,5
	TOTAL	547	9,3	506	9,5	649	11,2	553	9,7	615	10,5	612	10,9	672	11,6	652	11,2	613	10,9	620	10,6	614	10,9	647	11,2	7300	10,6
EQUIPE	Qtde. média	639		639		639		639		639		639		639		639		639		639		639		639		639,0	
	AUSÊNCIA	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%	DIAS	%
	Falta Abonada	2	0,0	5	0,0	4	0,0	11	0,1	13	0,1	8	0,0	9	0,0	6	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0	2	0,0	68	0,0
	Licença-médica	223	1,1	145	0,8	175	0,9	189	1,0	286	1,5	199	1,0	195	1,0	230	1,2	198	1,0	172	0,9	211	1,1	231	1,2	2454	1,1
	Licença INSS	700	3,7	647	3,8	797	4,2	698	3,8	771	4,0	810	4,4	858	4,5	852	4,5	780	4,2	831	4,4	804	4,4	761	4,0	9309	4,2
	TOTAL *	925	4,9	797	4,7	976	5,2	898	4,9	1070	5,7	1017	5,6	1062	5,7	1088	5,8	978	5,4	1007	5,4	1019	5,6	994	5,3	11831	5,3

* Não foram incluídos no cálculo os 101 dias de licenças compensadas (FO) e os 16 dias referentes à categoria profissional ATENDENTE.

Figura 22 - Valor percentual de absenteísmo por doença conforme a categoria profissional da equipe de enfermagem, período de jan-dez 2007. São Paulo (2007).

Fonte: Arquivo da pesquisadora

5 CONCLUSÃO

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou analisar o comportamento do absenteísmo por doença quanto ao perfil demográfico, aos diagnósticos médicos e à taxa desse tipo de ausência dos profissionais de enfermagem.

O quadro de pessoal de enfermagem do HU-USP, durante o período de janeiro a dezembro de 2007, foi, em média, composto por 647 profissionais representando: 174 (26,9%) enfermeiros; 257 (39,7%) técnicos de enfermagem; 208 (32,1%) auxiliares de enfermagem e oito (1,2%) atendentes.

Deste quadro, 362 profissionais estiveram ausentes por doença, sendo: 69 (19,1%) enfermeiros; 212 (58,6%) técnicos de enfermagem; 78 (21,5%) auxiliares de enfermagem e três (0,8%) atendentes.

Os técnicos de enfermagem apresentaram maior quantidade de licenças por doença, e os auxiliares de enfermagem a maior taxa de absenteísmo (dias de ausências).

Os resultados evidenciaram que a idade, o sexo e o tempo de experiência dos profissionais ausentes não condicionaram as ausências por doença.

Os profissionais ausentes são, na maioria casados, possuem em média 1,5 filhos, 83,1% referem ter um emprego e despendem cerca de 50 min no trajeto de casa para o trabalho.

A faixa salarial média, correspondente ao salário bruto, dos enfermeiros foi de R\$ 4.958,32, dos técnicos/auxiliares de enfermagem R\$ 2.650,07 e atendentes R\$ 1.360,94.

As licenças por doença representaram, respectivamente: Licença Faltas Abonadas (FA) 10,8%; Licença Compensada por Faltas (FO) 12,1%; Licença-Médica com até 15 dias (LM) 67,6%; Licença-Médica acima de 15 dias (INS) 5,0% e Licença-Médica acima de 15 dias, porém iniciadas antes de 2007 (IN) 4,5%.

A quantidade de licenças por doença concedidas, durante 2007, aos 362 profissionais de enfermagem foi de 762 licenças (FA; FO, LM, INS)

que representaram 6.245 dias de ausência ao trabalho. A média de dias de ausência por licença foi de 8,2 dias.

As maiores quantidades de licenças por doença ocorreram nas unidades de Clínica Cirúrgica (138), Pronto-Socorro Adulto (99) e Clínica Médica (73), correspondendo, respectivamente, a 850 dias, 875 dias e 1.216 dias.

Proporcionalmente ao quantitativo de profissionais de enfermagem do quadro das unidades, houve maior quantidade de profissionais por doença nas unidades de Centro Cirúrgico, Pronto-Socorro Adulto e Ambulatório.

Esses dados apontam para a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem dessas unidades.

O total do tempo em dias de ausência foi 11.948 dias correspondendo a: 68 dias (0,6%) por FA; 101 dias (0,8%) por FO; 5.757 dias (48,2%) por IN; 3.552 dias (29,7%) por INS e 2.470 dias (20,75%) por LM. As licenças iniciadas antes do período do estudo representaram cerca da metade do absenteísmo por doença.

A menor quantidade de licenças aconteceu no turno da noite e a maior, no turno da manhã.

O tipo de licença concedida em relação aos diagnósticos médicos emitidos ou referidos, conforme a CID-10, permitiu verificar que:

- a frequência de falta abonada foi baixa e a justificativas informadas foram sobretudo relacionadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (grupo M do CID 10), seguidas de queixas relacionadas à transtornos mentais e comportamentais (grupo F);
- os afastamentos compensados por folga tiveram baixa frequência, tendo a primeira causa as doenças respiratórias e a segunda, as gastroenterites e enxaquecas.
- nas licenças-médicas até 15 dias, 19% dos diagnósticos foram do sistema osteomuscular e o restante (81%) referiram-se a diversos grupos do CID-10;

- as doenças do grupo M: sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo representaram 4.957 dias (41,5%) de ausência e as dos transtornos mentais e comportamentais 3.393 dias (28,4%);
- no grupo M, as doenças mais referidas foram: outros transtornos dos tecidos moles (31%) e outras dorsopatias (26,1%) e
- no grupo F, as doenças mais referidas foram os transtornos do humo (episódio depressivo) em 76,4% das vezes.

As licenças médicas até 15 dias (LM) representaram 83,5% do custo estimado dos dias de absenteísmo. Para as licenças maiores que 15 dias, iniciadas antes de 2007 (IN), responsáveis por 5.757 dias de ausência, não se computou o custo por serem de responsabilidade do Instituto Nacional de Seguridade Social.

O percentual mensal de licenças foi inversamente proporcional ao da taxa de ocupação do Hospital, ou seja, nos meses com taxa de ocupação mais elevada o absenteísmo foi menor.

A taxa de absenteísmo por doença da equipe de enfermagem, em 2007, foi 5,3%, as licenças INSS representaram 4,2% e as licenças médicas (LM) 1,1%.

A taxa de absenteísmo por doença dos enfermeiros foi de 1,8%; dos técnicos de enfermagem, 3,7% e dos auxiliares de enfermagem, 10,6%.

As licenças por doença representaram 85% do absenteísmo da equipe de enfermagem do HU-USP.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir na argumentação da reposição temporária dos profissionais que se encontram em afastamento por licenças INSS, evitando a sobrecarga da equipe de enfermagem e protegendo a saúde física e mental dos profissionais que estão atuando na assistência, bem como nas palavras de Gallash (2007) o repensar sobre a efetividade dos tratamentos propostos, de mudanças no ambiente de trabalho e da implementação de um programa de reabilitação em saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

- Alves M, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(2): 195-200.
- Alves M, Godoy SCB. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. *Rev Mineira Enferm* 2001; 51(1/2): 73-81.
- Alves M. Causas do absenteísmo na enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.
- Alves M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem. *Rev Gaúch Enferm*. 1994; 15(1/2):71-5.
- American Hospital Association. The Hospital Workforce Shortage: immediate and future. *TrendWatch* 2001; 3(2): 1-8.
- Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(2): 221-7.
- Barboza DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Lat am Enferm* 2003; 11(2): 177-83.
- Barboza DB. Afastamentos do trabalho na enfermagem de um hospital geral no período de 1995 a 1999. [dissertação] São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2001.
- Becker SG, Oliveira MLC. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem em um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. *Rev Lat am Enferm*. 2008; 16(1):109-14.
- Belém IJR, Gaidzinski RR. Estudo das ausências da equipe de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1998; 51(4):697-708.
- Borofsky GL, Smith M. Reduction in turnover, accidents and absenteeism: the contribution of a pre-employment screening inventory. *J Clin Psychol*. 1993; 19(1):109-17.
- Braga D. Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas do Hospital Evandro Chagas. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
- Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
- Brasil. Tribunal Regional do Trabalho. 2. Região. Consolidação das Leis do Trabalho. Serviço de Jurisprudência e Divulgação. São Paulo: 2005.

Castilho V, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.171-83.

Chiavenato I. Recursos humanos na empresa. São Paulo: Atlas; 1991.

Chiavenato I. Recursos humanos. São Paulo: Atlas; 2000.

Ciampone MHT, Kurcgant P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: Kurcgant P. Gerenciamento de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap.5, p.54-65.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN – 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [legislação na Internet]. Rio de Janeiro; 2004 [citado em 2006 jul. 14]. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005>.

Couto HA. Temas de saúde ocupacional. Belo Horizonte: Ergo; 1987: Absenteísmo: uma visão bem maior que a simples doença, p.9-34.

Dall'inha GR. A influência das práticas e das políticas de recursos humanos sobre o absenteísmo e a rotatividade: um estudo de caso. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Faculdade de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

Dejours C. A loucura no trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: CORTEC; 2003. 168p.

Dutra JS. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas; 2004.

Echer IC, Moura GM, Magalhães AM, Piovesan R. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. Rev Gauch Enferm. 1999; 20(2):65-76.

Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev Lat am Enferm 2006; 14(4): 517-25.

Farias FAC, Silva AL, Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: análise em um hospital de cardiologia. In: Anais do 7º Encontro de Enfermagem e Tecnologia; 2000; São Paulo [CD Rom]. São Paulo: ENFTEC; 2000.

Farias FAC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem para o Pronto-Socorro especializado em afecções cardiovasculares [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Felli VEA, Pedduzzi M. o trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap.1, p.1-13.

Felli VEA, Tronchin DMR. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap.8, p.89-107.

Felli VEA. O desgaste do trabalhador de enfermagem: estudo da relação trabalho de enfermagem e a saúde do trabalhador. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Fischer FM, Borges FNS, Rotenberg L, Latorre MRDO, Soares NS, Santa Rosa PLF, et al. Work ability of health care shift workers: what matters? Chronobiol Int 2006; 23(6):1165-79.

Fischer JE, Calame A, Dettling AC, Zeier H, Fanconi S. Objectifying psychomental stress in the workplace: an example. Int Arch Occup Environ Health 2000; 73(suppl): S46-S52.

Fox-Rushby J, Parker M. Culture and the measurement of health-related quality of life. Rev Europ Psychol Appliquée 1995; 45: 257-63.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(4):109-17.

Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital universitário [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Fugulin FMT. Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap.10, p.125-37.

Gaidzinski RR, Sanna MC, Leite MMJ, Mayor ERC. Estudo das ausências da equipe de enfermagem num hospital geral de grande porte. Rev Enferm Complexo HC/FMUSP 1998; 1(4): 8-14.

Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. [tese Livre-Docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Gallasch CH. Adaptação cultural do instrumento work role functioning questionnaire [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Gehring Júnior G, et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. Rev Bras Epidemiol 2007; 10(3):401-9.

Gonçalves MBL, Fischer FM, Lombardi M, Ferreira RM. Work activities of practical nurses and risk factors for the development of musculoskeletal disorders. J Human Ergol. 2001; 30(1/2): 369-74.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais (2005).

Johnson CJ, Croghan E, Crawford J. the problem and management of sickness absence in the NHS: considerations for nurse manager. J Nurs Manag 2003; 11:336-42.

Jorge AL. Motivos que levam os trabalhadores de enfermagem ao absenteísmo. Acta Paul Enferm. 1995; 8(1):39-46.

Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem para unidades de internação médicas e cirúrgica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Limongi-França AC. Prefácio. In: Cunha KC. Gestão de pessoas: foco na enfermagem atual. São Paulo: Martinari; 2008. 128p.

Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

Lunardi WD, Mazzilli C. Contribuição ao estudo qualitativo do trabalho na área de enfermagem. Rev Adm Pública 1996; 30(4): 55-73.

Malvezzi S. Cultura organizacional: uma forma de capacitação. In: Simpósio sobre Cultura Organizacional. Reciphocal; abril de 2002.

Malvezzi S. Do Taylorismo ao Capitalismo: 90 anos de Desenvolvimento de Recursos Humanos. In: Boog GG. Manual de Treinamento e Desenvolvimento ABTD (coord.). São Paulo: Makron Books, 1994. cap 2.

Marziale MHP, Siva DMPP. O adoecimento da equipe de enfermagem e o absenteísmo doença. Ciênc Cuid Saúde. 2002; 1(1):139-42.

Marziale MHP. Condições ergonômicas da situação de trabalho do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1995.

Matos EMB. Incidentes críticos do absenteísmo em situações de trabalho industrial. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Faculdade de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

Matsushita MS. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das Unidades de Internação do Hospital São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

McCue B, Mark BA, Harless DW. Nurse staffing, quality and financial performance. J Health Care. Finance 2003; 29(4): 54-76.

McEwan IM. Absenteeism and sickness absence. Postgrad Med J 1991; 67(794): 1067-71.

Murai HC, Prado SRLA, Amaral RKK, Armond JE. Sistema Único de Saúde: uma realidade em modelos assistenciais distintos. In: Cianciarullo TI, Silva GTR, Cunha ICKO, coordenadores. Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família: identificando as suas características. São Paulo: Ícone; 2005. cap. 1, p.43-54.

Murofase NT. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais : reflexo das mudanças no mundo do trabalho [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Nascimento GM. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem em uma Unidade Básica e Distrital de Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA - I: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed, 2006. 312p.

Oliveira AM, Souza SMS. Estudo das ausências previstas e não previstas dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva adulto e pediátrica [monografia]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde(CID-10). Décima revisão. São Paulo: EDUSP; 1997.

Organização Mundial de Saúde. Década do Osso e da Articulação - Movimento Articular 2000/2010. [citado em 22 out 2007] Disponível em: <http://www.reumatorj.com.br/decada.htm>

Organización Internacional del Trabajo (OIT). Absentismo, causas y control. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo. Madri; 1989. v.1, p.5-12.

Otero JJG. Riesgos del trabajo del personal sanitario. 2ª ed. Madri: McGraw Hill; 1993.

Padilha MICS, Vaghetti HH, Brodersen G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. Rev Enferm UERJ 2006; 14(2): 292-300.

Pavani LMD. Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem na Unidade de Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca em um Hospital Universitário especializado em cardiologia [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Pichon-Rivière H. O processo grupal. Trad. de Marco Aurélio Fernandes Velosso. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1986.

Pitta AMF. Hospital: dor e morte como ofício. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. 198p.

Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. Harvard Business Review 2004; 65-76.

Possari JF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência, segundo o porte cirúrgico [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Quick TC, Lapertosa JB. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. Rev Bras Saúde Ocup. 1982; 10(40):62-7.

Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla IML, Giné AM, Martin M. Factors related to sickness absenteeism among nursing personnel. Rev Saúde Pública 37(5): 616-23.

Riboldi CO. Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Robazzi MLC, Paracchini AS, Gir E, Santos WDL, Moriya TM. Serviços de Enfermagem: um estudo sobre o absenteísmo. Rev Bras Saúde Ocup. 1990; 18(68):65-70.

Rogenski KE. Tempo de assistência de enfermagem: identificação e análise em instituição hospitalar de ensino [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Shimizu HE. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiros que trabalham em UTI em um hospital escola [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev lat am enferm. 2000; 8(5):44-51.

- Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Absenteísmo no trabalho: sintoma ou doença? Rev Med Minas Gerais 2006; 16(1): 66-70.
- Silva MP. Absenteísmo: grande problema das chefias de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1983; 4(1):75-84.
- Silva VEF; Massarollo MCKB. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. Mundo Saúde. 1998; 22(5):283-86.
- Siqueira MM, Watanabe FS, Ventola A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. Rev lat am enferm. 1995; 3(1):45-57.
- Spindola T, Santos RS. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. Rev lat am enferm 2003; 11(5): 593-600.
- Takahashi EIU. A emoção na prática de enfermagem: relatado por enfermeiros de UTI e UI [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1991.
- Tamayo A. Valores organizacionais. In: Tamayo A, Andrade JEB, Codo W. Trabalho, organização e cultura. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1997. p.175-93.
- Universidade de São Paulo. Coordenadoria de Administração Geral. Departamento de Recursos Humanos. [citado em 20 out 2007] Disponível em: <<http://www.usp.br/drh/>>.
- Valtorta A, Sidi E, Bianchi SCL. Estudo do absenteísmo médico num hospital de grande porte. Rev Bras Saúde Ocup. 1985; 13(51):55-61.
- Zanon E, Marziale MHP. Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados. Rev Esc Enferm. USP 2000; 34(1): 26-36.

Apêndice A. Instrumento I - Coleta de Dados Demográficos

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Idade: _____
Sexo: _____	Estado civil: _____
Nº de filhos: _____	
Nº de empregos atuais: _____	Tempo de experiência na função: _____
Salário: R\$ _____	
Tempo que percorre de casa ao trabalho (em minutos): _____	

Apêndice B. Instrumento II - Planilha de Ausências por Doença

UNIDADE: _____

MÊS: _____

ANO: _____

Nº funcional	Nome do funcionário	Categoria funcional	Turno de trabalho	Tipo de licença (LM, INSS, AC.TRAB)	Troca da falta por folga	Falta abonada por doença	Data início da licença	Nº de dias	Motivo referido

Obs: Excluir a chefe

Apêndice C. Formulário Access

The screenshot shows the Microsoft Access application window. The title bar reads 'Microsoft Access'. The menu bar includes 'Arquivo', 'Editar', 'Exibir', 'Inserir', 'Formatar', 'Registros', 'Ferramentas', 'Janela', and 'Ajuda'. The toolbar shows various icons for file operations, editing, and formatting. The main window displays a database named 'LICENÇAS SAÚDE - HU : Banco de dados (formato de arquivo do Acces...'. The 'Objetos' pane on the left lists 'Tabelas', 'Consultas', 'Formulá...', 'Relatórios', 'Páginas', 'Macros', and 'Módulos'. The 'Formulá...' pane shows options to 'Criar formulário no modo Estrutura' and 'Criar formulário usando o assistente', with 'LICENÇAS_FORM' selected. A table view window titled 'LICENÇAS_TAB' is open, displaying a table with the following data:

ITEM	DATA	UNIDADE
	01-01-2006	CLM
NOME		REGISTRO_USP
REGINA SILVEIRA SÁ		8765432
IDADE	CATEGORIA	EXPERIÊNCIA
43	E	5
SALÁRIO		3900
LICENÇA	INÍCIO	FIM
SAÚDE	03-12-2005	02-01-2006
MOTIVO		
DOENÇA		

The status bar at the bottom of the table view window shows 'Registro: 1 de 1'.

Apêndice D. Total das doenças relacionadas ao CID-10 ocorridas nas licenças e o tempo em dias de ausência

CAPÍTULO DO CID-10	LICENÇAS	TEMPO (DIAS)	PROPORÇÃO	CLASSIFICAÇÃO ALFABÉTICA POR CATEGORIA DO CID-10	CATEGORIA COM TRÊS CARACTERES	QUANTIDADE DE LICENÇAS	TEMPO DAS AUSÊNCIAS (DIAS)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	79	186	1,6%	doenças infecciosas intestinais	A08;A09	64	93
				febre por arbovírus e hemorrágicas virais	A90;A99	4	21
				infecções virais caracterizadas por lesões de pele e mucosas	B01;B02	7	27
				hepatite viral	B17	2	41
				outras doenças por vírus	B26	1	3
				pediculose, acariase e outras infecções	B86	1	1
Neoplasias	1	233	2,0%	neoplasia (tumores) in situ	D05	1	233
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6	14	0,1%	transtorno da glândula tireóide	E02;E06	3	7
				diabete mellitus	E10;E14	3	7
Transtornos mentais e comportamentais	52	3393	28,4%	transtorno do humor	F32	42	2592
				transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao stress e transtornos somatoformes	F40;F41;F45	7	622
				transtornos do comportamento e transtornos emocionais...	F92	3	179
Doenças do sistema nervoso	30	47	0,4%	transtornos episódicos e paroxísticos	G43;G44	25	32
				transtorno dos nervos. raízes e dos plexos nervosos	G56;G57	5	15
Doenças do olho e anexos	49	202	1,7%	transtornos da conjuntiva	H10;H11	45	196
				transtornos da	H16	1	3

CAPÍTULO DO CID-10	LICENÇAS	TEMPO (DIAS)	PROPORÇÃO	CLASSIFICAÇÃO ALFABÉTICA POR CATEGORIA DO CID-10	CATEGORIA COM TRÊS CARACTERES	QUANTIDADE DE LICENÇAS	TEMPO DAS AUSÊNCIAS (DIAS)
				esclerótica, da córnea, da íris e do corpo ciliar			
				transtornos da coróide e da retina	H35	1	1
				transtorno do humor vítreo e do globo ocular	H44	1	1
				outros transtornos do olho e anexos	H57	1	1
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	8	12	0,1%	doenças do ouvido externo	H60	1	1
				doenças do ouvido interno	H83	7	11
Doenças do aparelho circulatório	26	148	1,2%	doenças hipertensivas	I10	14	84
				doenças isquêmicas do coração	I20	2	12
				doença cardíaca pulmonar e doenças da circulação pulmonar	I27	1	2
				outras formas da doença do coração	I49;I51	2	15
				doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos não classificadas em outra parte	I80;I83	6	32
				outros transtornos e os não especificados do aparelho circulatório	I95 D50 I47	1	3
Doenças do aparelho respiratório	137	234	1,2%	infecções agudas das vias aéreas superiores	J00 A J06	71	110
				influenza e pneumonia	J10;J11;J12;J18	58	111
				outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J20	1	3
				outras doenças das vias aéreas superiores	J35	1	3
				doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J45	6	7
Doenças do aparelho digestivo	33	264	2,2%	doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares	K00;K04;K08	13	31

CAPÍTULO DO CID-10	LICENÇAS	TEMPO (DIAS)	PROPORÇÃO	CLASSIFICAÇÃO ALFABÉTICA POR CATEGORIA DO CID-10	CATEGORIA COM TRÊS CARACTERES	QUANTIDADE DE LICENÇAS	TEMPO DAS AUSÊNCIAS (DIAS)
				doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	K29;K31	5	6
				doenças do apêndice	K35	1	12
				enterites e colites não infecciosas	K51;K52	10	25
				outras doenças dos intestinos	K57	1	7
				transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	K81	2	8
				outras doenças do aparelho digestivo	K91	1	175
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	19	73	0,6%	infecções da pele e do tecido subcutâneo	L02;L03	7	35
				dermatite e eczema	L23;L25	6	10
				urticária e eritema	L50	1	2
				transtornos da pele e do tecido subcutâneo relacionado com a radiação	L55	2	12
				afecções dos anexos da pele	L72	1	1
				outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	L80;L89	2	13
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	204	4957	41,5%	poliartropatias infecciosas	M06	2	22
				artrose	M17	3	261
				outros transtornos articulares	M23	1	4
				doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	M34	1	28
				dorsopatias deformantes	M43	2	2
				espondilopatias	M47	2	730
				outras dorsopatias	M50;M51;M53;M54	79	1293
				transtornos			

CAPÍTULO DO CID-10	LICENÇAS	TEMPO (DIAS)	PROPORÇÃO	CLASSIFICAÇÃO ALFABÉTICA POR CATEGORIA DO CID-10	CATEGORIA COM TRÊS CARACTERES	QUANTIDADE DE LICENÇAS	TEMPO DAS AUSÊNCIAS (DIAS)
				musculares			
				transtornos das sinóvias e dos tendões	M65	72	772
				outros transtornos dos tecidos moles	M70;M71;M75;M79	38	1535
				outras osteopatias	M86	1	305
Doenças do aparelho geniturinário	25	64	0,5%	calculose renal	N20;N21;N23	14	28
				outras doenças do aparelho urinário	N39	1	1
				doenças da mama	N63;N65	2	16
				transtornos não inflamatórios do trato genital feminino	N84;N92;N93;N97	8	19
Gravidez, parto e puerpério	21	72	0,6%	gravidez que termina em aborto	O03	1	10
				outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	O20;O26	15	38
				assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	O31;O47	4	23
				complicações do trabalho de parto e do parto	O62	1	1
Sintomas, sinais, e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	46	412	3,4%	sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R07	2	2
				sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	R10;R11	12	17
				sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário	R30	1	1
				sintomas e sinais relativos à cognição, a percepção, ao estado emocional e ao	R42	2	2

CAPÍTULO DO CID-10	LICENÇAS	TEMPO (DIAS)	PROPORÇÃO	CLASSIFICAÇÃO ALFABÉTICA POR CATEGORIA DO CID-10	CATEGORIA COM TRÊS CARACTERES	QUANTIDADE DE LICENÇAS	TEMPO DAS AUSÊNCIAS (DIAS)
				comportamento			
				sintomas e sinais gerais	R50;R51;R53;R55	26	384
				achados anormais de exame de sangue, sem diagnóstico	R73	2	5
				achados anormais de exame para diagnóstico por imagem e em estudos de função, sem diagnóstico	R90	1	1
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	70	792	6,6%	traumatismos da cabeça	S03;S05	2	18
				traumatismos do abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	S34	5	23
				traumatismos do ombro e do braço	S40	5	68
				traumatismos do punho e da mão	S60;S61;S62;S63	9	38
				traumatismo do quadril e da coxa	S76	1	2
				traumatismo do joelho e da perna	S82;S83;S86	5	47
				traumatismo do tornozelo e do pé	S90;S92;S93;S94	23	171
				traumatismo de localização não especificada do tronco, membros ou outras regiões do corpo	T11;T13	10	402
				outros efeitos de causas externas e os não especificados	T78	7	18
				complicações de cuidados médicos e cirúrgicos não classificados em outra parte	T80;T81	3	5
Causas externas de morbidade e de mortalidade	10	283	2,4%	ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	V43	2	3
				ocupante de um	V78	1	6

CAPÍTULO DO CID-10	LICENÇAS	TEMPO (DIAS)	PROPORÇÃO	CLASSIFICAÇÃO ALFABÉTICA POR CATEGORIA DO CID-10	CATEGORIA COM TRÊS CARACTERES	QUANTIDADE DE LICENÇAS	TEMPO DAS AUSÊNCIAS (DIAS)
				ônibus traumatizado em um acidente de transporte			
				quedas	W01	2	2
				acidentes ocorridos em pacientes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos	Y63	1	1
				reação anormal em paciente ou complicação tardia causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidente ao tempo do procedimento	Y83	4	271
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	70	562	4,7%	peças em contato com os serviços de saúde para exame e investigação	Z00;Z01;Z04;Z10;Z12;Z13	20	37
				peças em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução	Z30;Z31;Z35	6	102
				peças em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos	Z40;Z46;Z48;Z52;Z54	38	292
				peças em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias	Z71	4	18
				peças com risco potencial a saúde relacionados com história familiar e peças e algumas afecções que influenciam o estado de saúde	Z94;Z98	2	113
Total	886	11948	100%				

Anexo A. Organograma do Departamento de Enfermagem

Anexo B. Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa

Fis. nº 123
Rubrica [assinatura]

São Paulo, 13 de abril de 2007.

Il^{mo}(a). S^{ra}(a).

Profa. Dra. Raquel Rapone Gaidzinski

Departamento de Enfermagem

Hospital Universitário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “*Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: índice, motivos e perfil dos profissionais*” - **Co-Autor(es):** Tânia Regina Sancinetti – **Registro CEP-HU/USP:** 731/07 – **SISNEP/CAAE:** 0014.0.198.196-07

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 13 de abril de 2007, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

O primeiro relatório está previsto para 13 de abril de 2008.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

**Anexo C. Encargos sociais e trabalhistas incidentes sobre o salário
bruto mensal dos celetistas**

Salários	Descrição
12	Salários mensais
1	13º salário
0,333	Abono de férias
1,32	INSS/salário (empregador 11%)
0,11	INSS/13º salário (empregador 11%)
1,02	FGTS/Salário 8,5%
0,085	FGTS/13º Salário 8,5%
15,868	Salários/ano
365	Dias corridos no ano
30	Dias de férias
335	Dias corridos sujeitos à ausências por doença.
0,05	Custo do salário por dia corrido