UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANDRÉA RODRIGUES PASSOS

**ABSENTEÍSMO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES E AÇÕES
DE ENFERMEIROS COORDENADORES DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO**

SÃO PAULO
2014

ANDRÉA RODRIGUES PASSOS

**ABSENTEÍSMO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES E AÇÕES
DE ENFERMEIROS COORDENADORES DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO**

Tese corrigida apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EE/USP, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

**Área de Concentração:
Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.**

**Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Paulina Kurcgant**

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

**São Paulo
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

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

Passos, Andréa Rodrigues

Absenteísmo do pessoal de enfermagem: percepções e ações de enfermeiros coordenadores de um hospital especializado. -- São Paulo, 2014.

120 p.

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

Orientadora: Profa. Dra. Paulina Kurcgant
Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem

1. Absenteísmo. 2. Equipe de enfermagem. 3. Enfermagem. I. Título.

Nome: Andréa Rodrigues Passos

Título: Absenteísmo do pessoal de enfermagem: percepção e ações de enfermeiros coordenadores de um hospital especializado

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

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:** _____

A minha mãe Izaurina Rodrigues, aos meus filhos Bernardo e Breno Passos Gomes, aos meus irmãos Adriana, Alciony, Adson, Anderson e André e aos sobrinhos queridos Helena, Isabela, André Filho e Alef.

AGRADECIMENTOS

- ❖ *A Deus, agradeço pela vida e energia que me impulsiona a lutar para atingir meus objetivos, pelas oportunidades que surgem, por ter minha família e pessoas que amo, e por mais esta conquista!*
- ❖ *A minha mãe, Izaurina. Aos meus filhos Bernardo e Breno, pela força e tolerância nos dias que precisei estar ausente para elaboração e conclusão deste trabalho.*
- ❖ *Agradeço à professora Paulina Kurcgant pela amizade, experiência e conhecimento científico, companheirismo, e, acima de tudo, por acreditar na minha capacidade. Sem este apoio não seria possível a sua conclusão. Por ter acompanhado e contribuído com sugestões que colaboraram para a organização, direcionamento e conclusão do estudo.*
- ❖ *Às professoras Raquel Rapone Gaidzinski e Marta Maria Melleiro, pelas sugestões no Exame de Qualificação.*
- ❖ *A todos os professores do Programa de pós-graduação em Enfermagem da EEUSP, pela contribuição, amizade, disponibilidade e auxílio em todos os momentos em que precisei.*
- ❖ *Agradeço em especial a Josimerci Ittavo Lamana Faria e Taiza Florêncio Costa pela troca de conhecimentos, convívio e amizade.*
- ❖ *Aos funcionários da escola de enfermagem, pela amizade e constante auxílio prestados – Irene, Jaqueline, Milena, Geisa, Andrea, Osni, Edna e Edina.*
- ❖ *A CAPES, pela viabilização financeira, no segundo ano de estudo, mediante concessão de uma bolsa de pesquisa.*
- ❖ *A todos as pessoas que contribuíram de alguma forma para a conclusão desta pesquisa. Em especial agradeço a Adriana Rodrigues Passos e José Alberto pelos momentos de reflexão e estímulo.*

Muito Obrigada!

Passos AR. Absenteísmo do pessoal de enfermagem: percepções e ações de enfermeiros coordenadores de um hospital especializado. [tese] São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: O termo absenteísmo, palavra de origem francesa, *absentéisme*, significa pessoa que falta ao trabalho, ausência no serviço por diversos motivos, proposital ou por circunstâncias que não dependem da vontade do trabalhador. **Objetivos:** Identificar as taxas de absenteísmo, levantar as ações e decisões que os enfermeiros coordenadores adotam frente ao absenteísmo, e as ações de impacto positivo, realizadas frente ao absenteísmo. **Método:** Descritiva e exploratória adotando o Estudo de Caso desenvolvido em dois momentos: na abordagem quantitativa foram identificadas as taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem das unidades estudadas nos anos de 2010 e 2011. Na abordagem qualitativa, os dados foram coletados mediante a adoção das técnicas da Entrevista e do Grupo Focal. A análise dos dados quantitativos tomou como base a taxa de 6,7%, preconizada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 293/04 e dos qualitativos foi efetuada segundo a proposta da análise temática de Minayo. **Resultados:** Em 2010 e 2011, das 6 unidades que apresentaram as mais altas taxas de absenteísmo, três são Unidades de Terapia Intensiva. No entanto, foram evidenciadas, também, taxas elevadas em unidades como centrais de material esterilizado, ambulatório e internação. Dentre as unidades com as mais baixas taxas de absenteísmo, duas são de hemodiálise, uma unidade transfusional, um laboratório, uma de hematologia e um ambulatório clínico. A análise dos dados obtidos nas entrevistas possibilitou a construção das categorias temáticas e respectivas Unidade de Significado (US): Elementos constitutivos do absenteísmo com as US Característica de absenteísmo, Insatisfação no trabalho e Consequências do absenteísmo; Ações realizadas frente ao absenteísmo com as US Ações de caráter institucional e Ações de caráter profissional; Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo com as US Ações de impacto positivo de caráter institucional e Ações de impacto positivo de caráter profissional. O Relatório Síntese resultante desta análise foi o elemento disparador do Grupo Focal que permitiu a elaboração das categorias Elementos constitutivos do absenteísmo com as U.S Características de absenteísmo e Consequências do absenteísmo e Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo com as U.S Ações de impacto positivo de caráter institucional e Ações de impacto positivo de caráter profissional. **Considerações finais:** O presente estudo corrobora resultados de estudos que atribuem as mais altas taxas de absenteísmo às especificidades de algumas unidades, caracterizadas por maior exposição dos profissionais a desgastes físicos e mentais, como as unidades de tratamento intensivo, que atendem pacientes graves com alta dependência de cuidados. Grande parte dos motivos/causas do absenteísmo, não podem ser gerenciados, e principalmente resolvidos, pelos agentes de âmbito decisório das unidades de serviço. São realizados encaminhamentos para atendimento de problemas pessoais, no entanto, existem encaminhamentos de caráter institucional que precisam ser direcionados a agentes organizacionais com maior poder decisório e governabilidade.

Palavras-Chaves: Enfermagem, Absenteísmo, Pessoal de enfermagem, Hospital.

Passos AR. Nursing staff absenteeism: perceptions and actions of coordinator nurses at an specialized hospital. [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: São Paulo Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Absenteeism is a term of French origin – *absentéisme* – which means absence from work for a number of reasons, either voluntary or due to circumstances beyond a worker's own will. The objective of this study is to validate absenteeism, under a given concrete situation, as a quality indicator of the nursing staff management at an oncology-specialized hospital. A descriptive and exploratory methodology was adopted for our case study which was developed in two different stages. Firstly, at the quantitative approach level, absenteeism rates were determined among nursing staff at the units studied between 2010 and 2011. Secondly, at the qualitative approach level, data were collected through the employment of two techniques: interview and focus group. The analysis of qualitative data was carried out according to Minayo's thematic analysis proposal. The study, of the data obtained from interviews enabled the development of the following thematic categories and their respective units of meaning: Absenteeism constitutive elements and the units of meaning (absenteeism characteristics, dissatisfaction at work and consequences of absenteeism); Actions against absenteeism and the units of meaning (actions of institutional character and actions of professional character); Positive impact actions against absenteeism and the units of meaning (positive impact actions of institutional character and positive impact actions of professional character). The synthesis report drawn from such analysis was the focus group element which triggered the establishment of the following categories: Absenteeism constitutive elements and the units of meaning (absenteeism characteristics and absenteeism consequences); Positive impact actions against absenteeism and the units of meaning (positive impact actions of institutional character and positive impact actions of professional character).

Keywords: Nursing, Absenteeism, Nursing staff, Hospital.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da população do estudo em 2010	45
Tabela 2 - Caracterização da população do estudo de 2011	46
Tabela 3 - Taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem por unidades de serviço em 2010	50
Tabela 4 - Unidades de Serviço e os meses do ano em que ocorreram as taxas mais altas de absenteísmo no ano de 2010	52
Tabela 5 - Unidades de Serviço e os meses do ano em que ocorreram as taxas mais baixas de absenteísmo no ano de 2010	54
Tabela 6 - Taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem por unidades de serviço em 2011	55
Tabela 7 - Unidades de Serviço e os meses do ano em que ocorreram as taxas mais altas de absenteísmo no ano de 2011	57
Tabela 8 - Unidades de Serviço e os meses do ano em que ocorreram as taxas mais baixas de absenteísmo no ano de 2011	59

LISTA DE SIGLAS

EEUSP.....	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
CECON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CID.....	Classificação Internacional de Doenças
CEP.....	Comitê de Ética em Pesquisa
CME.....	Centro de Esterilização de Material
COMGENF..	Conceito e Metodologia do Gerenciamento em Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DGA.....	Diretoria Geral da Assistência
If.....	Índice de frequência
INSS.....	Instituto Nacional de Seguridade Social
IST.....	Índice de Segurança Técnica
LM	Licenças Médicas
LS.....	Licenças Saúde
NAGEH.....	Núcleo de Apoio à gestão Hospitalar
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PA	Pronto-atendimento
PCCS.....	Plano de Carreira Cargos e Salários
PMS.....	Programa Metropolitano de Saúde
PPGEN.....	Programa de Pós graduação em Enfermagem
SADT	Serviços de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TGA	Teoria Geral da Administração
Tp.....	Tempo perdido
UEFS.....	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA.....	Universidade Federal da Bahia
UNACON ...	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
US.....	Unidade de Significado
UTI.....	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	O PROCESSO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	14
1.2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
1.2.1	O absenteísmo e o processo de trabalho gerencial em enfermagem	20
2	OBJETIVOS DA PESQUISA:	29
3	PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	36
3.2	<i>LOCUS</i> DA PESQUISA	36
3.3	POPULAÇÃO DA PESQUISA	38
3.4	OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA	39
3.4.1	A coleta dos dados	39
3.4.2	Análise dos dados	40
4	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	44
4.1	A ANÁLISE QUANTITATIVA	44
4.1.1	Taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem	46
4.1.2	Análise quantitativa do ano de 2010	48
4.1.3	Análise quantitativa do ano de 2011	53
4.2	A ANÁLISE QUALITATIVA	58
4.2.1	Categoria: Os Elementos constitutivos do absenteísmo	60
4.2.2	Categoria: Ações realizadas frente ao absenteísmo	65
4.2.3	Categoria: Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo	75
4.3	ANÁLISE DAS FALAS RESGATADAS NO GRUPO FOCAL	81
4.3.1	Categoria: Elementos constitutivos do absenteísmo	81
4.3.2	Categoria: Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo	89
5	RESULTADOS	99
6	CONCLUSÕES	104
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICES	118

APRESENTAÇÃO

Em 1992, fui aprovada no vestibular na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), iniciando o curso de graduação em enfermagem e trabalhando como professora do ensino fundamental, na cidade de Cachoeira (Bahia), durante 3 anos.

Quando terminei a graduação em 1996, viajei para São Paulo e encaminhei meu currículo para alguns hospitais. Fui admitida como enfermeira assistencial, em um hospital particular, e posteriormente, em fevereiro de 1997, após aprovação em concurso, assumi a função de enfermeira assistencial em um hospital público da cidade de São Paulo, onde permaneci até fevereiro de 2002.

No ano de 1999 nasceu meu primeiro filho Bernardo, em 2001 o segundo filho, Breno. Com os filhos pequenos, retornei para Salvador em 2002, trabalhando dois anos na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira.

O interesse pelo tema gerenciamento de recursos para a assistência de enfermagem emergiu da vivência como enfermeira coordenadora, neste hospital filantrópico, no ano de 2004. A necessidade de maior conhecimento sobre gerenciamento de pessoal emergiu fortemente, neste período, pelo fato de estar lidando, diretamente, com demandas do pessoal de enfermagem no atendimento das demandas dos pacientes.

Assim, com o intuito de aumentar meu conhecimento ingressei como aluna especial, no mestrado da Universidade Federal da Bahia, cursando a disciplina Gestão em Serviços Públicos, na Escola de Administração. Este fato contribuiu no ano de 2007, para minha inserção no mestrado acadêmico e nos grupos de pesquisa: Núcleo de Pesquisa em Políticas, Gestão, Trabalho e Recursos Humanos em Enfermagem e Saúde Coletiva (GERIR) e Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Nas reuniões dos grupos ocorriam discussões sobre gerenciamento de pessoal, o que tornou possível responder a algumas demandas do serviço.

A atividade como pesquisadora, membro dos grupos de pesquisa, e também a atuação como professora substituta na UFBA nos anos de 2007 e 2008, contribuíram para

o desenvolvimento do estudo: “Percepção da equipe de saúde sobre a alta gestão hospitalar” que possibilitou analisar temáticas sobre modelo de gestão; requisitos para subsidiar a gestão; valorização do modelo de gestão pela equipe de saúde, bem como, fatores facilitadores e limitantes que permeiam o gerenciamento de recursos humanos, no ambiente hospitalar. Como fatores limitantes na gestão foram destacados aspectos relacionados à política institucional, aos recursos tecnológicos, materiais e financeiros, e ao gerenciamento dos recursos humanos.

Estes resultados instigaram, ainda mais, meu interesse em conhecer estudos e outras realidades, mais avançadas, direcionando-me para a elaboração de outro estudo, sobre gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. Para isto busquei, na literatura, estudos sobre a temática, que apontaram para programas de pós-graduação, pesquisadores e grupos de pesquisa. Dentre estes, passei a participar do Grupo de Pesquisa Conceito e Metodologia do Gerenciamento em Enfermagem (COMGENF) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), culminando com meu ingresso no curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em gerenciamento em enfermagem (PPGEn), no qual me encontro inserida desde 2010.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O PROCESSO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

As atividades e processos de trabalho, em uma dada sociedade, se organizam segundo determinantes políticos, modelos administrativos e gerenciais hegemônicos, tecnologia disponível e aplicável na área, produção de conhecimentos científicos bem como, na área de saúde, segundo características internas ao processo específico de produção da ação assistencial (Pires, 2008).

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde, essencial para a vida humana, se constitui como parte do setor de prestação de serviços, sendo que, no plano da produção não-material, completa-se no ato de sua execução. Seu resultado não é um produto material independente do processo de produção nem é comercializável no mercado, mas é indissociável do processo que o produz, sendo a própria realização da atividade. Assim, a prestação da assistência à saúde pode assumir diferentes formas como: realização de consultas, de cirurgias, exames de diagnóstico, aplicação de medicamentos, orientação nutricional, dentre outras.

Neste sentido, a ação assistencial envolve atuação profissional realizada por indivíduos que dominam conhecimentos e técnicas especiais visando à assistência individual ou em grupo de pessoas com problemas de saúde ou em risco de adoecer. A este trabalho são acrescidas ações de cunho preventivo, curativo e de reabilitação. Ademais, quando realizada no espaço institucional, a assistência à saúde envolve a identificação de problemas ou diagnóstico, a decisão sobre o tratamento, a realização de procedimentos, a avaliação de resultados e a decisão da alta hospitalar.

Este trabalho é executado, cotidianamente, por profissionais da área da saúde e por um grupo de trabalhadores diversificados que desenvolvem atividades que, apesar de não serem específicas da área de saúde, são imprescindíveis para que a assistência ocorra.

De acordo com Pires (2008) o processo de trabalho dos profissionais da saúde tem como finalidade a atenção terapêutica em saúde, sendo o seu objeto todo ser humano

que necessita de medidas para a cura, preservação ou prevenção de doenças e utilizam como instrumento de trabalho, condutas constituídas pela dimensão técnica e pelos saberes de saúde tendo, como produto final, a assistência à saúde que é consumida no ato de sua produção.

A divisão técnica e social do trabalho em saúde, inserida no trabalho do pessoal de enfermagem é composta por diferentes categorias de trabalhadores, com níveis de formação diferenciados e que aplicam sua força de trabalho na transformação do objeto de trabalho, podendo ou não, coincidir com as categorias profissionais. Neste contexto, as ações de enfermagem enquanto trabalho coletivo, são executadas em conjunto com outros agentes da equipe multiprofissional de saúde e esta organização do trabalho, embora coletiva, pode ocorrer de forma fragmentada ou articulada o que favorece a oferta de uma assistência integral de enfermagem e de atenção à saúde (Ciampone; Peduzzi, 2000; Peduzzi, 2001).

O trabalho da enfermagem, enquanto prática social inserida no mundo do trabalho surge na Inglaterra na segunda metade do século XIX, influenciado por determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos. A enfermagem respondeu a este projeto político-social fortalecendo sua inserção no processo de trabalho em saúde, uma vez que o hospital tornava-se local de cura.

Neste cenário, foram impostas novas relações de trabalho como consequência da desregulamentação das relações de trabalho. Surgiram novos mecanismos de gestão e exigência de novos perfis profissionais ampliando as dimensões intelectuais do trabalho, a polivalência e a multifuncionalidade do trabalhador (Peduzzi, 2003).

O processo de trabalho em enfermagem, de acordo com Silva (1996), envolve os subprocessos de cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, investigar e ensinar. Cada um destes subprocessos pode ser tomado como processo, contendo particularidades e aspectos próprios como objeto, meios/instrumentos, atividade e finalidade e podendo, ou não, existirem, simultaneamente, em determinado momento e instituição. Nestes processos, os trabalhadores de enfermagem são inseridos de forma heterogênea e hierarquizada, concretizando a divisão técnica e social do trabalho.

Quanto ao processo de trabalho gerencial na saúde e na enfermagem, em 1996, Silva já considerava que, na divisão técnica e social do processo de trabalho, cabia, primordialmente, ao enfermeiro, as ações de gerenciamento do cuidado e da unidade assistencial. Assim, o trabalho do enfermeiro concretiza-se nos processos do “cuidar” e do “administrar”, com ênfase neste último.

Para sua execução são adotados instrumentos técnicos próprios da gerência, como o planejamento do trabalho, o dimensionamento do pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho entre outros. Ainda podem ser considerados outros meios ou instrumentos como força de trabalho, materiais, equipamentos e instalações.

Para Ciampone, Kurcgant (2004) o enfermeiro através do gerenciamento em enfermagem, assume o papel preponderante de monitorar recursos humanos, materiais, físicos e financeiros para a assistência.

Como um dos processos de trabalho da enfermagem, o gerenciamento pode ser entendido seguindo dois grandes modelos: o primeiro com foco no indivíduo e nas organizações, denominado modelo racional e o segundo, fundamentado na abordagem das práticas sociais e sua historicidade, modelo histórico-social.

O modelo racional é fundamentado na Teoria Geral da Administração (TGA), tendo como pressupostos norteadores princípios tayloristas com abordagens normativas, prescritivas explicativas e descritivas (Felli, 2002). Entretanto, este modelo, é insuficiente para acompanhar a dinamicidade que caracteriza as organizações, na atualidade, por ser lento reativo e mecanicista.

Motta (2007) avança nesta leitura da realidade, mas sem superar as concepções centrais da abordagem vinda da Teoria Geral da Administração (TGA), e concebe o gerenciamento com uma vertente racional e outra intuitiva, referindo-se à “arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Esses resultados podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas têm que ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante”.

Assinala que o modelo racional ilustra a análise e as relações de causa e efeito para prever e antecipar ações de forma mais acertada, aferindo capacidade analítica. Por outro lado, a concepção intuitiva da gerência acata a existência da imprevisibilidade, mediante a interação humana, que agrega a dimensão do ilógico, do intuitivo, do emocional, do espontâneo e do irracional, aferindo capacidade para pensar e julgar para melhor decidir e agir.

No gerenciamento com enfoque na flexibilidade, a produção é direcionada pela demanda, é diversificada e preparada para prover e possui estoque mínimo; há aproveitamento do tempo, a produção ocorre de forma flexível e o trabalhador é polivalente. A horizontalização é privilegiada pelo trabalho realizado em equipe e a dinâmica da realidade, através da tecnologia e da globalização, adota mudanças rápidas para responder ao tempo real e à instabilidade e imprevisibilidade de um contexto. Este modelo fundamenta os programas de qualidade que estão sendo adotados em organizações de saúde, e reduzindo a estrutura hierárquica (Felli, 2002).

Apesar deste avanço, Azzolin (2007) deixa claro, que o enfoque da administração e gerência dos serviços de saúde, ainda está embasado na Teoria Clássica, pois a disciplina e o controle mantêm-se como eixos centrais do processo de gestão. Propõe pensar, criticamente, a gerência de serviços de saúde, atentando para sua subordinação à política predominante no momento.

Com outro paradigma, para apreensão do processo gerencial, segundo a abordagem das práticas sociais pode ser adotado o modelo histórico-social. Nesta abordagem, o gerenciamento é apreendido através das práticas de saúde, inseridas em um processo histórico estruturado e socialmente articulado, para responder às contradições e tensões do cotidiano dos serviços.

Nesta perspectiva, a gerência é considerada não atuando apenas no espaço organizacional e no controle dos processos de trabalho, mas integra a apreensão da satisfação das necessidades de saúde da população, considerando a democratização das instituições de saúde e a ampliação da autonomia dos sujeitos, usuários e trabalhadores envolvidos nesse processo de cuidar.

Neste contexto, a gerência pode traduzir, na instituição, a política pública e privada de saúde, de acordo com a natureza jurídica do serviço, para garantir que o produto do trabalho corresponda às finalidades definidas no projeto técnico de saúde (Castanheira, 1996). A gerência possui papel mediador, buscando traduzir as determinações técnicas e políticas na concretização do projeto proposto (Felli, Peduzzi, 2010).

Para Mishima et al, (1997) na ação gerencial devem ser consideradas a importância do homem nas suas relações com os outros, sua subjetividade e determinações. Considera ainda que com o surgimento do capitalismo e do trabalho coletivo, emerge a gerência que busca responder à necessidade de integração das atividades para que ocorra a unidade do processo de trabalho. Assim, a gerência em saúde, como atividade meio, tem ação centrada na articulação e integração para transformar o processo de trabalho, considerando-se as determinações presentes no cotidiano das organizações.

Desta forma, a gerência configura-se como ferramenta do processo de “cuidar”, e pode ser compreendida como processo de trabalho específico e decomposta em elementos constitutivos (Felli, Peduzzi, 2010). Nesse entendimento, as autoras referendam Castellanos et al, (1989) quando referem a finalidade imediata do processo de trabalho de gerência na prática de enfermagem como sendo a de organizar o trabalho e a mediata, a de desenvolver condições para realizar o cuidado de forma individual e coletiva. Nesta direção, o objeto de trabalho é a organização da assistência e a educação permanente dos trabalhadores e, como meios/instrumentos, compreendem a força de trabalho, os materiais, os modelos gerenciais e os métodos administrativos. A força de trabalho é entendida como sendo a capacidade de trabalho do trabalhador comprada no mercado de trabalho corroborando Felli, Peduzzi (2010).

Como prática socialmente estruturada, o processo de trabalho gerencial da enfermagem é calcado em quatro dimensões: a técnica, a política, a comunicativa e a de desenvolvimento da cidadania (Almeida, Rocha, 1997).

De acordo com Mishima et al (1997) a dimensão técnica está embasada na racionalidade instrumental, e é centrada nos conhecimentos e habilidades necessárias para alcançar os objetivos do projeto que se deseja executar.

A dimensão política visa articular o trabalho gerencial de enfermagem ao projeto político vigente e às determinações políticas, ideológicas, econômicas das corporações e dos diferentes tipos de usuários do serviço de saúde.

A dimensão comunicativa envolve a maneira como se dá a negociação nas relações de trabalho com a equipe de saúde e com a comunidade.

A dimensão da cidadania implica em tornar a gerência uma atividade que busca a emancipação dos usuários e dos trabalhadores como sujeitos sociais.

A decisão pela ênfase nas organizações ou nas necessidades de saúde orienta diferentes formas de gerenciamento e organização do trabalho a serem operacionalizadas, pela enfermagem. Depende desta escolha, a qualidade da assistência que por sua vez, está na dependência de serem considerados os determinantes históricos e seus mediadores, como a política social e de saúde.

Considerando as características do trabalho desenvolvido na saúde, a qualidade ganhou um significado singular e específico, em relação às atividades envolvidas na produção de bens e serviços. Neste sentido, a qualidade envolve o que é próprio de um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, a redução de risco ao paciente/família, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se, principalmente, os valores sociais existentes (Leitão; Kurganct, 2004).

Merhy (2002) considera a situação histórico-social como determinante para os desafios das organizações produtivas nas quais a adoção de modelos gerenciais menos burocráticos pode transformá-las em organizações inteligentes, assimilando o que acontece no seu interior e à sua volta, capacitando-as para a solução de situações não previstas, sendo a gestão um campo tecnológico capaz de aferir, às organizações, esta plasticidade.

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO

1.2.1 O absenteísmo e o processo de trabalho gerencial em enfermagem

Pelo fato do trabalho do enfermeiro concretizar-se nos processos do “cuidar” e do “administrar”, no que se refere a recursos humanos, o referencial teórico sobre esta temática mostra a preocupação dos enfermeiros e administradores dos serviços de saúde com o gerenciamento. Assim, o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem integra, entre outros eventos, o absenteísmo de pessoal, por interferir na eficácia, na qualidade, no desenvolvimento da assistência podendo gerar conflitos entre os profissionais de saúde (Silva; Marziale, 2000; 2003; Parra, 2003; Johnson; Croghan; Crawford, 2003; Parra; Melo, 2004). Tornou-se uma preocupação para os enfermeiros gerentes, pelo fato de exigir qualificação específica, tanto na dimensão técnico-científica como nas dimensões socioeducativas e ético-políticas e possuir origem multifatorial (Nascimento, 2003; Kurcgant et al., 2009).

O termo absenteísmo, palavra de origem francesa, *absentéisme*, significa pessoa que falta ao trabalho, ausência no serviço por diversos motivos, proposital ou por circunstâncias que não dependem da vontade do trabalhador. O emprego da palavra absentismo, que vem do latim *absens*, ausente, de *ab* + *esse* se refere àquele que não está no local que devido à sua função, deveria estar. Neste sentido, diz-se que é “absentista” quem falta a uma obrigação (Maltez, 2003).

Assim, o absenteísmo ou ausentismo consiste em uma expressão usada para designar a ausência de um funcionário ao trabalho (Houaiss, 2001), ou seja, a falta ao local de trabalho pelo colaborador que, conforme uma escala mensal, deveria estar presente.

Inicialmente, o termo foi usado para designar o abandono dos proprietários rurais para viver na cidade e com a Revolução Industrial passou a ser aplicado aos trabalhadores que faltavam ao serviço.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1991 considerou o absenteísmo como o período de ausência no trabalho justificado pela incapacidade do

indivíduo, exceto nos casos de gravidez normal ou prisão. O absenteísmo por doença abrange 75% ou a maioria das ausências da indústria, justificado por atestados médicos, de acordo com as normas legais da previdência e seguridade social.

Gaidzinski (1998) já estudava duas modalidades de ausências: as faltas previstas que são as folgas e férias e as não previstas que são as faltas injustificadas, suspensões e licença saúde. Estudos subsequentes adotaram estas denominações e/ou classificações (Nascimento, 2003, Gaidzinski; Fugulin; Castilho, 2005; Rogenski; Fugulin, 2007; Laus; Anselmi, 2008, Sancinetti et al., 2009; Campos; Juliani; Palhares, 2009).

Em revisão da literatura, estudo refere ser a justificativa por doença, a mais aceita pela chefia de enfermagem, constituindo a maior causa de ausência (Nascimento, 2003). Outras pesquisas corroboram esta afirmação, evidenciando em hospitais gerais, que as ausências não previstas de pessoal de enfermagem, por motivos de doença, foram Licenças Saúde (Silva; Marziale, 2003; Laus; Anselmi, 2008; Inoue et al., 2008; Castro; Bernardino; Ribeiro, 2008; Costa; Vieira; Sena, 2009; Campos; Juliani; Palhares, 2009; Abreu; Simões, 2009; Sancinetti et al., 2009). Outras pesquisas mostram, que as doenças do sistema ósteomuscular foram as que mais acometeram o pessoal de enfermagem (Costa; Vieira; Sena, 2009; Abreu; Simões, 2009; Sancinetti et al., 2009).

De acordo com Bulhões (1986), o absenteísmo no trabalho, envolve causas como doença prolongada, acidente de trabalho, licença-maternidade, ocupação com problemas familiares, com formalidades judiciais, cursos fora do serviço, excetuando-se, greves, curso no serviço e o repouso compensado ou semanal. Para classificar o absenteísmo, é preciso conhecer sua origem, visto que pode envolver fatores laborais, perilaborais, do meio ambiente, patologias do indivíduo, fatores pessoais e depender de fatores do sistema administrativo do serviço.

Assim, os funcionários com problemas de saúde, sejam físicos e/ou mentais, podem transferir seus problemas ao local de trabalho, ocasionando atrasos, faltas, descuido com os recursos materiais e redução da qualidade do trabalho executado.

Na literatura são apontados outros aspectos que podem desencadear o absenteísmo, e que constituem riscos provenientes das condições de trabalho a que o pessoal de enfermagem pode estar sendo submetido e que são responsáveis pelo aparecimento de doenças (Lopes, 1996).

Ainda, há aspectos relacionados às condições de trabalho do pessoal de enfermagem, que envolvem longas jornadas, turnos desgastantes, como o vespertino, noturno, domingos e feriados, rodízios, envolvendo multiplicidade de funções, tarefas repetidas, e esforço físico.

Por outro lado, o número reduzido de pessoal de enfermagem, pela sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores, provoca a queda da qualidade da assistência prestada ao usuário/cliente (Silva; Marziale, 2000; Alves, Godoy, Santana, 2007).

Em pesquisa desenvolvida em uma instituição hospitalar pública no interior paulista, Batista (2008) evidenciou, dentre as causas internas de afastamento causando o absenteísmo, a predominância de transtornos mentais e comportamentais, seguida de doenças do sistema ósteomuscular e do tecido conjuntivo, das lesões e envenenamentos e como causas externas, o entorse, as fraturas e luxações e as doenças do aparelho circulatório, representando 63,4% dos afastamentos. Ainda, neste estudo, emergiu a problemática do processo de trabalho em enfermagem que envolve a organização do trabalho, o afastamento e consequente absenteísmo, a readaptação funcional no retorno do funcionário ao trabalho e o gerenciamento da equipe sugerindo, para a melhoria do processo de gestão, maior comunicação e humanização nas relações profissionais e hierarquizadas.

Riboldi (2008) em estudo sobre este tema, em um hospital de ensino, apresenta características do absenteísmo de trabalhadores de enfermagem, mostrando predomínio dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem, do sexo feminino, com idade entre 41 e 45 anos e tempo de serviço superior há 20 anos de exercício de atividades no turno noturno. Como principais motivos de ausências considera os afastamentos por doenças, a falta legal ou abonada por lei, o acidente de trabalho e atraso. A taxa de absenteísmo dos profissionais de enfermagem manteve-se em 3%, mas, os setores com

maior complexidade técnico-instrumental de assistência e/ou fluxo de atividade, tenderam a apresentar taxas mais elevadas de absenteísmo.

Outro estudo mostra, que dos fatores analisados que contribuem para o absenteísmo, resultaram cinco motivos: inadequada coesão no grupo, inadequada delegação de autonomia, ambiguidade de papéis nos turnos diurno e noturno, rotinas ineficientes e efeitos da sobrecarga de trabalho (Nyathi; Jooste, 2008).

Para Gaidzinski, Fugulin, Castilho (2010) as ausências do trabalhador estão relacionadas à existência de problemas, como condições de trabalho no espaço da organização dos serviços e pessoais próprios dos indivíduos. Assim, a atenção à saúde exige mais do que um quadro quantitativo e adequado de pessoal. Faz-se necessário, também, funcionários assíduos e em condições físicas e emocionais que respondam de forma satisfatória, às necessidades dos pacientes.

Com o intuito de reduzir os efeitos do absenteísmo no desenvolvimento do trabalho de enfermagem e na qualidade da assistência prestada ao cliente/paciente, estudo propõe a adoção de indicadores como instrumentos de medição de qualidade em saúde considerando o caráter processual da construção e validação de indicadores como ferramenta de gestão de qualidade em recursos humanos. Os indicadores são conceituados como variáveis que medem quantitativamente as variações ou comportamentos de qualidade previamente estabelecidos (Kurcgant; Melleiro; Tronchin, 2008).

Assim, no contexto organizacional da saúde e com o foco no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem, estão sendo construídos e validados indicadores passíveis de análise e comparação com padrões internos e externos à organização de saúde.

Compreende-se que a ação gerencial do enfermeiro no que se refere à gestão do pessoal de enfermagem deve aliar-se à adoção de indicadores gerenciais que embasem o planejamento e a avaliação de políticas assistenciais, educacionais e gerenciais dos serviços de enfermagem (Leitão; Kurcgant, 2004).

Nesse sentido, o absenteísmo do pessoal de enfermagem pode ser tomado como um indicador de qualidade de gerenciamento do pessoal de enfermagem,

possibilitando identificar aspectos que permeiam sua ocorrência e listar as ações que supostamente podem promover sua redução (Kuregant et al., 2009).

Nascimento (2003) estabelece como passos para monitorar o absenteísmo: sustentar um processo de coleta de dados efetivo, confiável e inteligível acerca das ausências, sendo o supervisor imediato o elemento principal para identificar as causas; identificar os fatores de cada falta classificando-as de acordo com as doenças ou razões particulares; adotar políticas de auditorias junto ao pessoal determinando e comunicando o posicionamento da chefia em relação às ausências e tratando de forma justa e constante todos os empregados; elaborar planos para avaliar as licenças justificadas por doença e desenvolver uma política de disciplina progressiva. (Nascimento, 2003).

Quanto à adoção de medidas punitivas frente ao absenteísmo, destaca a importância dos colaboradores conhecerem, formal e antecipadamente, as consequências pelo não comparecimento ao trabalho. Estas medidas são advertência oral, escrita, suspensão de pagamento até a demissão do colaborador. O estudo refere, ainda, que, em média, 50% das faltas tem como motivo doença, mas, muitas vezes, este não é o motivo verdadeiro da ausência. Assim, o trabalhador encontra um modo de esconder as reais causas por entender, que a justificativa por doença, é a mais aceita pela chefia. Quanto aos colaboradores assíduos, estes devem ser compensados tanto monetariamente como por meio de elogios públicos.

Outros estudos consideram como estratégias que viabilizam a redução do problema: a adoção de políticas preventivas, que enfatizam o suporte administrativo e o relacionamento interpessoal (Parra, 2003); a divisão adequada do trabalho com número suficiente de profissionais (Manetti; Marziale, 2007); o uso de instrumento para dimensionamento de pessoal, como o Índice de Segurança Técnica (Rogenski; Fugulin, 2007) e a associação das condições dos pacientes, com a alocação distribuição, e capacitação dos recursos humanos em enfermagem (Gaidzinski et al., 2008).

Outras sugestões para redução do absenteísmo foram apontadas, destacando-se as que examinaram a sobrecarga de trabalho e a relação com o aumento de licenças saúde e quantificaram a perda de dias em razão da carga de trabalho, utilizando um sistema de

classificação de pacientes (Rauhala et al, 2007). Assim, evidenciou-se a correlação positiva entre o aumento da carga de trabalho e o aumento do absenteísmo, demonstrando que os trabalhadores respondem de forma imediata às ausências ao serem submetidos ao aumento do ritmo de trabalho. Concluiu-se que a monitoração de carga de trabalho é uma ação de maior impacto na redução das taxas de absenteísmo.

Entretanto, outro estudo identificou o percentual mensal de licenças saúde como sendo inversamente proporcional à taxa de ocupação, sugerindo que os profissionais ausentaram-se por doença somente após serem submetidos a ritmos acelerados de trabalho (Sancinetti et al., 2009).

Este fato sugere que, os trabalhadores não se permitem faltar durante a vivência de alta carga de trabalho apresentando, aumento do absenteísmo, depois do aumento da taxa de ocupação e de trabalho. Em outra realidade, a reação diante do aumento do ritmo de trabalho foi imediata.

Estudo recomenda que a enfermeira coordenadora estabeleça um sistema de flexibilidade de horário que permita, aos colaboradores, escolherem sua hora de entrada e saída do trabalho, dentro de limites especificados na jornada de trabalho, o que permite tempo livre para o colaborador atender às suas necessidades pessoais (Nyathi; Jooste, 2008).

Outra opção do estudo aponta para mudanças flexíveis na distribuição das atividades, por permitir momentos de mudanças temporárias, combinadas com demandas circunstanciais. Alternativamente, negociar trocas de horas de trabalho de uma forma que atenda tanto às necessidades do profissional como às da organização e recomenda aos enfermeiros solicitar curtos períodos de férias, quando se sentirem cansados e precisarem de descanso, como, por exemplo, dez dias livres podem ser suficientes para aliviar o estresse.

Em estudo desenvolvido na Costa Rica, nos anos noventa, Prado-Garcia, Chawla (2006) mostram a redução de níveis altos de absentismo entre os profissionais de saúde como sendo um dos objetivos das reformas adotadas para melhorar o desempenho de um hospital público, por afetar, diretamente, a qualidade dos serviços prestados e

implicar na assistência prestada aos pacientes. Os autores evidenciaram, na realidade estudada, que medidas políticas flexíveis não resultaram em redução do absenteísmo.

Nesta perspectiva, a causa da ausência pode ser encontrada na organização do serviço, na supervisão deficiente, na repetição constante de atividades, na desmotivação e desestímulo no trabalho, nas condições pouco favoráveis de ambiente e de trabalho, na difícil interação entre funcionários e organização e também em razão de impactos psicológicos de uma direção deficiente, que prescinde de uma política de prevenção e humanização no serviço.

Ademais, para as chefias de enfermagem, o absenteísmo torna-se um obstáculo, pois dificulta o desempenho de suas funções e a manutenção da qualidade. Portanto, não existe uma única causa de absenteísmo, mas, um conjunto de variáveis que podem levar à sua ocorrência.

A preocupação e a identificação dos riscos a que os profissionais estão expostos, ou mesmo, dos prejuízos que a organização e o paciente podem estar sofrendo e, o não investimento no controle mediante a elaboração de ações específicas frente ao evento podem parecer contraditórias.

Em revisão integrativa da literatura nacional e internacional, desenvolvida para este estudo, sobre o absenteísmo em hospitais, foram analisados estudos que propõem identificar, em contextos específicos, as taxas de absenteísmo e tipos de ausências previstas (férias e folgas) e não previstas (as faltas injustificadas, suspensões e licença saúde); comparar a incidência dos problemas de saúde em relação à categoria profissional e às unidades hospitalares; relacionar o absenteísmo com os fatores psicossociais, como por exemplo, o estresse; explorar e descrever condições de trabalho que contribuem para o absenteísmo; identificar o Índice de Segurança Técnica (IST) das unidades hospitalares; correlacionar sobrecarga de trabalho associada ao aumento de licenças saúde e quantificar a perda de dias no trabalho devido à carga de trabalho utilizando um sistema de classificação de paciente e, o perfil dos colaboradores de enfermagem ou dos atingidos pelo absenteísmo por doença entre outros motivos (Silva; Marziale, 2006; Rogenski; Fugulin, 2007; Rauhala et al., 2007; Laus; Anselmi, 2008; Inoue et al 2008; Castro;

Bernardino; Ribeiro, 2008; Nyathi; Jooste, 2008; Costa; Vieira; Sena, 2009; Campos; Juliani; Palhares, 2009; Abreu; Simões, 2009; Sancinetti et al., 2009; Griep et al., 2010).

Os resultados destes estudos, considerando as realidades focadas, evidenciaram perfis diferentes dos colaboradores que se ausentaram. Isto mostra a necessidade de se conhecer os perfis dos ausentes e as causas das faltas, em cada realidade particular. As taxas de absenteísmo apresentadas, conforme o instrumento adotado para o cálculo mostram resultados que podem variar de uma realidade para outra, não possibilitando comparações. Além da taxa de absenteísmo, alguns estudos consideram a média de ausências, os índices de frequência, e outros ainda, a média de tempo perdido, adotando variáveis diferentes para a obtenção dos resultados.

Entretanto, um elemento consensual nos artigos aponta as licenças saúde e especificamente as do sistema ósteomuscular, como sendo a causa do maior número de ausências não previstas do pessoal de enfermagem, apesar da diversidade de variáveis adotadas para cálculo da taxa de absenteísmo.

Neste sentido, um estudo mostrou que as taxas gerais de ausências não previstas foram inferiores àqueles referentes às ausências previstas, contrariando o discurso de enfermeiros que relacionam este tipo de ausência como sendo o principal responsável pela insuficiência de pessoal nas instituições de saúde. Ainda, a variação do IST apontou a importância de serem realizadas avaliações sistemáticas das ausências do pessoal de enfermagem, assim como de serem identificadas às taxas específicas das unidades, como subsídio para a avaliação do quadro de pessoal nas organizações de saúde (Rogenski; Fugulin, 2007).

Neste contexto, a revisão da literatura sobre o tema absenteísmo mostra escassez de estudos sobre a proposta de ações gerenciais adotadas pelos enfermeiros coordenadores que resultaram em impacto positivo, ou seja, na redução das taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem.

Diante do exposto, é imperativo conhecer como os enfermeiros coordenadores percebem o absenteísmo do pessoal de enfermagem e que ações e decisões adotam frente a este fenômeno, em suas realidades de trabalho.

OBJETIVOS DA PESQUISA

2 OBJETIVOS DA PESQUISA:

- Identificar a taxa de absenteísmo do pessoal de enfermagem de uma organização de saúde;
- Levantar junto aos enfermeiros coordenadores, as ações por eles adotadas frente ao absenteísmo;
- Identificar as ações e decisões, de impacto positivo, realizadas pelos enfermeiros coordenadores frente ao absenteísmo;

PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo é uma pesquisa descritiva, exploratória, com adoção de metodologias quanti-qualitativas (Marconi; Lakatos, 2008).

A pesquisa exploratória, na concepção de Gil (2006), guarda uma característica empírica com finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias sobre um determinado tema possibilitando a identificação de problemas específicos para investigações posteriores.

Nessa perspectiva, Polit, Beck, Hungler (2004) consideram que a pesquisa exploratória, proporciona a exploração das diversas dimensões do fenômeno a ser estudado, na forma como ele se manifesta, acrescida de outros fatores com os quais se relaciona e que são transmitidos através da linguagem expressa no discurso dos informantes, inseridos em uma dada realidade. Desse modo, envolve entrevistas com pessoas que vivenciaram o problema investigado.

A pesquisa descritiva em determinada organização e sobre um fenômeno específico, possibilita a identificação de aspectos referentes aos indivíduos, suas características como idade, sexo, procedência e situações vivenciadas. Exige que o investigador adquira uma diversidade de informações sobre o tema a ser pesquisado, para que os resultados possam ser descritos de forma precisa, considerando a experiência dos entrevistados, no contexto estudado (Minayo, 2006; 2012).

Na pesquisa que adota a metodologia quantitativa, o pesquisador vale-se de amostras amplas e dados numéricos, enquanto que na qualitativa as amostras são menores, os dados são analisados considerando-se o conteúdo psicossocial e, o instrumento utilizado, não é estruturado (Marconi; Lakatos, 2008).

Na análise dos dados do estudo, para obtenção da taxa de absenteísmo, considerou-se o número mensal de horas ausentes dos trabalhadores, independente do regime de trabalho do estabelecimento de saúde, dividido pelo número de horas trabalhadas previstas para cada um no período, multiplicado por 100. Foram consideradas todas as faltas, inclusive as justificadas, licenças por doenças, doação de sangue,

alistamento eleitoral e militar, atendimento à convocação judicial e as suspensões motivadas pela aplicação de medidas disciplinares. Não foram incluídas as férias e as licenças legais acima de 15 dias ininterruptos (NAGEH, 2012).

A análise quantitativa considera os três momentos da coleta dos dados da pesquisa, nos anos de 2010 e 2011.

Para a análise das taxas de ausências não previstas, das faltas injustificadas, suspensões e Licença Saúde do pessoal de enfermagem, foi adotada a taxa proposta pela Resolução COFEN nº 293/04, que considera que as taxas de absenteísmo não previstos devem ser de até 6,7% ao mês.

Em um primeiro momento foram levantadas, nas escalas de cada unidade de serviço do pessoal de enfermagem, as faltas não previstas de pessoal e o total de horas mensais trabalhadas pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, conforme a equação proposta no Manual de Indicadores de Enfermagem – NAGEH. Efetuados os cálculos, os dados foram lançados em tabelas elaboradas no Microsoft Office Excel (2007), obtendo-se o resultado em percentagens, demonstrando as taxas de absenteísmo de pessoal das unidades de serviço do hospital.

Nestas tabelas, podem ser verificadas as unidades de serviço e as respectivas taxas de absenteísmo de pessoal de enfermagem nos meses de janeiro a dezembro dos anos de 2010 e 2011.

Em um segundo momento, foram apresentadas as unidades de serviço com os respectivos valores mínimo e máximo das taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem, e os meses do ano em que esta taxa ocorreu.

No terceiro momento da análise, dentre as unidades pesquisadas, foram evidenciadas as três que obtiveram as taxas de absenteísmo de pessoal mais altas, e as 3 unidades com valor igual ou abaixo ao estabelecido na Resolução COFEN nº 293/04. Deste modo são apresentadas e analisadas as taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem.

Na perspectiva qualitativa, foi adotada a modalidade metodológica do Estudo de Caso buscando-se entendimento do objeto de estudo como ele acontece ou se evidencia

não almejando, apenas, o produto nem os resultados finais numericamente trabalhados. Este método caracteriza-se por um raciocínio indutivo, fundamentado em dados de campo, que estuda individualidades e seleciona informações, que podem levar à construção de uma teoria densa e sustentável ou na descrição de um problema de uma determinada realidade. A interpretação do pesquisador é feita em uma perspectiva dos sujeitos, e os esforços estarão voltados para a descoberta de novos significados no contexto onde ocorre (Turato, 2005).

Em algumas situações, se o interesse não é pelo fenômeno em si, o alvo pode estar na significação que um determinado fenômeno tem para os que o vivenciam. Segundo Flick (2009) o Estudo de Caso objetiva a descrição na íntegra e a reconstrução de um caso com detalhes. O termo “caso” entendido de forma ampla pode ser adotado como análise de caso, envolvendo pessoas, famílias, organizações, instituições, entre outros. Assim o problema será a identificação de um caso significativo para a questão de pesquisa.

Para Chizzotti, (2005), o Estudo de Caso consiste na coleta e registro dos dados, de um caso particular ou de vários casos, para organizar uma crítica sobre a experiência, que poderá subsidiar a tomada de decisão e propor uma ação transformadora.

Trata-se de uma modalidade de pesquisa escolhida quando se pretende estudar algo que tenha valor em si mesmo. Apresenta-se a descoberta, dando-se ênfase à interpretação do problema no contexto em que ocorre. Ademais, o estudo de caso, põe em evidência características abrangentes para designar pesquisas que coletam, registram e organizam relatórios ordenados e críticos de vivências, objetivando a tomada de decisão e de ação a respeito (Chizzotti, 2005) .

Desta forma, impõe ao pesquisador, a depender do estudo, a utilização de técnicas padronizadas como a Entrevista e o Grupo Focal, Formulários, Observação Sistemática ou Assistemática.

A entrevista constitui uma estratégia básica na coleta de dados da pesquisa qualitativa. É uma técnica que parte de questões básicas, apoiadas em teorias e hipóteses de interesse da pesquisa, que na sequência oferecem abertura para interrogações, oriundas

de novas hipóteses que vão surgindo, enquanto se recebem respostas dos entrevistados. Desta forma, o entrevistado seguindo, espontaneamente, sua linha de pensamento e experiências em um foco principal proposto pelo investigador, participa da elaboração do conteúdo da pesquisa (Triviños, 1987).

Autores afirmam a vantagem da entrevista sobre outras técnicas usadas na pesquisa qualitativa, devido à captação imediata da informação almejada, com muitos tipos de entrevistados. Esta técnica ganha vida, ao iniciar o diálogo, permite correções, esclarecimentos e adaptações, tornando-se eficaz na obtenção das informações desejadas (Ludke, André, 1986).

A técnica do Grupo Focal complementa a coleta de dados qualitativos, favorecendo a interação e a intervenção dos sujeitos na realidade estudada, com sua participação efetiva e co-reponsabilidade na investigação.

Nesta técnica o pesquisador reúne, em um mesmo local e período, determinada quantidade de sujeitos da pesquisa, objetivando coletar, a partir do diálogo e do debate, informações sobre um tema específico (Cruz Neto; Moreira; Sucena, 2002).

Este encontro visa aprendizagem, reflexão e o pensar para a resolução de dificuldades criadas e manifestas coletivamente. Os Grupos Focais usam a interação em grupo para obtenção de informações de difícil aquisição individualmente, tornando-se complementar à entrevista.

As situações trabalhadas no Grupo Focal são aquelas em que o objetivo da pesquisa necessita de levantamento, mediante debate, das impressões, visões e concepções de mundo dos sujeitos da pesquisa. É importante, para sua operacionalização, estabelecer o propósito da sessão com objetivos bem definidos, para que o grupo possa concentrar-se nas questões mais importantes, possibilitando a disposição dos sujeitos em participar até o final. Os integrantes devem ser selecionados em um grupo de pessoas familiarizadas ou que convivam com o tema a ser tratado, devendo conhecer fatores que afetam as informações mais importantes (Barbour; Kitinger, 1999).

Como não há consenso quanto ao número ideal de participantes, alguns autores recomendam que o grupo focal seja realizado com um número de seis a 15 pessoas

(Chiesa; Ciampone, 1999; Kind, 2004). Ainda com oito a dez participantes, mostrando cinco a sete como número ideal (Roso, 1997). O número de participantes deverá ser o suficiente para permitir que todos possam participar expondo suas idéias e para que seja possível reunir diferentes e consistentes opiniões. (Krueger, 2002).

A técnica é realizada com a presença de um moderador e de um ou dois relatores ou observadores, com papéis e funções específicas. Ao moderador cabe orientar e coordenar o debate, facilitar a participação da discussão, evitar a monopolização da fala em detrimento de outra, estimular a discussão para obter relatos, sentimentos e experiência, preferências, criando ambiente facilitador, propicio a apresentação de diferentes pontos de vista, evitar constrangimentos, exaltação ou arrefecimento de ânimos, sem exercer nenhum tipo de pressão para que se estabeleça um plano conclusivo. O moderador deve, ainda, ser flexível, expressar-se com clareza, não expor opiniões ou fazer críticas aos comentários dos participantes e ter senso de humor. Também, permanecer atento às expressões não verbais, buscando interpretá-las para intervir e enriquecer a reunião, estabelecer parâmetros a serem adotados nos encontros, como elementos fixos a serem mantidos e ter, em mão, um “roteiro de debates” norteador que auxilie no desenvolvimento do grupo focal (Chiesa; Ciampone, 1999; Cruz Neto; Moreira; Sucena, 2002).

Quanto ao relator ou observador, compete a tarefa de perceber e registrar informações emitidas pelos participantes e, ao final, ajudar o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na condução ou, coordenação da sessão (Wheshthphal; Bogus; Faria, 1996).

No que se refere ao local para realização desta técnica, deve ser uma sala confortável, clara, sem ruídos, afastada da interferência de terceiros e de fácil acesso a todos. Os acentos devem estar organizados de forma circular, para que os participantes fiquem voltados uns para os outros, facilitando a discussão (Lervolino; Pelicioni, 2001).

Nestas propostas, o pesquisador precisa afastar-se de preconceitos e alcançar uma visão geral do fenômeno, ficando atento ao cotidiano e observando as práticas e

experiências, para que possa interpretar e reconstruir os significados atribuídos, pelos sujeitos, ao fenômeno em estudo.

O pesquisador, neste momento não é neutro, participa, compreende e interpreta o processo. Sua relação com os pesquisados pode propiciar a construção dos significados levantados mediante acontecimentos contextualizados e dinâmicos.

3.1 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP), Processo n. 965/2010 (Apêndice A), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do local do estudo, Protocolo 133/2011.

Assim, a pesquisa foi iniciada após aprovação destes órgãos e assinatura, dos colaboradores, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/CNS, 2012, (Apêndice B).

3.2 *LOCUS* DA PESQUISA

O hospital, cenário do presente estudo, é especializado em oncologia, situado na região oeste de São Paulo, que possui capacidade de atendimento, para cerca de 6.000 usuários adultos/mês. Desenvolve atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa, viabilizando o cuidado oncológico em todas as fases da doença, desde o diagnóstico à reabilitação, integradas em um mesmo serviço.

A alta mortalidade e morbidade de câncer no país, especificamente no estado de São Paulo, exige a proposição de políticas públicas e preparo de recursos humanos para a assistência, ensino e pesquisa, nesta área. Ademais, a importância das ações de enfermagem na prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com doenças oncológicas e a participação da EEUSP na formação de recursos humanos em nível superior, nos ambientes de graduação, pós-graduação, extensão e sua expertise na pesquisa em enfermagem e na adoção de métodos qualitativos e quantitativos, nos temas sobre

prevenção, tratamento e reabilitação do ser humano, nos domínios físicos e psicossociais, qualifica a escolha deste cenário, para o presente estudo.

O serviço foi inaugurado em maio de 2008 e se encontra em fase de implementação, com um total de 500 leitos, sendo 477 ativos, ou seja, 95% em funcionamento, distribuídos em 2 Unidades de Terapia Intensiva, Cirúrgica e Clínica; 7 Unidades de Internação, Clínica e Cirúrgica; 2 Centros Cirúrgicos, para cirurgias complexas e ambulatoriais; 1 Centro de Esterilização de Material (CME), 8 Serviços de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico (SADT's), 5 unidades ambulatoriais de diferentes especialidades, 1 central de quimioterapia; 1 ambulatório de radioterapia; 1 setor de hemodiálise, 1 Central de Transporte de Pacientes, 1 Agência Transfusional e 1 Pronto-atendimento (PA), para urgências e emergências de pacientes em tratamento no serviço.

O hospital é de natureza jurídica pública e integra um modelo de parceria adotado pelo Governo do Estado de São Paulo que dispõe sobre a gestão de unidades de saúde pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS). É um modelo regulamentado no país pela lei nº 9637 de 1998 (Brasil, 1998) e no Estado de São Paulo, está previsto no Programa Metropolitano de Saúde (PMS), a partir da publicação da lei complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos que podem ser qualificadas para gerenciar os hospitais do Estado de São Paulo.

A instituição de saúde do estudo está cadastrada no Sistema Único de Saúde (SUS), como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, atualmente Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CECON. O paciente com diagnóstico de câncer é encaminhado à instituição, por um serviço público, pertencente à rede de referência.

Conta com, aproximadamente, 2000 trabalhadores da área da saúde e destes 1456 em 2010 e 1645 em 2011 constituíam o pessoal de enfermagem. A enfermagem está subordinada, hierarquicamente, à Diretoria Geral da Assistência (DGA) que também integra a fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, reabilitação e serviço social. A medicina e a farmácia estão subordinadas a uma diretoria específica.

Nesta estrutura organizacional, os enfermeiros assistenciais técnicos e auxiliares de enfermagem respondem à Coordenadora de Enfermagem que é responsável por uma unidade assistencial, seja ela de atendimento a pacientes internados ou ambulatoriais. Esta enfermeira/coordenadora está subordinada a uma Gerente de Enfermagem que é responsável por um conjunto de unidades de internação clínica e/ou cirúrgica; unidades ambulatoriais e Serviço Auxiliar de diagnóstico e Terapia (SADT's), Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Centro Cirúrgico e CME, Pronto Atendimento (PA) e Serviços de Apoio. Os gerentes estão subordinados à Diretoria Técnica da Assistência, que responde à Diretoria Geral da Assistência (DGA).

3.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

Na proposta quantitativa, para o ano de 2010, a população do estudo foi constituída pelos registros de ausências dos 506 enfermeiros assistenciais, 907 técnicos e auxiliares de enfermagem lotados nas unidades de serviços, totalizando 1.413 participantes. No ano de 2011, foram 505 enfermeiros assistenciais e 965 técnicos e auxiliares de enfermagem lotados nas unidades de serviço do hospital. Para a concretização da proposta quantitativa adotou-se, como critérios de inclusão dos participantes, estarem como colaboradores ativos em 2010 e 2011.

No ano de desenvolvimento da pesquisa o número de auxiliares de enfermagem foi computado juntamente com o número de técnicos de enfermagem por ser um número reduzido de profissionais.

Na proposta qualitativa, os 33 coordenadores de enfermagem, atuantes no ano de 2011, constituíram a população do estudo, por estarem trabalhando há, no mínimo, um ano na organização e pelo aceite em participar, voluntariamente, da pesquisa. Destes, 25 enfermeiros coordenadores compuseram a população estudada por serem os profissionais que, se deparam com a situação de ausência do colaborador na unidade de serviço, sendo os primeiros a estabelecerem ações frente ao absenteísmo do pessoal de enfermagem. Dos 25 coordenadores, 3 se recusarão a participar da pesquisa. Assim, 22 enfermeiros

coordenadores aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os enfermeiros coordenadores realizam, nesta instituição, ações de gerenciamento da assistência mediante planejamento da dinâmica do trabalho, adequação quanti-qualitativa de pessoal, recrutamento e seleção, educação continuada, supervisão e avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem para atender às demandas dos pacientes.

3.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

3.4.1 A coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: na primeira, na vertente quantitativa, foi realizado o levantamento dos dados relativos ao evento absenteísmo, mediante consulta aos documentos da organização, referentes ao absenteísmo do pessoal de enfermagem. Foram coletados os dados por unidade de assistência, referentes às ausências dos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) nos anos de 2010 e 2011. Estes dados foram lançados em planilha do Microsoft Office Excel (2007).

Como instrumento, para a coleta de dados quantitativos, adotou-se a Equação para cálculo da taxa de absenteísmo do pessoal de enfermagem, conforme o Manual de Indicadores de Enfermagem (NAGEH, 2012). Assim foram coletados o número de horas homens ausentes e o número de horas homens trabalhadas, nas escalas de serviço.

Na segunda etapa do estudo, na vertente qualitativa, foi adotada a Técnica de Entrevista semi-diretiva Individual, realizada com os 22 enfermeiros coordenadores de enfermagem das unidades de serviço do hospital, utilizando-se as seguintes questões norteadoras: Como você percebe o absenteísmo do pessoal de enfermagem em seu ambiente de trabalho? Que decisões/ações você tem tomado frente ao absenteísmo? Que ações/decisões você considera que tiveram impacto positivo na redução do absenteísmo?

Para a realização das entrevistas foram agendadas datas, previamente combinadas com os sujeitos do estudo, com dia, local e hora para apresentação dos objetivos do estudo e solicitação de anuência formal de participação. As entrevistas foram gravadas transcritas na íntegra, para posterior análise. O resultado das análises resultou em um Relatório Síntese que fundamentou a reunião do Grupo Focal, que integra a etapa qualitativa.

Os enfermeiros coordenadores que participaram das entrevistas foram convidados a participar do Grupo Focal.

A reunião do Grupo Focal contou com 11 enfermeiros coordenadores. Teve duração de 1 hora, os participantes receberam o Relatório Síntese das entrevistas, e após leitura coletiva, foram informados sobre a dinâmica do Grupo Focal, sendo que, no início das discussões foi feita a seguinte pergunta:

Com a vivência de vocês no que se refere ao absenteísmo do pessoal de enfermagem e considerando as informações contidas no Relatório Síntese e nas reflexões deste grupo, quais decisões e ações poderão ser tomadas para diminuir a taxa de absenteísmo do pessoal de enfermagem?

3.4.2 Análise dos dados

Para a análise quantitativa foram resgatados da planilha do Microsoft Office Excel (2007), os dados relativos ao absenteísmo, e calculado as taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem, mediante a fórmula do Manual de Indicadores de Enfermagem (NAGEH, 2012), onde o indicador absenteísmo de enfermagem é descrito como sendo a relação entre o número de horas/homens ausentes e o número de horas/homem previstas para serem trabalhadas nas escalas de serviço, multiplicada por 100.

Cálculo do Indicador:

Taxa de absenteísmo de enfermagem (%) =

$$\frac{\text{Número de horas/homem ausentes}}{\text{Número de horas/homem trabalhadas (previstas em escala)}} \times 100$$

- O número de horas/homem ausentes correspondeu ao número mensal de horas ausentes dos trabalhadores, independente do regime de trabalho do estabelecimento de saúde.

- O número de horas/homem trabalhadas correspondeu ao número de horas trabalhadas previstas para cada profissional no período estudado.

Foram consideradas todas as faltas, inclusive as justificadas por doença, doação de sangue, alistamento eleitoral e militar, atendimento à convocação judicial e as suspensões, motivadas pela aplicação de medidas disciplinares. As férias e as licenças legais acima de 15 dias ininterruptos não foram incluídas (NAGEH, 2012). Ainda, para análise dos dados quantitativos foi considerada a taxa de absenteísmo estabelecida pela Resolução COFEN n.293/04 de 6,7% mensal.

Como técnica de análise qualitativa dos dados resgatados nas entrevistas foi adotada a análise de conteúdo de Minayo (2006; 2012). Para esta autora, a análise de conteúdo procura conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais o pesquisador se debruça, tomando como seu objeto a fala, ou seja, o aspecto individual da linguagem.

Esta análise se adequa aos propósitos do estudo e, para que aconteça de forma sistemática, a autora propõe três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

No primeiro momento, denominado pré-análise, ocorre a organização do material a ser explorado e a leitura repetida, denominada leitura flutuante, para conhecimento do material coletado nas entrevistas não estruturadas.

No segundo momento, são resgatadas as Unidades de Significados (US) no conteúdo das falas das entrevistas constituindo por similaridade de significado, as Categorias.

No terceiro momento, ocorre o tratamento dos resultados, quando as informações são categorizadas de acordo com a pertinência dos elementos presentes na coleta de dados. Após cumprimento, destes momentos, ocorre a elaboração do Relatório Síntese das entrevistas (Apêndice C).

Este Relatório Síntese contém elementos apontados pelos sujeitos que serão discutidos no Grupo Focal.

Compondo a análise qualitativa, para a concretização da técnica do Grupo Focal foi realizada reunião com a participação de onze enfermeiros coordenadores, todos do sexo feminino atuando, como coordenador de pessoal de enfermagem nas unidades do hospital pesquisado, há mais de um ano e tendo participado da etapa das entrevistas.

A reunião ocorreu em uma sala no local da pesquisa, das 11h às 12h. Os participantes não chegaram juntos, havendo a necessidade de aguardar alguns minutos para a composição do grupo.

O encontro teve como moderador a pesquisadora e como relator a orientadora. Os elementos do grupo já se conheciam, possibilitando o início dos trabalhos com a apresentação do Relatório Síntese das entrevistas.

A seguir foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, reforçando os objetivos da pesquisa e a importância ética, garantindo a privacidade e anonimato dos participantes, pois seria feita a gravação de voz, por ser fundamental para análise da pesquisa.

O conteúdo das discussões do Grupo Focal, após transcrição, também foi tratado segundo a técnica de Análise Temática de Minayo (2006; 2012), buscando as US que apontavam os aspectos fundamentais do absenteísmo que devem ser considerados para alinhar as taxas conforme o estabelecido na Resolução COFEN 293/04.

O referencial de análise dos achados quanti-qualitativos, adotados no estudo, teve como base os aportes teóricos que tratam do absenteísmo do pessoal de enfermagem, valendo-se das Categorizações das Unidades de Significado, resgatadas.

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 A ANÁLISE QUANTITATIVA

Caracterização sócio demográfica da população da pesquisa.

As variáveis sócio demográficas da população da pesquisa dos anos de 2010 e 2011 são apresentadas na tabela 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1 - Caracterização da população do estudo em 2010.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	1208	83,0
	Masculino	248	17,0
Escolaridade	Pós graduação	23	1,6
	Superior completo	531	36,5
	Ensino médio completo	902	61,9
Cargo	Gerente enfermagem	5	0,3
	Coordenador enfermagem I	5	0,3
	Coordenador enfermagem II	33	2,3
	Enfermeiro	506	34,8
	Técnico/Auxiliar enfermagem	907	62,3
Idade	21-30	488	33,5
	31-40	702	48,2
	41-50	250	17,2
	51 ou mais	16	1,1

Fonte: Banco de dados do hospital pesquisado.

Conforme tabela 1, no quadro de pessoal em 2010 encontravam-se as categorias profissionais Enfermeiro, Técnico e Auxiliares de enfermagem e os cargos de Coordenador de enfermagem I, Coordenador de enfermagem II e Gerente de enfermagem. Assim, havia um total de 1.456 funcionários, dentre os quais, 907 técnicos e auxiliares de enfermagem, 38 coordenadores de enfermagem, 506 enfermeiros assistenciais e 5 gerentes de enfermagem.

Os dados da tabela 1 indicam que 83% são profissionais do sexo feminino, 61,9% têm ensino médio completo, 62,3% são técnicos e auxiliares de enfermagem, 34,8% são enfermeiros e 48,2% possuem entre 31 e 40 anos de idade.

Na tabela 2, referente à caracterização da população do estudo em 2011, houve acréscimo de 58 Técnicos e Auxiliares de enfermagem, um Coordenador de enfermagem, um Enfermeiro e um Gerente de enfermagem, mantendo-se a maioria do pessoal do sexo feminino.

Em relação ao ano anterior, houve aumento no número de colaboradores com ensino médio e pós-graduação, e a faixa etária da população do estudo manteve-se entre 31 a 40 anos.

Tabela 2 - Caracterização da população do estudo de 2011.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	1253	83,0
	Masculino	255	17,0
Escolaridade	Pós-graduação	29	2,0
	Superior completo	519	34,4
	Ensino médio completo	960	63,6
Cargo	Gerente enfermagem	4	0,3
	Coordenador enfermagem I	7	0,4
	Coordenador enfermagem II	27	1,8
	Enfermeiro	505	33,5
	Técnico/Auxiliar enfermagem	965	64,0
Idade	21-30	543	35,7
	31-40	714	47,3
	41-50	235	16,0
	51 ou mais	16	1,0

Fonte de dados do hospital pesquisado.

Há consenso nas publicações referentes ao tema em estudo, que a maioria dos colaboradores inseridos no ambiente hospitalar são profissionais de enfermagem e do sexo feminino (Inoue et al., 2008, Costa, Vieira, Sena, 2009). Verificou-se em estudos publicados variação nas faixas etárias do pessoal de enfermagem, sendo de 36 e 45 anos, e

de 30 e 39 anos, com médias de idade de 40,2 anos e 31 a 40 anos (Castro, Bernardino, Ribeiro, 2008; Inoue et al., 2008; Costa, Vieira, Sena, 2009; Abreu, Simões, 2009; Sancinetti et al., 2009). Os achados desta pesquisa apontaram 714 (47,3%) nas faixas etárias de 31 e 41 anos.

Foi considerado, em conjunto o número de auxiliares e técnicos de enfermagem, devido à categoria profissional auxiliar ser um número reduzido, nesta instituição de saúde.

De acordo com Abreu, Simões (2009), dentre as categorias profissionais pesquisadas os técnicos e auxiliares de enfermagem apresentaram juntos, o maior absenteísmo 313 (81,7%), seguidas pelos enfermeiros 152 (13,6%). Costa, Vieira, Sena (2009) identificaram, em hospitais, que das ausências do pessoal de enfermagem, 86,5% eram ocasionadas por técnicos e auxiliares de enfermagem e 13,45% por enfermeiros. Entretanto, outros estudos evidenciaram maiores taxas de absenteísmo entre enfermeiros (Silva, Marziale, 2006; Laus, Anselmi, 2008).

No presente estudo, o enfoque é o de identificar as taxas gerais de absenteísmo do pessoal de enfermagem e as unidades onde ocorrem.

4.1.1 Taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem

Estudos identificaram o quantitativo do absenteísmo geral e por categoria do profissional de enfermagem. Um estudo mostrou taxa geral de absenteísmo de 5,62%, sendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o local com o maior índice de absenteísmo (Abreu, Simões, 2009).

Outro estudo mostra que a categoria profissional técnico de enfermagem foi a que apresentou o maior absenteísmo 182 (47,52%), seguida pelos enfermeiros 152 (3,58%), auxiliares de enfermagem 131 (34,20%) e auxiliares de saúde 18 (4,70%), esclarecendo que, estas últimas possuem número reduzido devido à sua extinção determinada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Pesquisas apresentam porcentagens de ausências de pessoal de enfermagem geral e por categoria profissional, relacionado-as aos motivos da ausência (Rogenski, Fugulin, 2007). Outro estudo, ainda,

aponta 86,54% de ausências não previstas por técnicos/auxiliares de enfermagem e 13,45% por enfermeiros (Costa Vieira, Sena, 2009).

Estudos sobre ausências de pessoal de enfermagem adotam diferentes metodologias na coleta e análise dos dados, o que não permite correlações com o atual estudo, como, por exemplo, o uso do índice de frequência (If) e tempo perdido (Tp), instrumentos do Subcomitê de Absenteísmo da Associação Internacional de Medicina do Trabalho. Para o cálculo da taxa de absenteísmo este Subcomitê considera a razão entre o número de licenças no período, o efetivo médio de profissionais no período e a razão entre o número de dias de trabalho perdidos no período e número programado de dias de trabalho no período multiplicado por 100 (Silva, Marziale, 2006; Laus, Anselmi, 2008).

Consideram, ainda, que valores de If maiores que 0,1 ao mês e Tp acumulada maior que 1,2% são valores elevados.

Outro estudo demonstrou que os maiores índices de frequência de absenteísmo foram calculados em uma unidade de pediatria tendo técnicos/auxiliares de enfermagem com 0,35%, e tempo perdido de trabalho no pronto atendimento com 4,19% (Silva, Marziale, 2006). Entre os enfermeiros foi evidenciado maior índice de frequência de absenteísmo na UTI com 0,17% e tempo perdido de 3,93%. Demonstrou-se que o índice de ausência média de pessoal de enfermagem é de 0,27% e o tempo perdido de 1,76% (Inoue et al., 2008).

Apesar de não ser possível comparação entre os resultados dos índices apresentados nos estudos, devido à diversidade de metodologias, é possível a identificação dos motivos das ausências que prevalecem em cada realidade estudada.

Outra pesquisa, utilizando descrição estatística, evidenciou 30,7% de faltas não previstas do pessoal de enfermagem no período de um ano, sendo verificadas, no primeiro semestre do ano seguinte, 28,6% (Abreu, Simões, 2009). Outro estudo evidenciou que as ausências com número de dias menor ou igual a quinze dias apresentaram taxa de 81,9% e as com mais de 15 dias representaram 77,9% do total do tempo perdido de trabalho dos profissionais (Sancinetti et al., 2009). Neste estudo, não

houve diferença significativa entre o tempo perdido, em dias, pelas ausências curtas ou longas.

Uma pesquisa mostrou que o percentual de faltas previstas e não previstas em uma unidade de Clínica Médica foi de 62,6% para profissional enfermeiro e de 41% para técnicos /auxiliares de enfermagem, e de 23,89% para os enfermeiros e 33,36% para os técnicos e auxiliares de enfermagem nas unidades de Clínica Cirúrgica. Os dados demonstraram percentuais variados para as categorias profissionais, dependendo da unidade hospitalar pesquisada (Laus, Anselmi, 2008).

4.1.2 Análise quantitativa do ano de 2010

Na Tabela 3, são demonstradas as taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem, ou seja, os dados correspondentes às ausências de técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros por unidades de serviço em 2010. Na análise dos dados quantitativos, considerou-se as taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem, agrupados de acordo com as unidades de serviço do hospital e meses do ano. A identificação das unidades de serviço pesquisadas foi adotada mediante códigos numéricos com as iniciais que representa (Unidades U1, U2.....U31).

Tabela 3 - Taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem por unidades de serviço em 2010.

Setor/ Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
U1	0	5,5	0	0	3,4	0	0	0	0	0	0	0
U2	5,5	5,4	0	1,6	5,5	5,4	3,3	2,0	6,8	8,3	10,0	13,1
U3	9,5	10,4	2,6	1,2	0,3	0	1,5	0	0,7	0	0	0,5
U4	0	0	1,9	0	1,3	0	0,5	0,9	3,6	0,1	12,5	12,7
U5	13,0	14,3	14,3	3,5	1,6	4,5	5,2	0,9	0,4	6,4	10,4	13,7
U6	2,8	2,5	4,9	5,3	4,8	3,5	6,2	5,1	6,5	7,8	7,8	8,9
U7	7,8	4,4	3,4	6,3	3,0	2,6	2,9	4,9	1,2	1,0	0	0,1
U8	8,7	7,7	8,0	9,3	12,1	10,5	9,1	13,9	8,0	1,0	7,7	7,9
U9	9,4	5,4	5,5	5,3	5,1	10,8	10,9	5,5	2,8	5	5,5	4,5
U10	0	0	0	0	2,39	0	0	0	0	0	0	0
U11	8,0	5,4	8,4	5,9	6,8	6,6	0	0	0	0	0	0
U12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	0
U13	4,4	3,9	3,4	0,8	1,5	2,2	2,2	4,4	5	1,0	1,6	0,8
U14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	0	0
U15	3,9	5,9	6,0	15,8	11,7	13,9	8,2	2,3	0	0,9	0,2	0,3
U16	-	-	-	-	2,3	0	0	0	0	0	0	0
U17	0	2,6	2,0	1,7	0	2,5	0	6,8	6,0	6,3	6	5,5
U18	6,1	3,6	2,2	6,5	4,3	4,6	7,6	10,2	11,1	6,7	16,2	12,6
U19	7,9	4,2	0	6,5	4,1	7,2	9,2	16,7	18,5	11,3	10,2	8,1
U20	6,1	11,6	8,9	5,9	7,3	8,5	10,3	16,6	13,1	5,3	14,6	13,0
U21	2,2	2,0	3,3	7,4	4,5	5,5	5,4	4,8	5,2	5,0	4,5	4,3
U22	11,1	9,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,9
U23	3,1	2,3	2,6	0,9	1,5	1,6	0,8	2,2	4,1	3,7	4,5	3,9
U24	3,2	3,6	3,3	7,4	4,6	4,6	4,1	11,4	12,5	9,6	8,0	10,4
U25	4,8	4,6	4,5	7,5	3,3	4,8	5,8	5,3	7,9	7,0	10,0	13,5
U26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5
U27	0,3	0	1,8	1,9	3,5	8,9	7,1	8,8	6,2	4,1	2,4	7,6
U28	7,6	6,2	11,9	7,7	4,3	5,8	5,3	5,7	5,9	3,6	2,1	7,2
U29	0	0	4,1	6,3	8,5	2,1	2,9	2,5	1,3	3,3	5,0	2,5
U30	1,7	1,7	3,8	6,9	4,4	3,6	1,5	1,2	4,2	3,5	4,9	7,4

(-) A unidade ainda não existia. Fonte: registros das escalas impressas e/ou no sistema eletrônico em cada unidade do hospital.

No ano de 2010, a U8 apresentou em doze meses do ano, taxas que variaram de 1,01%, em outubro, a 13,9% em agosto; a U20 mostrou valor mínimo de 5,3% em outubro e máximo de 16,6% em agosto; a Unidade de Terapia Intensiva Clínica U19 mostrou 0% em março, e máximo de 18,5% em setembro; a U18 apresentou 2,2%, em março e 16,2%, em novembro.

A U24 mostrou valor mínimo de 3,2% em janeiro e máximo de 12,5% em setembro; a (U5), teve valor mínimo de 0,4% em setembro e máximo de 14,3% em fevereiro e março; a U25 teve valor mínimo de 3,3% em maio e máximo de 13,5% em dezembro; a U2 mostrou valor mínimo de 0% em março e máximo de 13,1% em dezembro; a U15 teve valor mínimo de 0% em setembro e máximo de 15,8% em abril; A U27 apresentou valor mínimo de 0% em fevereiro e máximo de 8,9% em junho; a U28 teve valor mínimo de 2,1% em novembro e máximo de 11,9% em março; a U6 mostrou valor mínimo de 2,5% em fevereiro e máximo de 8,9% em dezembro.

A U9 obteve valor mínimo de 2,8% em setembro e máximo de 10,9% em julho; a U11 mostrou valor mínimo 0% de julho a dezembro, e máximo de 8,4% em março. A U3 apresentou valor mínimo de 0% em junho, agosto, outubro e novembro e máximo de 10,4% em fevereiro; a U4 valor mínimo de 0% em janeiro, fevereiro, abril e junho e máximo de 12,7% em dezembro; a U30 mostrou valores mínimo de 1,2% em agosto e máximo 7,4% em dezembro; a U22 teve valor mínimo de 0% de março a novembro e máximo 11,1% em janeiro.

A U7 apresentou taxas 0% em novembro e 7,8% em janeiro; a U17 apresentou 0% em janeiro, maio e julho e 6,8% em agosto; a U21 mostrou 2,0% em fevereiro e 7,4% em abril, e a U29 apresentou 0% em janeiro e fevereiro e 8,5% em maio.

As taxas de absenteísmo apresentadas, segundo as unidades de serviço, possibilitaram a identificação de valores em relação ao estabelecido na Resolução COFEN 293/04 que é de 6,7% mensal, permitindo destacar os valores mais baixos, e os que estão acima do preconizado como normalidade, pela Resolução COFEN 293/04.

Os dados relativos ao ano de 2010, apresentados neste estudo, apontam predomínio para o de baixas taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem nos meses de fevereiro, setembro, outubro e novembro. As taxas mais altas foram identificadas nos meses de agosto e dezembro. Pesquisa realizada em um hospital universitário registrou taxas de absenteísmo baixo na categoria profissional auxiliar e técnicos de enfermagem no mês de dezembro, com 10 dias de ausências e na categoria enfermeiro nos meses de junho e setembro com 14 dias de ausências. Quanto ao aumento de dias de ausências, para os

auxiliares e técnicos de enfermagem ocorreram nos meses de março com 115 dias e janeiro com 104 dias. Na categoria enfermeiro, o aumento ocorreu nos meses de dezembro e agosto, com 59 e 37 dias de ausências respectivamente (Carneiro, Fagundes, 2012).

Estudo identificou maior incidência de absenteísmo não previsto no período de maio (15,3%) e agosto (13,3%) em uma unidade de pronto socorro adulto e o absenteísmo foi considerado elevado e motivado, principalmente, pelas licenças para tratamento de saúde, sendo superiores a 15 dias (Fakih, Tanaka, Carmagnani, 2012).

Retomando os dados do presente estudo, a U1; U10; U13 e U23 não apresentaram taxas de absenteísmo superiores a 6,7%, no ano de 2010. Estas unidades apresentaram as taxas de absenteísmo, abaixo da estabelecida na Resolução 293/04, em todos os meses deste ano.

A U16, U14, U12 e U26 começaram a funcionar nos meses de maio, outubro, novembro e dezembro respectivamente.

Nesta perspectiva, foram analisadas as unidades que apresentaram taxas superiores e inferiores a 6,7%, bem como, o número de meses em que o fato ocorreu. Estes resultados estão apresentados na tabelas 4 e 5, segundo dados percentuais de absenteísmo mais altos ou mais baixos ao estabelecido na Resolução 293/04.

Tabela 4 - Unidades de Serviço e os meses do ano em que ocorreram as taxas mais altas de absenteísmo no ano de 2010, segundo a Taxa estabelecida na Resolução COFEN 293/04.

Setor/ Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
U8	8,7	7,7	8	9,4	12,1	10,5	9,1	13,9	8,0	1,01	7,7	7,9
U20	6,1	11,6	8,9	5,9	7,4	8,5	10,4	16,6	13,1	5,3	14,6	13,0
U18	7,9	4,2	0	6,5	4,1	7,3	9,2	16,7	18,5	11,3	10,2	8,1

Verifica-se na tabela 4, nestas três unidades, sendo duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e uma Central de Material Esterilizado (CME), que as variações mensais

nas taxas de absenteísmo vem ocorrendo, bem como, o aumento de forma sucessiva em alguns meses.

A U8, apenas em outubro, apresentou taxa de absenteísmo de 1,01%, que está abaixo do preconizado de 6,7% ao mês. Nos demais meses do ano esta unidade apresentou taxas acima do preconizado, sendo a mais alta, em agosto com 13,9%.

Os dados da tabela 4 corroboram a literatura que apresenta as unidades especializadas, como sendo as que concentram taxas mais elevadas de absenteísmo (Inoue, Matsuda, da Silva, Uchimura, Mathias, 2008; Abreu, Simões, 2009; Carneiro, Fagundes 2012). Estudo realizado em hospital de ensino evidenciou que, dentre os colaboradores que se ausentaram do trabalho, a maioria estava lotada na Unidade de Terapia Intensiva adulto, correspondendo a 78% do total de colaboradores desta unidade, seguida pela Central de Material de Equipamentos, com 76,9% (Abreu, Simões, 2009). As autoras atribuem este acontecimento às especificidades de algumas unidades, que se caracterizam por maior exposição dos colaboradores a desgastes físicos e mentais, como as unidades de tratamento intensivo que recebem pacientes graves e com alta dependência de cuidados (Costa, Vieira, Sena, 2009).

Estudo identificou, na UTI de um hospital universitário, no período de um ano, o maior índice de ausência de enfermeiro, por motivo de doença, de 0,63 nos meses de abril e junho e tempo perdido de trabalho decresce nos meses de outubro com 4,61%, abril com 2,4% e junho com 2,11%. Na categoria auxiliar e técnico e enfermagem ocorreu em junho e outubro com 0,67, e o tempo perdido de trabalho nos meses de outubro com 9,25% e em maio com 3,04% (Inoue et al., 2008).

Quanto às unidades de serviço que funcionaram durante os meses de janeiro a dezembro de 2010, que obtiveram taxas de absenteísmo inferiores ao estabelecido na Resolução 293/04, destacaram-se, a U1, a U10, e a U13, sendo duas unidades ambulatoriais e um laboratório, conforme a Tabela 5.

Tabela 5 - Unidades de Serviço e os meses do ano em que ocorreram as taxas mais baixas de absenteísmo no ano de 2010, segundo a taxa estabelecido na Resolução COFEN 293/04.

Setor/ Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
U1	0	5,5	0	0	3,4	0	0	0	0	0	0	0
U10	0	0	0	0	2,3	0	0	0	0	0	0	0
U13	4,4	3,9	3,4	0,8	1,5	2,2	2,2	4,4	5	1,0	1,6	0,8

Fonte: registros das escalas impressas e/ou no sistema eletrônico em cada unidade do hospital.

Com metodologia diferente da adotada no presente estudo, Inoue et al., (2008) demonstraram valores mais baixos das taxas de ausência na categoria enfermeiro que ocorreram em julho com 0,11; em novembro com 0,21 e setembro com 0,24; o tempo perdido em julho é de 0,36%, aumentando em novembro com 0,70% e março com 0,76%. Para os auxiliares e técnicos de enfermagem os índices de ausência ocorreram em janeiro com 0,12; fevereiro com 0,12 e setembro com 0,13. O tempo perdido em abril é de 0,39%, mantendo-se o mesmo em fevereiro e setembro com 0,43%.

4.1.3 Análise quantitativa do ano de 2011

Na Tabela 6, estão demonstradas as taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem, ou seja, os dados correspondentes às ausências de técnicos/auxiliares de enfermagem e enfermeiros por unidades de serviço em 2011. Na análise dos dados quantitativos, considerou-se as taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem, agrupados de acordo com as unidades de serviço do hospital e meses do ano.

Tabela 6 - Taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem por unidades de serviço em 2011

Setor/Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
U1	2,4	2,1	0,6	2,7	1	1,7	5,7	10,8	7,7	8,6	3,5	0,1
U2	13,4	4,1	8,5	6,1	2,7	5,3	19,6	22,2	5,1	9,3	14,2	16,9
U3	0	1,4	1,8	4,6	1,4	3,1	1,2	1	2,4	0	2,6	0
U4	0	1,9	21,2	0	0,8	0,5	0,8	1,6	0,4	1,6	3,5	0
U5	2	0	2,2	5,3	0,4	0	0	2,9	0	2,3	0	0
U6	3,1	7,6	8,4	6,1	5,8	3,6	5,8	4,5	3,8	5,1	5,1	0
U7	5	3,1	5,7	7,4	4,8	2	4,1	5,2	0,1	2,9	2,6	0
U8	0,7	3	1,7	5,8	3,3	1,5	2,5	7,8	5,7	6,2	3,8	2,7
U9	2,3	0,9	4,1	3	3,5	2,6	4	3,3	0,8	5,7	8,8	8,2
U10	0,7	0,7	0	0,7	0,5	0	0	4,3	0	5	2,6	1,7
U11	0	0	0	0	1,7	3,3	8,2	0	1	5,8	1,1	0
U12	0	2,6	1,7	0,2	0,6	1,2	1,9	0	0,2	0,6	0,4	0
U13	2,8	1,9	3,1	7,7	3,9	6,9	7,2	8,5	5	2,1	2,6	0
U14	1,1	1,1	13	0	1,8	4,2	0	0	0	0,8	7	0
U15	3,4	1,8	3,4	4,4	1,5	1,4	4,9	2,1	3,3	0,8	1,2	1,5
U16	0	3,1	9,2	1	5	8,1	0	0	0	0,4	4,8	1,5
U17	4,2	0,5	3,2	4,4	4,3	0,5	1,9	3,2	1,1	3,5	4,3	3,7
U18	4,7	9,8	7,7	8,5	4,6	4,2	5,4	10,5	7,9	8,4	8,7	9,4
U19	2,3	8,2	5,3	6,8	5,5	2,8	4,1	5,8	2,8	5,5	5,4	8,7
U20	1,8	4,2	5,4	6,9	4,1	4,1	3,6	8,3	2,4	12,9	6,7	7
U21	2,5	4,5	10,7	7,7	4,7	4,5	13,1	7,1	6,1	6,5	8,6	4,6
U22	0,4	2,9	4,3	3,1	4,4	0,8	2,1	2,8	4,5	5,2	6,8	16,6
U23	0,5	4,4	4	1,2	2,6	1,5	2,5	5,6	4,1	19	7,7	0
U24	1,2	1,9	4,1	4,1	1,2	2,3	3,5	4,5	3	3,8	2,8	2,4
U25	5,8	8,8	8	14,9	5,3	1,5	5,5	3,7	3,9	2,5	8,5	6,9
U26	3,2	5,5	5,9	8,2	3,5	4,2	2	4,8	2,8	3,8	1,8	4,6
U27	13,9	6,3	2,4	6,5	2,6	2,2	7,1	6,4	5,4	6	7,3	2,7
U28	3,3	3	7,1	6,1	4,6	3	2,8	4,2	2,3	6,3	4,1	6,5
U29	1,6	1,2	2,8	3,7	3,2	5,9	9,1	10	10,6	6,5	9,7	11,7
U30	1	6	4,7	0	0	0	0	8,9	8,9	3,1	2,9	3,3
U31	0	0,9	0	1,9	0	0,6	0	6,6	0	0	0	0

Fonte: registros das escalas impressas e/ou no sistema eletrônico em cada unidade do hospital.

A U18 apresentou taxas com valor mínimo de 4,2% em junho e máximo de 10,5% em agosto; a U2 mostrou taxas que variaram de 2,7% em maio a 22,2% em agosto; a U21, 2,5% em janeiro e 13,1% em julho. A U25 apresentou taxas 1,5% em junho e 14,9% em abril, a U29, 1,2% em fevereiro e 11,7% em dezembro. A U20, 1,8% em janeiro a 12,9% em outubro, a U1 demonstrou valores 0,1% em dezembro e 10,8% em agosto, a U19, apresentou valores 2,3% em janeiro e 8,7% em dezembro. A U6 apresentou taxas que variaram de 0% em dezembro a 8,4% em março. A U9, 0,9% em fevereiro e 8,8% em novembro.

A U13 apresentou valor mínimo de 0% em dezembro e máximo de 8,5% em agosto, a U14 teve taxas de 0% em abril, julho a setembro e 13% em março. A U16 apresentou valores 0% em janeiro, julho a setembro e 9,2% em março. A U22, taxas de 0,4% em janeiro e 16,6% em dezembro, a U27, 2,2% em junho e 13,9% em janeiro.

A U30 apresentou valor mínimo 0% de abril a julho, e máximo de 8,9% em agosto e setembro. A U4 mostrou mínimo de 0% em janeiro, abril e dezembro e 21,2% em março. A U8 demonstrou valores 0,7% em janeiro e máximo de 7,8% em agosto. A U23, valores 0% em dezembro e 7,7% em novembro, a U26, 1,8% em novembro e máximo de 8,2% em abril.

A U28, taxas 2,3% em setembro e 7,1% em março. A U7 apresentou 0% em dezembro e 7,4% em abril. As unidades de serviço que não apresentam taxas de absenteísmo superiores a 6,7% foram: U3, com taxa máxima de 4,6% em abril; U5 apresentando a maior taxa de 5,3% em abril, a U10 apresentando valor máximo de 4,3% em agosto; a U12 com 2,6% em fevereiro, a U15 mostrando 4,9% em julho; U31 com 6,6% em agosto; a U17 com 4,4% no mês de abril e a U24 com a maior taxa de 4,5% em agosto.

Os dados relativos ao ano de 2011, apresentados neste estudo, apontam predomínio para o de baixas taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem nos meses de fevereiro, setembro a novembro. As taxas mais altas foram identificadas nos meses de março e agosto, respectivamente.

Estudo realizado em 2006 e 2007 demonstrou dados relativos ao absenteísmo não previsto do pessoal de enfermagem em uma unidade de pronto atendimento de um hospital universitário, com 8.208 ausências detectadas, sendo 2.524 não previstas, prevalecendo, como motivo, as licenças médicas com 2.080 (82,41%). No primeiro semestre de 2007 foram identificadas 3.874 ausências sendo 1.105 não previstas, prevalecendo os mesmos motivos de ausências, com 981 (88,7%) de ocorrências (Campos, Juliani, Palhares, 2009).

Os dados demonstram que, em determinados períodos, há aumento ou diminuição das taxas de absenteísmo, o que parece mostrar a existência de fatores intervenientes, que influenciam estas taxas, podendo ser de ordem organizacional, pessoal e profissional (Alves, 1995).

Nesta perspectiva, foram analisadas as unidades que apresentaram taxas superiores e inferiores a 6,7%, bem como, o número de meses em que o fato ocorreu. Estes resultados estão apresentados na tabelas 7 e 8, segundo dados percentuais de absenteísmo que superam ou estão abaixo dos valores estabelecidos na Resolução 293/04.

Tabela 7 - Unidades de Serviço e os meses do ano em que ocorreram as taxas mais altas de absenteísmo no ano de 2011, segundo a taxa estabelecido na Resolução COFEN 293/04.

Setor/Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
U18	4,7	9,8	7,7	8,5	4,6	4,2	5,4	10,5	7,9	8,4	8,7	9,4
U2	13,4	4,1	8,5	6,1	2,7	5,3	19,6	22,2	5,1	9,3	14,2	16,9
U25	5,8	8,8	8	14,9	5,3	1,5	5,5	3,7	3,9	2,5	8,5	6,9

Fonte: registros das escalas impressas e/ou no sistema eletrônico em cada unidade do hospital.

No período estudado foram observadas taxas elevadas de absenteísmo na U18, U2 e U25, sendo uma UTI, um ambulatório e uma unidade de internação. Assim, é importante salientar que nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), concentram-se recursos e tecnologias necessários ao atendimento de pacientes críticos, demandando assistência médica e de enfermagem ininterruptas, equipamentos, recursos humanos qualificados e tecnologias diagnósticas e terapêuticas específicas. A assistência prestada nesta unidade é

considerada como uma das mais complexas do sistema de saúde. Neste contexto, predominam atividades que requerem habilidades e conhecimentos técnico-científicos específicos, exigindo atenção permanente e maior carga de trabalho do pessoal de enfermagem. Ainda, há necessidade de se garantir número adequado de trabalhadores para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem nas 24 horas do dia (Inoue et al., 2008).

Estudo realizado em um hospital universitário mostra que, entre os trabalhadores que se ausentaram do trabalho, a maioria estava lotada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, correspondendo a 78,05% do total desta unidade, seguida pela Central de Equipamentos, com 76,92% do total (Abreu, Simões, 2009).

No presente estudo em 2010 e 2011, das seis unidades que apresentaram as mais altas taxas de absenteísmo, três são Unidades de Terapia Intensiva. Estes resultados corroboram os resultados de estudos que atribuem a maior ocorrência de faltas, às especificidades de algumas unidades, caracterizadas por maior exposição dos profissionais a desgastes físicos e mentais, como as unidades de tratamento intensivo, que atendem pacientes graves com alta dependência de cuidados (Costa, Vieira, Sena, 2009; Carneiro, Fagundes, 2012). No entanto, foram evidenciadas, também, taxas elevadas em unidades como CME, ambulatório e internação, conforme tabelas 4 e 7.

Pesquisa desenvolvida em um Hospital Universitário demonstrou as maiores taxas de absenteísmo em unidades como: Clínica Cirúrgica (15,2%), Médica (14,7%), Unidade Básica de Assistência à Saúde (14,6%), Pediatria (10,6%), Terapia Intensiva Pediátrica (10,5%), Alojamento Conjunto (9,8%), Pronto Socorro Adulto (9,6%) e Terapia Intensiva Adulto (9,4%) (Sancinetti et al., 2011). Aponta para a necessidade de acompanhamento das taxas de absenteísmo, das condições de trabalho e para a realização de estudos que verificam as variáveis que podem estar influenciando as oscilações das ausências, dando elementos para a elaboração de políticas públicas frente ao absenteísmo, como, por exemplo, a contratação de profissionais de enfermagem para substituição dos que se afastam pelo INSS.

Estes resultados assemelham-se aos apresentados pela literatura, e sinalizam para a necessidade de serem identificadas as possíveis causas que interferem na elevada taxa de absenteísmo, para posterior proposição de ações gerenciais e redução dessas taxas.

As unidades de serviço que funcionaram durante os meses de janeiro a dezembro de 2011, e que obtiveram taxas de absenteísmo inferiores ao estabelecido na Resolução 293/04, foram a U3, a U5 e U10, sendo três unidades ambulatoriais, conforme a tabela 8.

Tabela 8 - Unidades de Serviço e os meses do ano em que ocorreram as taxas mais baixas de absenteísmo no ano de 2011, segundo a taxa estabelecido na Resolução COFEN 293/04.

Setor/Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
U3	0	1,4	1,8	4,6	1,4	3,1	1,2	1	2,4	0	2,6	0
U5	2	0	2,2	5,3	0,4	0	0	2,9	0	2,3	0	0
U10	0,7	0,7	0	0,7	0,5	0	0	4,3	0	5	2,6	1,7

Fonte: registros das escalas impressas e/ou no sistema eletrônico em cada unidade do hospital.

Dentre as unidades com as mais baixas taxas de absenteísmo, duas são de hemodiálise, uma unidade transfusional, um laboratório, uma de hematologia e um ambulatório clínico.

Estes dados parecem chamar atenção para as especificidades locais que podem propiciar a diminuição ou aumento das taxas de absenteísmo, em conformidade com a Resolução 293/04 de até 6,7% ao mês.

4.2 A ANÁLISE QUALITATIVA

Na segunda etapa do estudo, na vertente qualitativa foram entrevistados 22 enfermeiros coordenadores das unidades U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U8, U9, U10, U12, U13, U15, U16, U17, U18, U19, U20, U21, U25, U28 e U31.

As entrevistas foram conduzidas segundo as questões norteadoras, que permitiram atender aos objetivos de resgatar os elementos constitutivos do evento absenteísmo, identificar as ações adotadas frente ao absenteísmo, bem como as ações e decisões que consideraram de impacto positivo frente ao absenteísmo. Ainda, para compor a análise qualitativa foi adotada a técnica do Grupo Focal.

A análise dos discursos contidos nas entrevistas dos enfermeiros coordenadores permitiu o resgate de Unidades de Significado (US) que, agrupadas por similitude de conteúdo, possibilitaram a construção das Categorias Empíricas: Elementos constitutivos do absenteísmo, Ações realizadas frente ao absenteísmo e Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo, conforme descrito no quadro 1.

A identificação dos discursos referentes aos sujeitos da pesquisa foi adotada mediante códigos numéricos com as iniciais (Sujeito – S1, S2...S22) subsequentemente.

Quadro 1 - Descrição das categorias empíricas constituídas a partir da análise das entrevistas realizadas com enfermeiros coordenadores.

Categorias	Unidades de Significados (US)
Elementos constitutivos do absenteísmo	Característica de absenteísmo Insatisfação no trabalho Consequências do absenteísmo
Ações realizadas frente ao absenteísmo	Ações de caráter institucional Ações de caráter profissional
Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo	Ações de impacto positivo de caráter institucional Ações de impacto positivo de caráter profissional

4.2.1 Categoria: Os Elementos constitutivos do absenteísmo

Os elementos constitutivos do absenteísmo foram considerados, pelos sujeitos do estudo, um recurso, um subsídio ou uma informação, incluindo aspectos institucionais e profissionais que permeiam as faltas de pessoal de enfermagem. A ação como uma atividade prática, concreta, de livre intenção, intervém no real em contraste com a passividade de uma atitude especulativa ou teórica, ou seja, é uma atitude governativa e, a ação de impacto é a que exerce influência decisiva no gerenciamento de um determinado evento, no caso, o alto absenteísmo (Houaiss, 2001).

Na Categoria Elementos constitutivos do absenteísmo foram albergadas as US Características do absenteísmo, Insatisfação no trabalho e Consequências do absenteísmo. Analisadas no contexto e observadas às especificidades, as US que compuseram esta Categoria guardam profundos imbricamentos, uma vez que tratam de fatores intervenientes, ou seja, dos motivos, interesses, disposições e necessidades dos profissionais no desempenho das atividades demandadas pela instituição.

A US Características do absenteísmo integra a percepção dos enfermeiros coordenadores do estudo, no que distingue a feição, a natureza ou o princípio da falta e vem sendo estudadas pelo que acarretam ao desempenho institucional com perdas da qualidade e de recursos financeiros, tanto para a instituição, como para o profissional e sociedade causando aumento dos riscos e a baixa qualidade da assistência prestada.

Tratando-se de absenteísmo no trabalho, não há como dissociar as expectativas do profissional e as da organização. Assim, além dos conhecimentos teóricos e práticos próprios da dimensão técnica, existem as concepções dos enfermeiros coordenadores sobre as faltas imprevistas do pessoal de enfermagem, que integram o absenteísmo e norteiam o gerenciamento de absenteísmo de pessoal de enfermagem.

O absenteísmo são as ausências imprevistas (S1).

Eu penso em absenteísmo apenas naquelas faltas em que o funcionário não me justifica, sem atestado é o que me preocupa [...](S6).

Assim, na US Características do absenteísmo foram resgatados os aspectos relativos às faltas Imprevistas, ou seja, às ausências não justificadas. Na modalidade de absenteísmo não previsto, a literatura aponta, além das faltas injustificadas, as suspensões e licenças saúde (Fugulin, Gaidzinski, Kurcgant, 2003).

As faltas podem ocorrer por razões diferentes às previstas pela chefia do serviço. Podem ter origem em doenças comprovadas e não comprovadas, constituindo faltas voluntárias; podem ser por motivos pessoais, familiares; dificuldades financeiras ou com transporte; pela supervisão precária da chefia, devido às políticas organizacionais inadequadas e/ou à baixa motivação (Appolinário, 2008).

Na US Características do absenteísmo, também foram resgatados aspectos referentes à saúde do colaborador, acontecimentos inesperados, que geram Licenças Saúde (LS), que predispõem ao aumento de absenteísmo devido ao desconforto produzido pela diminuição de pessoal para o trabalho, ocasionando estresse e aumento na ocorrência de faltas. A fala a seguir mostra:

O absenteísmo está relacionado à saúde do colaborador[...] é algo inesperado[...]é uma situação de crise momentânea[...]são as licenças médicas (S7).

Revisão da literatura, sobre o tema, mostra como uma das causas do absenteísmo não previsto, as Licenças Médicas (LM) (Lemos, Rennó, Passos, 2012). Destas licenças, as doenças do sistema osteomuscular foram as que mais acometeram os profissionais de enfermagem (Silva, Marziale, 2003; Reis et al., 2003; Alves, Godoy, Santana, 2006; Nogueira, 2007; Riboldi, 2008; Abreu, Simoes, 2009; Costa, Vieira, Sena, 2009; Ferreira et al., 2011; Lemos, Rennó, Passos, 2012). Outros estudos identificaram como causas de absenteísmo, por exemplo, problema geniturinário; doenças mal definidas e as doenças do sistema respiratório (Barbosa, Soler, 2003; Giomo, Freitas, Alves, Robazzi, 2009; Martinato, Severo, Marchand, Siqueira, 2010).

Pesquisa evidenciou que de 135 entrevistados, pelo menos um apresentou um problema de saúde no período estudado; 81,5% acreditam que as doenças estão associadas ou foram agravadas pelo seu desempenho profissional; 80% deles fazem tratamento

devido a doenças do sistema músculo esquelético; 68,1% por doenças cardiovasculares e 48,9% por transtornos mentais e comportamentais. Verificou-se que 47,4% das licenças saúde, referidas pelos trabalhadores, foram de longa duração. Ainda, a maioria referiu chegar ao trabalho, disposta mental e fisicamente, mas saem indispostos mental (69,6%) e fisicamente (65,9%) (Umann, Guido, Leal, Freitas, 2011).

Estudo mostrou que o absenteísmo de até dois dias representou 54% do total e 7% dos dias perdidos e os acima de 15 dias 5% do total e 66% de dias perdidos. Assim, as licenças saúde constituem um fator importante no gerenciamento de pessoal (Estorce, Kurcgant, 2011).

Na fala a seguir, o absenteísmo é apontado como um fator que leva a um problema de saúde:

[...]muitas vezes a gente verifica que o absenteísmo não é por um problema de saúde, mas é um fator que predispõe a um problema de saúde (S15).

Neste depoimento, entende-se que o absenteísmo pode ter como causa um problema de saúde, no entanto, também pode favorecer a ocorrência de um problema de saúde. Assim, passa a ocasionar o adoecimento, levando a alta taxa de absenteísmo, constituindo um ciclo vicioso que deve ser evitado. Entendendo-se que o absenteísmo é a ausência de um trabalhador ao seu local de trabalho, uma vez que esse evento acontece, gera o acréscimo de trabalho ao indivíduo que comparece ao serviço, propiciando, também, o adoecimento.

Estudo revelou que em média, 50% das faltas tem como motivo doenças, mas, muitas vezes, este não é o motivo verdadeiro da ausência. Assim, o trabalhador encontra um modo de esconder as reais causas por entender, que a justificativa por doença, é a mais aceita pela chefia (Nascimento, 2003).

Estudos apresentaram o absenteísmo como elemento que produz consequências negativas, tanto para o desempenho profissional como da organização. Assim, a redução da qualidade interfere na motivação e no interesse do trabalhador, pelas

atividades que realizam (Kurcgant et al., 2009; Martinato, Severo, Marchand, Siqueira, 2010).

O absenteísmo é uma coisa muito negativa pra gente (S18)

A Categoria Elementos constitutivos do absenteísmo, reuniu, ainda, as US: Insatisfação no trabalho e Consequências do absenteísmo. Estes achados são confirmados na literatura, quando tem em conta que o ser humano no desempenho de uma atividade qualquer, usa de elementos internos e externos (Batista, Vieira, Cardoso, Carvalho, 2005). Os internos integram aqueles que levam à percepção de satisfação, auto valorização e realização pessoal, e os externos estão relacionados aos aspectos do local de trabalho (Castelar, Mordelet, Grabois, 1995).

O trabalho da enfermagem ocorre em meio às convergências e divergências das relações entre trabalhadores e organização. Ainda que, o indivíduo e a organização façam parte do processo de trabalho de modo interdependente e contínua, tendem a criar uma instabilidade de forças nestas relações. Os problemas no trabalho, acrescido dos problemas pessoais produzem uma sensação de impotência e insatisfação (Kurcgant, Melleiro, Tronchin, 2008). Para a organização, o aumento dos custos financeiros ocasionado pelas faltas, pode inviabilizar investimentos nas condições de trabalho.

Assim, a US Insatisfação no trabalho pôde ser resgatada na fala dos enfermeiros coordenadores (S2), (S4), (S12), (S14), (S21) e (S18), estando relacionada às condições que a organização oferece para o desempenho profissional. Estudo revelou a insatisfação profissional mediante à falta de oportunidade de atuação nas áreas de maior identificação (Kurcgant, Melleiro, Tronchin, 2008). As falas a seguir corroboram:

[...] o que eu percebo é que às vezes esse absenteísmo ele é intencional
[...] a pessoa quer mudar de setor [...] quer que o chefe perceba que ela não está feliz [...] quer mudar de horário (S2).

Neste aspecto, estudos abordaram as condições percebidas no trabalho (ambiente físico e social), demandas de serviço e efeitos de alta carga de trabalho como

preditores de absenteísmo (Alves, Godoy, Santana, 2006; Abreu, Simões, 2009; Sancinetti et al., 2009).

Também, a insuficiência de pessoal capacitado para atividades ligadas à saúde e o dimensionamento inadequado do pessoal podem gerar descontentamento, levando ao absenteísmo (Fugulin, Gaidzinski, Kurcgant, 2003; Sancinetti et al., 2009; Umann, Guido, Leal, Freitas, 2011). Estes aspectos são referidos nas falas:

Eu sinto que o absenteísmo está ligado mais à questão diminuição de recursos humanos, aí o funcionário se estressa e falta (S18).

Estudo apontou o estresse como resultante da insuficiência de pessoal e elevada carga de trabalho (Martins, Valente, 2010; Batista, Bianchi, 2006).

Neste contexto, os fatores institucionais que levam o colaborador a faltar ao trabalho e a adoecer foram percebidos, pelos entrevistados, como fatores geradores de insatisfação no trabalho, podendo envolver, também, a falta de motivação para o trabalho, como destacado na fala a seguir.

[...] acho que muito que vem de absenteísmo pode ser desmotivação em relação ao setor (S12).

As Consequências do absenteísmo, como outra US que compõe a Categoria Elementos constitutivos do absenteísmo, aparece explicitada como sendo a percepção de um resultado natural de um fato que tem probabilidade de acontecer, ou seja, um sentimento de prejuízo causado pelo absenteísmo, tanto para o paciente como para o pessoal de enfermagem, no desenvolvimento da assistência, comprometendo a qualidade da assistência. Discursos de (S4), (S14), e (S21) mostram:

[...] as faltas acabam impactando para o paciente e para a equipe inteira (S4).

[...]o absenteísmo é de impacto nas ações de enfermagem (S14).

[...] o absenteísmo mostra a qualidade do serviço e principalmente como a gente enxerga o nosso colaborador (S21).

Na análise de conteúdo das entrevistas, os aspectos de que tratam esta categoria demonstram a relação, nem sempre harmoniosa, de como são vistos os interesses e as intencionalidades do grupo operativo nas relações formais e informais das organizações de saúde. Desse modo, para melhor estabelecer essas relações, deve-se compreender os diversos fatores que contribuem ou não para a falta do colaborador.

As falas dos entrevistados permitiram conhecer as características e consequências do absenteísmo do pessoal de enfermagem, que interferem na qualidade da assistência prestada ao paciente e no desenvolvimento do trabalho do pessoal de enfermagem. Demonstraram percepção de que, o absenteísmo na enfermagem pode desorganizar o trabalho da equipe, trazer graves perturbações à realização do serviço e sobrecarregar os integrantes do grupo que estão presentes, corroborando com Abreu, Simões, (2009) e Martinato, Severo, Marchand, Siqueira (2010).

Este fato remete a refletir sobre ações necessárias para viabilizar a redução do absenteísmo do pessoal.

4.2.2 Categoria: Ações realizadas frente ao absenteísmo

As falas dos enfermeiros coordenadores evidenciaram, no que se refere à Categoria Ações realizadas frente ao absenteísmo, as US Ações de caráter institucional e Ações de caráter profissional.

Emergiram nas falas dos participantes das entrevistas a US Ações de caráter institucional adotada frente ao absenteísmo, que se referem ao conjunto de ações de caráter institucional imediatas, ou seja, as práticas administrativas realizadas pelos enfermeiros coordenadores no momento em que tomam ciência da falta do colaborador, e podem ser resgatadas nas falas:

[...] parar, rever a escala[...] refazer a escala, ver como é que está a demanda, como estão as solicitações (S13).

[...] fazer a conferencia de escala, quem não veio e substituir, cada coordenador faz o seu setorial (S21).

[...] vejo qual o número de paciente que eu tenho e o número de colaboradores que eu tenho [...] se o número de colaboradores é ideal para a quantidade de pacientes [...] remanejo os profissionais conforme a necessidade da escala (S2).

[...] fazer o remanejamento intersetorial ou extrasetorial[...] replanejar os funcionários presentes[...] adequar a equipe que a gente tem no momento (S7).

[...] remanejo o pessoal no momento do trabalho (S19).

Nesta perspectiva, inicialmente, os enfermeiros coordenadores referem analisar a escala de pessoal no que diz respeito ao número e categoria de pessoal disponível e a demanda do atendimento aos pacientes, fazendo correlação e adequação entre estes dois aspectos.

Na sequência das ações, os enfermeiros coordenadores solicitam pessoal de outra unidade para suprir a falta do ausente, conforme depoimentos a seguir:

[...] peço uma ajuda pra outra coordenadora pra poder fazer a cobertura da escala (S2).

[...] entrar em contato com o coordenador de outra área e ver se ele tem disponível um colaborador para atender a minha necessidade naquele momento (S7).

[...] solicitar colaborador nas outras áreas (S9)

[...] pedir ajuda em outro setor pra cobrir a ausência desse colaborador (S11).

[...] deslocar pessoas de outras áreas pra fazer cobertura na minha área, remanejar (S12).

[...] pedir funcionário emprestado nos setores (S13).

[...] entrar em contato com outras coordenadoras de outro setor, se há uma possibilidade de empréstimo de um técnico (S18).

[...] repor através de algum outro setor que talvez esteja mais tranquilo (S22).

Então temos um remanejamento interno em que a gente consegue suprir o absenteísmo (S15).

Após este momento, redistribuem as atividades do dia entre os colaboradores presentes elaborando nova escala diária, como mostram as falas a seguir:

[...] manobrar o que tem no próprio setor, adaptando as atividades dos funcionários daquele dia (S7).

[...] tocar o serviço, o técnico de enfermagem não fica fixo numa sala, precisa dele em outro lugar, a gente tira essa pessoa e coloca para cobrir outra tarefa que precisa ser feita, pra não ter prejuízo na assistência (S18).

[...] adequar ações[...] passar algumas atividades, além do que já fazem na sua rotina[...] É a demanda que vai me definir o tipo de ação frente ao absenteísmo (S17).

Neste contexto, foram consideradas, pelos enfermeiros coordenadores, as seguintes etapas: analisar a escala diária de pessoal no referente ao número e categoria profissional frente à demanda do atendimento promovendo a adequação entre estes dois aspectos; redistribuir as atividades entre os colaboradores presentes fazendo o rodízio de atividades; repassar para outro turno, as atividades passíveis de transferência e refazer a escala solicitando pessoal de outra unidade de serviço para substituir o faltoso, como ações frente à falta de um colaborador.

Estudo que analisou as ações gerenciais dos enfermeiros frente às ausências do pessoal de enfermagem corrobora o resultado desta pesquisa ao evidenciar ações gerenciais como a de verificar, inicialmente, por meio de escala, o número de servidores disponíveis; fazer a convocação de um profissional para substituição do colaborador faltoso e redistribuir as atividades concluindo, ser possível, estabelecer ações programadas em caso de faltas (Parra, Melo, 2004). Este parece ser um ponto de consenso, nestes estudos, podendo integrar um protocolo de ações.

A ação de prorrogar o horário de trabalho do funcionário foi expressa por dois enfermeiros coordenadores e constituiu, também, uma ação de caráter institucional imediata:

[...] estender o horário de um funcionário (S12)

[...] a gente utiliza, às vezes o banco de horas, pede para o funcionário ficar (S18).

Foi apontada a proposta de prorrogar o horário de permanência do colaborador no serviço. Esta ação é considerada como uma ação vantajosa, pois o colaborador já conhece o trabalho e as rotinas da unidade, mas, possui a desvantagem de gerar exaustão pelo excesso de horas trabalhadas. Existem evidências de que o fato de prorrogar o horário de trabalho promove aumento de absenteísmo em razão do estresse físico e emocional (Nyathi, Jooste, 2008). A convocação de um colaborador de outra unidade, pela pouca integração com a equipe, pode não ser aconselhada (Cicolella, 2004).

A US Ações de caráter institucional refere-se, também, às ações adotadas, pelos enfermeiros coordenadores, que levam em consideração o contexto do gerenciamento de recursos humanos, ou seja, ações que podem reduzir, a médio e longo prazo, as taxas de absenteísmo. Estas ações são por eles elencadas como sendo: a troca da falta por folga; permitir que o funcionário solicite, antecipadamente, os dias de folga, mesmo em fim de semana ou feriado, bem como o mês que gostaria de gozar férias. As falas mostram:

[...] deixar um caderno aberto para que eles façam o pedido de folga (S9).

[...] trocar folga (S13).

Fidelizar o funcionário, sendo flexível na realização das escalas, sempre que possível, se ele necessitar de uma troca de folga, uma mudança na escala (S18).

[...] trocar o absenteísmo por troca de folga, férias (S20).

Feriado, Natal, Ano Novo, uma equipe trabalha para a outra descansar (S8).

[...] programar folgas, no final de semana, no feriado, Natal e Ano Novo[...] junto comigo para não ter que faltar, se eu tenho uma funcionária de férias a outra já sabe que é ela quem vai cobrir essas férias (S10).

A este respeito, é recomendado o atendimento das necessidades individuais, como por exemplo, a troca de horário de trabalho solicitado pelo colaborador ressaltando-se, que devem ser consideradas as demandas e determinações do serviço atendendo, assim, às necessidades dos dois pólos (Nyathi, Jooste, 2008).

A solicitação pode ser feita por telefone:

É uma troca de folga[...] aqui eles ligam pra trocar uma folga (E1); [...] ceder uma folga (S6).

Alguns depoimentos apontam para a ação de atender à solicitação do colaborador para mudança de setor, e é demonstrada nas falas a seguir:

[...] tem um sistema interno de remanejamento de oportunidade de recolocação em outras unidades, a gente acaba dando oportunidade para quem realmente tem interesse (S2).

[...] trocar o setor por que não está se identificando com o tipo de paciente (S21).

[...] remanejar esse colaborador que falta para outro setor (S11).

[...] a gente tem uma planilha de remanejamento setorial, e essa planilha fica também visível para todas as gerentes (S1).

Foi considerada, também, a possibilidade de mudanças de horário de trabalho do colaborador, como uma ação de caráter institucional mediata, que pode contribuir como elemento facilitador para as atividades desenvolvidas, pelo funcionário no e fora do trabalho, como mostra a fala:

[...] tentar mudar de horário para que se adaptem à vida fora do trabalho (S21).

Os colaboradores (S9) e (S5) destacaram a possibilidade de elaborar escala semanal, com o pessoal de enfermagem, conforme as falas abaixo:

[...] escala planejada com quase 20 dias de antecedência, passa por todos os colaboradores[...] fazer uma escala semanal, decidida em conjunto com a equipe[...] (S9).

[...] flexibilidade de escala com o funcionário, 15 dias antes eu imprimo a escala do próximo mês, eles olham, a gente pede para evitar faltar e chegar atrasado (S5).

Outras falas mostram a adoção de medidas disciplinares como ação institucional mediata:

Para o colaborador que não traz nenhum documento, falta não justificada, não avisa, não ligou a gente aplica advertência (S1).

[...] se a pessoa falta, não avisa e não traz justificativa, a gente aplica medidas disciplinares (S20).

[...] não deu satisfação porque faltou, a política da casa é você antes de dar uma advertência orientar, reorientar e depois aplicar a advertência (S13).

Os enfermeiros coordenadores apontam para a possibilidade da adoção de medidas punitivas frente ao absenteísmo. Neste aspecto, estudo destaca a importância dos colaboradores conhecerem, formal e antecipadamente, as consequências pelo não comparecimento ao trabalho, que vão desde medidas como advertência oral, escrita, suspensão de pagamento, até demissão (Nascimento, 2003). Quanto aos colaboradores assíduos, estes devem ser compensados, tanto monetariamente como por meio de elogios públicos, aspectos que corroboram com o resultado deste construto.

Estudo investigou o comportamento de liderança dos enfermeiros gerentes em relação aos registros de absenteísmo do pessoal de enfermagem por motivo de doença. Identificaram que a flexibilidade na liderança de enfermeiros gerentes não esteve associada à ausência de doença. A alta eficácia na liderança esteve associada com menos dias e menos episódios de curtas ausências por motivo de doença. A eficácia na liderança não foi relacionada com o número de episódios de longas ausências por motivo de doença. Assim, a capacidade para liderança pode melhorar a gestão de absenteísmo por motivo de doença, a curto prazo (Schreuder et al 2011).

Dois enfermeiros expressaram como propostas para reduzir a taxa de absenteísmo: premiar os assíduos e ter na organização um serviço médico para acompanhamento físico e psicológico do colaborador, como mostra a fala:

[...] a gente vem pensando em premiar os assíduos pra minimizar esse índice que a gente tem hoje, e que gera impacto na assistência, ainda não está elaborado (S11).

A seguir a fala de S15 corrobora a criação de suporte terapêutico para os profissionais (Campos, Juliani, Palhares, 2009).

[...] ter um serviço médico aqui dentro[...] uma das nossas sugestões, um psicólogo pra acompanhamento dos profissionais(S15).

Ainda, tratando-se da US Ações de caráter institucional mediatas, adotadas frente ao absenteísmo, emergiram nos discursos: a adoção de protocolos de registro do número de atestados com Código Internacional de Doença (CID); elaboração de planilhas com o número de funcionários faltosos, período e número de faltas e elaboração de gráficos demonstrativos e monitoramento de planilhas e de relatórios para discussão, com as chefias, sobre os motivos das faltas e remanejar o colaborador para outra unidade de serviço. As falas seguintes mostram:

[...] eu tenho um caderno de protocolo que é institucional, onde a gente protocola e entrega o atestado à secretaria da diretoria [...] Eu faço uma planilha de absenteísmo, onde eu sei naquele mês quantos funcionários faltaram, o período e a quantidade de dias (S5).

Tem o controle de absenteísmo que a gente manda para a diretoria, e eles fazem uma escala lá, tem uma planilha na diretoria, a gente manda os atestados (S4).

Eu tenho uma planilha de atestados médicos e declarações, eu coloco em um gráfico para ver os dias de trabalho, os dias de falta dessa pessoa no ultimo ano e aí tem a porcentagem de atestados (S13).

[...] a gente faz um levantamento dos principais atestados[...] pessoas que mais faltam (S11).

[...] alimento uma planilha onde tem o percentual de aumento de absenteísmo (S2).

[...] fazemos uma escala tipo gráfico, para cada funcionário, fica comigo e, um geral, que tem todos os funcionários (S3).

[...] estou trabalhando em uma planilha o indicador absenteísmo (S11).

Eu uso o indicador de qualidade, nós fazemos um controle dos atestados entregues no mês (S15).

[...] trabalhar em cima de indicadores de produtividade de qualidade (S9)

Também é elaborado e monitorado um prontuário de cada faltoso, com histórico e gráfico contendo os dias da (s) falta (s), a porcentagem e o tipo de falta, conforme as falas:

[...] vai acompanhando, faz um prontuário do funcionário, ter um histórico do colaborador, para saber, como é esse comportamento (S2).

Tem um controle de absenteísmo, toda vez que a pessoa traz o atestado, marca o atestado, encaminha é institucional (S18).

Levantamento do número de atestado por pessoa e levantamento do CID desses atestados (S16).

Neste sentido, estudo propõe a criação de banco de dados para registro de faltas, acompanhamento, avaliação e realização de pesquisas (Costa, Vieira, Sena, 2009).

Um depoente aponta como ação de efeito positivo discutir as ocorrências das faltas com os enfermeiros coordenadores e os colaboradores:

[...] a gente gera um relatório para a gerência que analisa, discute com a coordenação e retorna para o funcionário, para ele entender que existiram conversas prévias, mas ele continua tendo alto absenteísmo (S16).

Na US Ações de caráter profissional que integra a Categoria Ações realizadas frente ao absenteísmo foi considerado o diálogo, a conversa entre enfermeiros coordenadores e colaboradores, para esclarecimento do (s) motivo (s) das faltas, conforme as falas:

[...] informações muito claras no momento da admissão faz com que o colaborador entenda como é o setor e o que o setor espera dele[...] integrar e conscientizar a equipe de enfermagem do papel importante de cada um aqui no trabalho, então você tem esse compromisso[...] trabalho em conjunto, isso facilita a administração de absenteísmo (S9).

Eu sento converso, pergunto por que faltou[...] tentar mostrar a complexidade do cuidado ao paciente oncológico (S4).

[...] é conscientizar as pessoas, orientações verbais, por isso de tempo em tempo eu mostro esses dados para a equipe, falo, olha o absenteísmo está assim e por que[...] eu converso com o colaborador[...] oriento avisar ao enfermeiro ou ao coordenador (S2).

[...] é orientar o profissional, saber o motivo da falta, explicar pra ele que uma ausência acaba prejudicando na escala (S15).

[...] a gente chama o funcionário para uma conversa que não é punitiva, orientações, mais para entender o motivo da falta (S16).

Falar bem claro com o funcionário, ficou doente, não foi ao médico, é falta injustificada (S17).

[...] ouvir o lado pessoal do colaborador, ver a pessoa como um ser humano de um modo geral (S19).

A ação de realizar reunião com os funcionários, analisando as consequências da falta de um profissional em um dia de serviço, aparece nas falas:

[...] fazer reuniões com a equipe de enfermagem, reuniões todo mês (S2).

[...] reuniões por plantões (S9).

[...] fazer reuniões para escutar um pouquinho a equipe, individual, em grupo com os técnicos, escutar um pouquinho o que eles tem pra falar (S15);.

[...] reuniões (S16).

Um depoente promove a reflexão, como uma ação para análise e discussão sobre as faltas dos funcionários utilizando recurso áudio visual:

[...] apresentamos alguns vídeos, para discutir seu lado pessoal e profissional (S15).

Estes depoimentos evidenciam a importância do diálogo para o esclarecimento do motivo das faltas e a realização de reuniões, com os colaboradores, para a análise das consequências da falta de um profissional no andamento do serviço. Estes resultados

apóiam os achados de Appolinário (2008), e acrescentam propostas como a utilização de recurso áudio visual para análise e discussão sobre os motivos das faltas dos colaboradores e encaminhamentos, para atendimento, dos problemas de ordem física e psíquica apresentados pelos funcionários. Este momento, também, favorece o diálogo entre os faltosos e os assíduos, quando compartilham a experiência de ter um funcionário a menos na escala de serviço.

Neste sentido, ao identificar os motivos que envolvem as faltas, colaboradores e chefias, poderão agregar às decisões, as condições que garantem qualidade às ações gerenciais frente ao absenteísmo e consequentemente à assistência a saúde. Os depoimentos apontaram as reuniões como uma ação na qual, os colaboradores assíduos, relatam suas inquietações frente ao aumento da carga de trabalho e ao estresse que as faltas e licenças de colegas acarretam.

Outra ação profissional é a realização de encaminhamentos para atendimento de problemas de ordem física e psíquica dos funcionários, e é encontrada nas falas (S3) e (S2):

[...] fazer encaminhamento para algum serviço especializado se for o caso (S16).

[...] eu encaminhei o funcionário para o medico do trabalho, sinalizei para fazer acompanhamento (S3).

[...] direcionar para um tratamento, um acompanhamento[...] orientar o colaborador a procurar suporte para se tratar se cuidar e prevenir licença [...] (S21).

Os dados qualitativos coletados mediante as entrevistas possibilitaram a identificação de ações gerenciais de enfermeiros coordenadores frente ao absenteísmo do pessoal de enfermagem e ampliou o foco de discussão sobre diferentes aspectos relacionados ao tema.

4.2.3 Categoria: Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo

Os depoimentos dos enfermeiros coordenadores possibilitaram evidenciar, no que se refere à Categoria Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo, a US Ações de impacto positivo de caráter institucional, apontando aspectos das condições de trabalho e a US Ações de impacto positivo de caráter profissional referindo-se à comunicação, conforme quadro 1.

Compondo a US Ações de impacto positivo de caráter institucional, encontram-se as condições de trabalho, apontada nos discursos, como impactando na ocorrência das ausências.

A filosofia do (local do estudo) na questão da humanização é entender o colaborador, porque faltou problemas que está vivendo. [...] refletir sobre os problemas do ambiente de trabalho, investigar, sentar com o colaborador e entender a situação [...] funciona muito, quando você consegue atender a necessidade do colaborador com uma mudança de unidade, de horário, uma folga a pedido, essas ações tem melhorado bastante (absenteísmo) (S21).

Quando o funcionário precisa de folga eu dou a folga, isso diminui o absenteísmo (S4).

[...] você transfere esse colaborador, que falta muito, e ele passa a não faltar. (S6).

Estudo sobre absenteísmo apontou a necessidade de maior flexibilidade nas ações e decisões para redução de absenteísmo conforme referem Nyathi, Jooste (2008). Neste aspecto, os entrevistados do presente estudo corroboram em suas falas com a importância de se manter a ação de flexibilizar a distribuição dos funcionários na escala de serviço de acordo com as necessidades do setor e do trabalhador. Entretanto, outra pesquisa mostrou que ações políticas permissivas apresentaram efeitos negativos no que se refere à redução do absenteísmo (García-Prado, 2006).

As falas referentes ao banco de horas evidenciaram seu uso com o intuito de registrar as horas trabalhadas para compensar o funcionário, no caso de ultrapassar seu horário de trabalho. Estas horas retornam em forma de folgas ou na cobertura de ausência justificada. Estudo mostra evidências de que esta ação promove o aumento do

absenteísmo (e não a redução), em razão do estresse (Nyathi, Jooste , 2008). As falas a seguir mostram:

A gente trabalha com banco de horas (S11), (S19).

[...] cobrir com banco de horas, só que o colaborador tem que trazer uma justificativa (S19).

[...] eles fazem muito banco de horas, o pessoal da manhã estende o seu horário (S4).

[...] tenho na mão é o banco de horas, que é do colaborador administrado pelo gestor (S6).

Estudo aponta o uso de medidas punitivas para os reincidentes, e que não possuem justificativa para faltar ao trabalho (Nascimento, 2003). No presente estudo, uma fala aponta essa ação:

[...] a política da instituição, duas faltas não justificadas, a gente aplica advertência isso reduz um pouquinho (S19).

O absenteísmo interfere diretamente na assistência e no gerenciamento, desorganizando a dinâmica do serviço e gerando insatisfações. Com isso, ocorrem redistribuição das atividades, desgastes e sobrecargas dos trabalhadores presentes, compensação com horas extras, que podem não ser possíveis pela contenção de gastos pela falta de disponibilidade para aumento da jornada de trabalho e ainda o desconhecimento do funcionário remanejado, sobre as tarefas e rotinas no novo setor com pouco entrosamento no grupo (Parra; Melo, 2004).

A adoção de ações como o uso de instrumentos de dimensionamento de pessoal e emprego do Índice de Segurança Técnica (IST) são apontadas nos estudos como redutores de absenteísmo (Rogenski, Fugulin, 2007; Martinato, Severo, Marchand, Siqueira, 2010). Estudo estabeleceu a ação de monitorar carga de trabalho, como de impacto positivo em uma realidade estudada (Rauhala et al., 2007). As falas a seguir corroboram esta idéia:

[...] aumentar o nosso RH, isso acaba motivando mais ainda as pessoas, é muito bom (S22).

[...] mudou a carga horária, então, eu já estou com o quadro com alteração da carga horária: o absenteísmo reduziu (S2).

[...] através da diminuição da carga horária, a equipe consegue desenvolver muito melhor suas atividades e mais motivada (S15).

Silva, Marziale (2000) destacam que os riscos para a saúde relacionados ao trabalho estão na dependência do tipo de atividade profissional e das condições em que se desenvolve esta tarefa. Acrescentam que o hospital é reconhecido, como sendo um serviço de saúde que proporciona as piores condições de trabalho em relação aos demais. Assim, melhorar as condições de trabalho melhoram as taxas de absenteísmo. As falas referendam esta idéia:

[...] viabilizar um transporte para carregar caixas pesadas [...] tentar evitar que eles carreguem peso, caixa com bastante material, assim eles melhoraram o absenteísmo dentro da equipe (S11).

[...] dividir caixas, trabalhar com a questão de ergonomia, foram importantes para eu mostrar essa taxa de absenteísmo, que é pequena (S9).

Na análise das entrevistas, emergiu a US Ações de impacto positivo de caráter profissional, mediante a comunicação. Apolinário (2008) considera que as conversas, mesmo as informais com os funcionários compuseram o conjunto de ações de impacto positivo frente ao absenteísmo. Nelas, podem ocorrer relatos sobre os reais motivos das ausências, melhorando o relacionamento entre funcionário, chefia imediata e grupo, o que possibilita eleger as ações que viabilizam a redução do absenteísmo em uma ação comunicativa. A comunicação, ou seja, ação de transmitir uma mensagem, e eventualmente, acolher outra como resposta, mediante recursos físicos (fala, audição, visão), ou mecanismos técnicos, como por exemplo, símbolos sonoros e/ou escritos, combinada com a participação do pessoal de enfermagem pode ser valorizada pelos enfermeiros e pela organização, sendo própria dos seres humanos (Houaiss, 2001). Os sujeitos do presente estudo também consideram que:

[...] a coordenadora conversa, faz reuniões, explica, passa a produtividade, eles se sentem importantes, isso melhorou bastante também. A aproximação reduziu bastante o absenteísmo (S2).

A ação de efeito positivo frente ao absenteísmo, eu acho que a disponibilidade de comunicação com a gerência (S12).

Procuro conversar bastante com cada enfermeiro, técnico, cada membro da equipe, isso diminui o absenteísmo (S17).

[...] passar a problemática para a diretoria tem nos ajudado[...] eu comecei a chamar ver qual era o motivo, trouxe justificativa bom, não trouxe medida disciplinar; com isso, eu consegui reduzir bastante (S20).

[...] ouvir, entender a particularidade dele [...]orientá-lo corretamente, assim, você consegue reduzir o absenteísmo (S5).

De acordo com Mishima et al (1997), o processo de trabalho gerencial da enfermagem, na dimensão comunicativa envolve a maneira como se dá a negociação nas relações de trabalho com a equipe de saúde e com a comunidade.

A proposta de valorização do funcionário, dar atenção e respeito quando ele chega ao serviço, emergiu nos relatos. Isto implica em visualizar valores positivos dos funcionários, considerando a conduta e o comportamento, com base no que defendem e acreditam. Pode também envolver a valorização pessoal, isto é, o que existe de valores positivos sobre o funcionário e a necessidade desse reconhecimento (Appolinário, 2008). A fala da enfermeira E5 diz:

[...] valorizar o funcionário como pessoa, como profissional[...] assim você consegue reduzir o absenteísmo, mostrando que o papel dele é fundamental dentro do horário de trabalho dele, assim você consegue reduzir o absenteísmo (S5).

Publicações apontam a conversa, o diálogo, a flexibilização da escala, dimensionar adequadamente, e medidas punitivas, como ações adotadas para redução de absenteísmo (Rogenski, Fugulin, 2007; Appolinário, 2008 Martinato et al., 2010). No entanto, outros estudos mostram que a diminuição na taxa de ocupação e adoção de políticas flexíveis podem não promover redução de absenteísmo do pessoal de enfermagem (García-Prado, Chawla, 2006; Sancinetti et al., 2009).

Neste sentido, os enfermeiros coordenadores precisam conhecer, na realidade do serviço de saúde, os setores particularmente, para identificar aspectos determinantes e específicos do aumento de absenteísmo e, assim, implementar ações gerenciais, capazes de promover impacto positivo frente a este evento negativo.

O Relatório Síntese resultante da análise das entrevistas foi adotado como elemento disparador da reunião do Grupo Focal.

RELATÓRIO SÍNTESE DAS ENTREVISTAS

Os dados quantitativos identificados na realidade estudada mostraram que das unidades de serviço pesquisadas em 2010 a U8 mostrou taxas acima de 6,7% ao mês, em onze meses e apenas no mês de outubro mostrou taxa de 1%, ficando abaixo do estabelecido na Resolução COFEN 293/04. A U20 em nove meses, teve taxas acima de 6,7%, e em 3 meses taxas de 6,1%, 5,9% e 5,3%, em conformidade com a referida Resolução; a U19 em oito meses, mostrou taxas superiores ao preconizado, e em 4 meses apresentou taxas inferiores a 6,7%.

Ainda em 2010, a U8 apresentou como taxa de absenteísmo mais baixa 1% e a mais alta 13,9%; a U20 teve como mais baixa 5,3% e mais alta 16,6% e a U19 teve como mais baixa 0% e 18,5% como mais alta. As unidades U1, U10 e U13 apresentaram taxas abaixo de 6,7% em todos os meses do ano de 2010.

Em 2011, a U18 mostrou taxas acima de 6,7% em 8 meses, e em 4 meses 4,7%, 4,6%, 4,2% e 5,4%, ficando abaixo do estabelecido na Resolução 293/04. A U2 em sete meses teve taxas acima de 6,7%, e em 5 meses taxas de 4,1%, 6,1%, 2,7%, 5,3% e 5,1% em conformidade com a referida Resolução; a U21 em 5 meses, mostrou taxas superiores ao preconizado, e em 7 meses apresentou taxas inferiores a 6,7%.

Ainda em 2011, a U18 apresentou como taxa de absenteísmo mais baixa e mais alta 4,2% e 10,5%, respectivamente, a U2 2,7% e 22,2% e a U21 2,5% e 13,1%, respectivamente. Entretanto, as unidades U3, U5 e U10 apresentaram taxas abaixo de 6,7% em todos os meses do ano de 2011.

Os dados qualitativos, coletados mediante entrevistas com os 22 enfermeiros coordenadores de enfermagem resultaram no resgate das Categorias e respectivas Unidades de Significado (US):

CATEGORIA 1 – Elementos constitutivos do absenteísmo

Unidades de Significado (US)

US - Característica de absenteísmo

US – Insatisfação no trabalho

US - Consequências do absenteísmo.

CATEGORIA 2 – Ações realizadas frente ao absenteísmo

Unidades de Significado (US)

US - Ações de caráter institucional

US - Ações de caráter profissional

CATEGORIA 3 - Ações de Impacto positivo frente ao absenteísmo

Unidades de Significado (US)

US - Ações de Impacto Positivo de Caráter Institucional

US - Ações de Impacto Positivo de Caráter Profissional

As U.S Característica do absenteísmo tratam dos motivos, interesses, disposições e necessidades dos profissionais no desempenho das atividades demandadas pela instituição. Foram resgatadas aspectos referentes à saúde do colaborador, acometimentos inesperados, que geram Licenças Saúde, constituindo o princípio da falta, que acarreta perdas de qualidade e de recursos financeiros tanto para o profissional, como para a instituição e para a sociedade com o aumento dos riscos de baixa qualidade da assistência prestada.

Na US Insatisfação no trabalho, os fatores institucionais que levam o colaborador a faltar ao trabalho e a adoecer foram percebidos, pelos entrevistados, e envolve a falta de motivação para o trabalho.

As Consequências do Absenteísmo aparecem explicitadas como sendo um sentimento de prejuízo causado pelo absenteísmo, tanto para o paciente como para o

pessoal de enfermagem, no desenvolvimento da assistência, comprometendo a qualidade da assistência.

As Ações realizadas frente ao absenteísmo incluem as de caráter institucional imediata adotada frente ao absenteísmo, as quais se referem ao conjunto de ações realizadas pelos enfermeiros coordenadores no momento em que tomam ciência da falta do colaborador.

As Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo expressaram à visão e a vivência dos enfermeiros coordenadores sobre as ações que vêm realizando e que possibilitaram a redução do absenteísmo, podendo ser de caráter institucional como as condições de trabalho, e as de caráter profissional consideradas: dar atenção e respeito quando ele chega ao serviço, visualizar e explicitar valores positivos dos funcionários, considerando a conduta e o comportamento, com base no que defendem e acreditam, bem como, a valorização pessoal, isto é, o que existe de valores positivos sobre o funcionário e a necessidade desse reconhecimento.

Na sequência, compondo a análise qualitativa, são apresentados os temas resultantes do Grupo Focal.

4.3 ANÁLISE DAS FALAS RESGATADAS NO GRUPO FOCAL

A análise das falas que emergiram da reflexão com os enfermeiros coordenadores no Grupo Focal resultou na elaboração de duas Categorias: Elementos constitutivos do absenteísmo e Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo, que são apresentadas a seguir com suas respectivas Unidades de Significados.

4.3.1 Categoria: Elementos constitutivos do absenteísmo

A percepção de elementos constitutivos do absenteísmo constitui foco importante para subsidiar ações no sentido de reduzir as faltas ao serviço. Estes elementos podem envolver recursos, subsídios ou informações de caráter institucional e profissional, que permeiam as faltas de pessoal. As US resgatadas nos discursos dos enfermeiros coordenadores definem como elementos constitutivos do absenteísmo as características de

absenteísmo e consequências do absenteísmo, reafirmando os depoimentos encontrados nas entrevistas e fazendo emergir outros aspectos que podem levar à falta do colaborador:

US - Características de absenteísmo

Os relatos dos enfermeiros coordenadores evidenciaram significados de absenteísmo, relacionados à concepção dos tipos, motivos ou causas das ausências.

Assim, de acordo com os discursos dos sujeitos da pesquisa, as faltas identificadas na realidade hospitalar, podem estar relacionadas ao desgaste físico e mental, conforme depoimento:

Nosso hospital é muito diferenciado de outros hospitais, porque o colaborador não tem só uma sobrecarga física, mas também mental, porque ele entra em contato direto com o paciente com a família. Por mais que eles estejam nas reuniões de preparo com a família, a família às vezes não aceita o diagnóstico do paciente, e quem está na linha de frente, no operacional, é o nosso colaborador, o técnico de enfermagem, o enfermeiro, então esse cansaço também tem relação com o cansaço mental do colaborador. A nossa assistência ao paciente oncológico acaba tirando muita energia do funcionário, ele acaba desenvolvendo uma depressão e por sua vez, vai desencadear outras patologias (S6).

Este depoimento mostra a concepção do depoente sobre a classificação do nível de atenção a saúde, no qual, o hospital está inserido, juntamente com os trabalhadores, como sendo o de nível terciário, por se tratar de assistência ao paciente oncológico. Dentre as causas de absenteísmo por Licença Saúde estão o desgaste físico e as desordens psíquicas (Lemos, Rennó, Passos, 2012).

Estudo analisou fatores auto referidos pelo pessoal de enfermagem associados ao absenteísmo por motivo de doença, em três hospitais públicos do Rio de Janeiro. Os trabalhadores que referiram vivenciar mais de um emprego, ter doença osteomuscular e avaliar sua saúde como ruim ou regular, apresentaram taxas mais elevadas de absenteísmo.

Ainda, neste estudo, o absenteísmo foi classificado como nenhum dia, poucos dias (um a nove dias) e muitos dias (> 10 dias). Concluí que diferentes variáveis foram

associadas às duas modalidades de absenteísmo, sugerindo determinação múltipla e complexa dos fatores relacionados ao absenteísmo, que podem ser explicados apenas por problemas de saúde. Dentre os resultados encontrados foram identificadas frequências de absenteísmo por doença de 20,3% e de 16,6% para poucos e muitos dias, respectivamente. (Ferreira, Griep, Fonseca, Rotenberg, 2012).

Os enfermeiros coordenadores representados no Grupo Focal identificaram, ainda, o absenteísmo causado pelos baixos salários e falta de benefícios oferecidos ao colaborador, como mostram as falas a seguir:

Entre faltar em um emprego que paga mais, preferem faltar aqui [...] faltam onde tem menos benefícios, pois preferem perder de onde paga menos (S1).

Deste modo, o discurso mostra que o absenteísmo ocorre na instituição que oferece menores salários e menos benefícios ao funcionário. A desvalorização financeira do profissional da área de saúde pode gerar descontentamento (Martinato et al., 2010; Lemos, Rennó, Passos, 2012). As ausências ao trabalho podem ocorrer por motivos pessoais, dificuldades financeiras e baixa motivação (Appolinário, 2008).

As falas a seguir apontam o número reduzido de pessoal de enfermagem e o absenteísmo prolongado, ou seja, aquele em que a ausência é superior a 15 dias, como fator que leva à sobrecarga de trabalho. Desse modo, propõe-se a reposição do ausente:

Nesse momento estamos vivenciando na unidade de internação, a falta de funcionários, a escala está reduzida, existe o absenteísmo por licença INSS, e quem está no serviço está dando suporte para a gente (S7).

Uma questão é a reposição de vaga, pois estamos contando com o enfermeiro na escala, mas na prática, ele se encontra de licença INSS, então eu não consigo um remanejamento, não consigo repor aquela vaga, o dimensionamento pode até estar certo na teoria, mas o que a gente tem na prática reflete no serviço (S8).

O nosso dimensionamento de pessoal é muito limitado, então ele acaba não contemplando, o grande absenteísmo que temos (S9).

O hospital é de alta complexidade, com uma carga de trabalho muito grande, e esse dimensionamento, sobrecarrega a equipe de trabalho (S3).

Estudos identificaram o Índice de Segurança Técnica (IST) das unidades hospitalares e o correlacionaram com a sobrecarga de trabalho associada ao aumento de Licenças Saúde, quantificando a perda de dias no trabalho devido à carga de trabalho (Sancinetti et al., 2009). Evidenciaram que a variação do IST apontou a importância da realização de avaliações sistemáticas das ausências do pessoal de enfermagem e a identificação das taxas de cada unidade de serviço, como subsídio para avaliação do quadro de pessoal na organização de saúde (Rogenski; Fugulin, 2007).

O IST consiste em um valor adicional de mão de obra para suprir o absenteísmo previsto e não previsto de pessoal. Observa-se, no presente estudo, a necessidade de análise do IST adotado, devendo-se fazer a sua readequação de acordo com as especificidades da instituição, pois de acordo com o depoimento, não atende ao que é preconizado por esse índice de planejamento, podendo propiciar maior uso de horas extras. O depoimento mostra a necessidade de contratação de pessoal de enfermagem para suprir absenteísmo prolongado, prevenindo sobrecarga de trabalho e sofrimento físico e psíquico do profissional (Mello, Buss, Vannuchi et al., 2013).

Achados de um estudo evidenciaram a relação significativa entre carga de trabalho e segurança dos pacientes. Observou-se que o quadro de pessoal, com menos pacientes, apresentou melhores indicadores de qualidade assistencial e gerencial de segurança do paciente (Magalhães, Dall'Agnol, Marck, 2013).

Os relatos apresentaram a jornada de trabalho como causa de faltas:

Nós ainda temos um problema, que são as várias cargas horárias, como 220h, 206h, 180h, sendo um problema, quando a gente se depara com essas faltas, isso reflete no número de folgas para cada funcionário. Por exemplo, no período noturno onde a gente tem um maior número de pessoas com 180h, isso é um diferencial pelo número de folgas. O salário é muito pouco em relação ao do funcionário que trabalha 206h, mas eles falam que é válido (S4).

Gestores, na área de saúde, referem que a jornada não deve ser fixada pelas diretrizes nacionais, devendo ser considerada de acordo com a realidade local e negociada, previamente, entre os trabalhadores (Brasil, 2006).

A literatura aponta aspectos que podem desencadear o absenteísmo, e que constituem riscos provenientes das condições de trabalho a que o pessoal de enfermagem pode estar sendo submetido e que são responsáveis pelo aparecimento de doenças (Lopes, 1996).

Existem, ainda, aspectos que envolvem longas jornadas de trabalho, turnos desgastantes, como o vespertino, noturno, domingos e feriados, rodízios, multiplicidade de funções, tarefas repetidas, e esforço físico.

Estudo argumenta que a jornada de 30 horas é fundamental para fortalecer a enfermagem como profissão da saúde e condições necessárias para a prevenção do cuidado seguro e de qualidade (Pires et al., 2012).

A busca pela definição de uma jornada de trabalho compatível com as características do trabalho de enfermagem já completa 57 anos. A regulamentação do exercício profissional de enfermagem ocorreu com a lei 2604/1955 que teve veto do artigo que estabeleceu a jornada máxima de 30 horas semanais para os trabalhadores de enfermagem. Recentemente, a enfermagem brasileira está buscando a aprovação do projeto de lei 2295/2000, sendo uma reivindicação reconhecida em conferência de saúde, pelos meios de comunicação e por entidades que representam profissionais e usuários dos serviços de saúde (Public Services International, 2010).

A Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde que ocorreu em 1993 em Brasília considerou a jornada de 30 horas semanais como sendo compatível com a natureza da atividade realizada pelos profissionais da área (Public Services International, 2010).

Ainda, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde deliberou a jornada de 30 horas para o setor. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) afirma que esta jornada é a mais adequada para os profissionais e usuários dos serviços, confirmada pela Internacional de Serviços Públicos - ISP, Subregional Brasil, entidade sindical que representa oficialmente os trabalhadores do setor público na OIT em nota de apoio às 30 horas para a enfermagem (Public Services International, 2010).

O inciso XIV, artigo 7º da Constituição de 1988 prevê a jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, que é aplicável ao trabalho de enfermagem em hospitais, reconhecido no decreto 4836 de 09/09/2003, que mudou a redação do artigo 3º do decreto 1590 de 10/08/1995 determinando, como facultativo ao dirigente máximo do órgão ou entidade da administração pública federal direta, das autarquias e fundações federais, autorizar o cumprimento de seis horas diárias e carga horária de 30 horas semanais aos servidores. Dessa forma, baseando-se nesse decreto, o Ministério da Saúde baixou a portaria nº 1281 de 19/06/2006, autorizando a realização de jornadas de trabalho de seis horas diárias e carga horária de 30 horas semanais para os servidores de unidades hospitalares em sua gestão.

O governo federal foi contrário à jornada de 30 horas semanais para a enfermagem, mas o Ministério do Trabalho formalizou apoio ao PL 2295/2000. O Ministério da Saúde autorizou no ano de 2006 a jornada em hospitais sob sua gestão, emitindo, no ano de 2010, nota técnica apoiando a jornada de 30 horas desde que excluídos os trabalhadores de programas governamentais (Brasil, 2010).

Historicamente, a reivindicação de jornadas compatíveis com o trabalho, diz respeito à proteção aos trabalhadores, sendo excluídas intenções de motivar outros vínculos empregatícios (Pires et al., 2012). No entanto, argumentos contrários à jornada de 30 horas semanais referem que a proposta vai resultar no duplo emprego, supondo que os profissionais de enfermagem reivindicam uma jornada menor para assumir um novo emprego. Atualmente, existe o duplo emprego atingindo até 88 horas semanais, correspondendo ao dobro das 44 horas semanais estabelecidas pela CLT. Esta jornada é maior, do que seria, caso a jornada máxima trabalhada, semanalmente, fosse de 30 horas (Pires et al., 2012).

No mês de outubro de 2010 com o empenho das entidades e mobilização da enfermagem, foi incluída a reivindicação de regulamentação da jornada de trabalho na agenda das eleições para a presidência da república, obtendo posicionamento favorável pelos presidentiáveis do segundo turno. Neste contexto, aumentam as possibilidades de aprovação do PL 2295/2000, nessa legislatura (Pires et al., 2012).

Ao se discutir temas sobre recursos humanos, devem ser abordados aspectos relativos ao dimensionamento de pessoal, condições e carga horária de trabalho, por influenciar na produção do cuidado, na satisfação profissional e no absenteísmo de pessoal (Magalhães, Riboldi, Dall'Agnol, 2009).

US - Consequências do absenteísmo:

Nesta US os enfermeiros coordenadores referem a insatisfação no trabalho como consequência de absenteísmo no trabalho, devido ao aumento no tempo exigido para passagem de plantão e aumento da demanda do serviço para cada colaborador presente.

Com o absenteísmo a passagem de plantão requer mais tempo para os colaboradores que ficam, pois até que o remanejamento aconteça, perde-se tempo. E se o colaborador ia assumir quatro pacientes, passa a ter que assumir seis, e ainda terá que permanecer no serviço além do horário para dar conta do trabalho (S5).

O aumento do número de pacientes designados para o profissional de enfermagem implica em aumento das taxas de absenteísmo (Chagas, Ilha, Nicola et al., 2013).

A insatisfação no trabalho envolve aspectos que inviabilizam o atendimento das necessidades e expectativas dos trabalhadores de enfermagem em relação ao seu desempenho pessoal e profissional (Nunes et al., 2010). Neste sentido, apesar de estimulante, o trabalho em ambiente hospitalar apresenta situações desgastantes, atividades insalubres, penosas e difíceis para todos os profissionais, entre os quais, os profissionais de enfermagem.

Assim, a insatisfação surge no momento em que as necessidades e expectativas do trabalhador, com relação ao trabalho não são atendidas. São pontuados fatos, recursos, sentimentos e situações que abarcam a insatisfação pela impossibilidade de ascender na carreira e pela ausência de uma política de provimento de recursos materiais

que impede a realização de uma assistência de qualidade, pelo pessoal de enfermagem, dificultando as atividades no trabalho.

Nesta perspectiva, as especificidades das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem favorecem a sobrecarga física e mental, por serem realizadas em turnos, sob hierarquia e por serem atividades que exigem o enfrentamento de situações de sofrimento. A flexibilidade na escolha das folgas e baixo absenteísmo no trabalho indicam relação com satisfação profissional e flexibilidade institucional. Outro aspecto refere-se ao salário, que quando considerado injusto, devido ao tipo de atividade realizada pelo enfermeiro, impõe limitação na condição pessoal, levando à insatisfação.

As autoras identificaram, ainda, em depoimentos de enfermeiros que, satisfação e insatisfação fazem parte de um mesmo fenômeno, embora, se encontrem em pólos opostos uma da outra e influenciadas pelas experiências positivas ou negativas dos trabalhadores (Nunes et al., 2010).

Constatou-se, também, a existência de duas direções a serem percorridas na compreensão da dualidade satisfação/insatisfação: uma é que os mesmos motivos que conduzem à satisfação poderão ser os de insatisfação, e a segunda é que, o que determina o sentimento de satisfação ou insatisfação é a presença ou ausência de um deles.

Dessa forma, existem elementos que podem atuar tanto como determinantes ou como consequência da satisfação ou ainda podem gerar insatisfação no trabalho. A estabilidade no emprego, salário e benefícios, perspectiva de carreira e oportunidade de desenvolvimento profissional são elementos determinantes na satisfação no trabalho (Marqueze, Moreno, 2005).

4.3.2 Categoria: Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo

As ações de impacto devem reunir atitudes gerenciais que tiveram influência decisiva sobre um determinado evento, neste caso a redução do absenteísmo (Houaiss, 2001).

Assim, a ação de impacto foi expressa pelo agrupamento das Unidades de Significado relativas, à visão e vivência dos enfermeiros coordenadores sobre as ações que vêm realizando e que possibilitaram a redução do absenteísmo, no contexto hospitalar.

Tratando-se de ações frente ao absenteísmo, não há como dissociar as expectativas do profissional e da organização. Assim, além dos conhecimentos teóricos próprios da dimensão técnica, os enfermeiros coordenadores contribuem com as suas concepções e vivências acerca do que cabe à organização e ao profissional para monitorar o gerenciamento do absenteísmo do pessoal de enfermagem.

Desse modo, os depoimentos dos enfermeiros coordenadores possibilitaram evidenciar, no que se refere às ações de impacto positivo frente ao absenteísmo, as US “Ações de impacto positivo de caráter institucional” e as “Ações de impacto positivo de caráter profissional”.

US - Ações de impacto positivo de caráter institucional

A ação consiste em atividade prática regida por uma atitude governativa, surgida de livre intenção e que intervém na realidade concreta. É uma influência decisiva que resulta de uma ação gerencial. No presente estudo, as ações de maior impacto reúnem atitudes gerenciais que tiveram influência decisiva no absenteísmo do pessoal de enfermagem.

Os enfermeiros coordenadores consideraram a ação de adequar o quantitativo de pessoal considerando o tipo de absenteísmo. As falas mostram:

Repor a vaga do funcionário que está afastado pelo INSS, porque o enfermeiro está contando na escala, mas ele está de licença de INSS (S4).

Ter um colaborador para substituir àquele que está de férias, de licença INSS, assim podemos minimizar o impacto do absenteísmo, por que o absenteísmo é alto mesmo (S7).

Adequar o quantitativo e qualitativo de pessoal a demanda do serviço (S8).

Pesquisas evidenciaram a ação de estabelecer o quantitativo de pessoal adequado para cobertura das ausências como medida gerencial para diminuir a ocorrência do absenteísmo (Laus, Anselmi, 2008, Inoue et al., 2008, Abreu, Simões, 2009).

Também foram apontadas ações de monitoramento do absenteísmo mediante o estabelecimento de carga horária única para todos os funcionários.

Controlar o absenteísmo na área. Assim deve padronizar uma carga horária única, como esta sendo em alguns hospitais. 30h já (S7).

Ademais, de acordo com os discursos dos enfermeiros coordenadores, as ações de impacto positivo de caráter institucional envolvem ações como o uso de banco de horas, com o intuito de fazer um registro das horas trabalhadas, para compensar o funcionário, no caso de ultrapassar seu horário de trabalho. Essas horas podem retornar em forma de folgas ou no caso de ausência justificada:

O banco de horas é algo importante no absenteísmo, por que a partir do momento que o colaborador tem banco de horas é por que a gente solicitou para ele ficar além do horário de trabalho (S1).

Assim, quando for solicitada uma folga, devemos compensar as horas trabalhadas com uma folga, essa ação impede que o funcionário pense em faltar por faltar. Ele sabe que vai ter essa folga autorizada, isso faz com que o funcionário acabe não faltando sem comunicar. A folga programada é uma coisa importante que a gente aqui na instituição tem, e reduz bastante absenteísmo (S1).

Nós temos treinamentos e isso acaba gerando banco de horas e o colaborador que vai sair de férias, acaba solicitando vinte dias de férias por questões financeiras e dependendo da quantidade de banco de horas que ele tem, consegue trinta dias de férias. Eu atualmente tenho trabalhado muito bem com essa questão então eu fico tranquila enquanto coordenadora, e o colaborador se sente valorizado e financeiramente é bom para ele, estou tendo uma experiência bem positiva com esse aspecto (S4).

Entretanto, há evidências de que essa ação promove aumento do absenteísmo em razão do estresse resultante das horas trabalhadas (Nyathi, Jooste, 2008).

Também, foi identificada nas falas dos enfermeiros coordenadores a proposta de melhoria de salários e benefícios, bem como a proposição de plano de carreira, cargos e salários para os trabalhadores como ação redutora do absenteísmo de pessoal:

Se o funcionário tiver os benefícios e salários bons ele vai pensar melhor se ele vai faltar ou não. Outro ponto importante é o plano de carreira, cargos e salários. O plano de carreira está sendo formulado, isso estimula. Nós estamos vivenciando a promoção do técnico de enfermagem para enfermeiro assistencial, do enfermeiro assistencial para enfermeiro coordenador e do enfermeiro coordenador para enfermeiro gerente, isso é um diferencial (S2).

O Artigo 27 da Lei de complementação do SUS, Lei 8.080/90 trouxe em seu esboço, a instituição do Plano de Carreiras Cargos e Salários (PCCS) e a determinação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, vetados pelo presidente na época. Com as reivindicações do movimento sanitário e legislativo, passou a fazer parte da Lei complementar 8.142/90 no artigo 4º que, para receberem os recursos de que trata o Art. 3º desta lei, Municípios, Estados e Distrito Federal deveriam contar com uma comissão de elaboração do PCCS prevendo o prazo de dois anos para sua implantação.

A partir do ano de 2003, mediante reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), o tema voltou à pauta nas discussões políticas nacionais, com a criação do Grupo de Trabalho (GT) do Plano de Carreiras, incorporado, à Comissão Especial de Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários no Âmbito do SUS, do Ministério da Saúde, com um prazo de 180 dias para elaboração das diretrizes, remetidas, posteriormente à consulta pública, tendo sido recebidas e sistematizadas as sugestões pertinentes e incorporadas ao documento (Brasil, 2006).

As diretrizes são destinadas aos trabalhadores do Serviço de Saúde e objetivando: orientar a organização dos trabalhadores, em estrutura de carreiras observando os requisitos de valorização e alocação profissional; valorizar os trabalhadores através da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional; estimular a

elaboração de Planos de carreira com estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes; incentivar ações permanentes de qualificação e estabelece o compromisso solidário entre gestores e trabalhadores com a qualidade e profissionalismo na prestação dos serviços públicos de saúde. Nestas diretrizes, a definição do número de cargos que devem estruturar a carreira dos trabalhadores vem apresentando divergências. A aprovação dessas diretrizes em lei tira os trabalhadores de saúde da situação de precarização e para a enfermagem, que conta com um contingente de mais de um milhão de profissionais, possui fundamental importância (Brasil, 2006).

A adoção de medidas flexíveis, no ambiente de trabalho, pode reduzir a ocorrência de absenteísmo de pessoal de enfermagem (Nyathi, Joost, 2008).

Ao funcionário que não tem muitas faltas, muitos atrasos proporcionar vinte dias de férias, e 2 ou 3 dias de banco de horas para que ele retorne das férias contente (S3).

Nós pedimos ao funcionário que trabalhe em um plantão com o compromisso de dar uma folga na escala do mês seguinte, para que entenda que são importantes e que estamos dando um retorno em relação a isso (S6).

Verificar todo o histórico do funcionário, para fornecer horário especial (S2).

Ser muito flexível em relação à escala, se o funcionário precisar sair mais cedo, tenta conciliar (S6).

Uma coisa positiva é a possibilidade de o colaborador trocar de setor, quando solicitar, para melhor adaptação do funcionário (S2).

Estudo analisou o efeito da introdução de um novo sistema de turnos rotativos para reduzir o absenteísmo de enfermagem no Hospital Infanta Margarita em Córdoba (Espanha), em 2011. A novidade deste sistema é que tanto a distribuição do tempo de trabalho, do planejamento e alocação de turnos é realizada de acordo com os desejos dos enfermeiros participantes. Identificou-se que o número total de horas de ausências diminuiu de 5.551 para 3.289 por semestre. Essa estratégia conciliou o horário de trabalho dos enfermeiros com suas atividades pessoais e familiares (Blanca Gutiérrez et al., 2012).

O presente estudo apontou a necessidade de valorização do trabalhador e a flexibilidade sem prescindir das medidas punitivas, quando necessárias. Revisão

integrativa sobre o tema evidenciou que os profissionais de enfermagem possuem a necessidade de serem valorizados e reconhecidos pelo seu trabalho (Melo, Barbosa, Souza, 2011).

Precisa valorizar o profissional, precisa ser flexível, mas ao mesmo tempo precisa ter punições claras para as pessoas que não cumpriram as regras (S3).

A pessoa que tem mestrado e doutorado precisa ganhar mais do que o recém formado, então é uma cadeia de ações que precisam acontecer para que lá na frente você comece a ver um resultado (S5).

Estudo apontou como ação para redução de absenteísmo, estabelecer a organização do serviço e dar suporte terapêutico para os profissionais corroborando o presente estudo (Abreu, Simões, 2009).

Os depoimentos a seguir apontam propostas que envolvem o acompanhamento da saúde física e mental do trabalhador, juntamente com o serviço de medicina do trabalho.

Ter um programa com um suporte para trabalhar o lado emocional, o profissional às vezes trabalha em dois empregos, a pressão no trabalho, tem muita carga negativa de sofrimento, acompanhar para que não chegue a um grau muito avançado de depressão ou sofrimento emocional. Avaliar a parte psicológica e emocional (S9).

Ter convênio médico, pois o nosso sistema de saúde é complicado e o funcionário precisa, de um simples ginecologista e às vezes não consegue. Um convênio médico ou ser tratado em um serviço com qualidade como a nossa (S7).

A medicina do trabalho deveria fazer um trabalho preventivo, ela tem mais condições de marcar uma consulta para o colaborador (S3).

Oferecer ao funcionário o serviço de psicologia que a instituição oferece (S6).

US - Ações de impacto positivo de caráter profissional

Esta US integra a comunicação entre a chefia e o pessoal para esclarecimento do (s) motivo (s) das faltas.

Comunicar é o processo de participar informações de pessoa para pessoa mediante a fala, a escrita, uso de imagens e sons, buscando gerar conhecimentos. Envolve a troca e entendimento de informações por meio de sistemas simbólicos (Santos, Bernardes, 2010).

O modo de organização do trabalho produz interferência na qualidade da comunicação entre os profissionais. No Modelo Funcional a comunicação procede segundo a escala hierárquica e visa o cumprimento de ordens e tarefas.

De modo paradoxal, nos modelos gerenciais contemporâneos, relacionados às estruturas flexíveis, descentralizadas e aliadas à responsabilização dos interessados, deve-se pensar em menor intensidade na comunicação vertical e, de modo prioritário na comunicação horizontal ou lateral, estimulando este processo tanto entre os membros de uma unidade como na relação com outras unidades de serviço (Bernardes et al., 2007). Assim, o ato de comunicar facilitado promove a interação pessoal, tornando-a agradável e produtiva. A organização passa a ser um grande sistema de processamento de informações, melhorando a possibilidade de uso das capacidades individual, coletiva e setorial, devido à disponibilidade de informações (Motta, 2007).

Para que o processo comunicativo seja aplicado de forma clara e eficiente, o enfermeiro deve ser criativo, engenhoso e, principalmente, capaz de escutar possibilitando, aos trabalhadores, fazer valer todo seu potencial na realização de suas atividades, obtendo como resultado o entendimento da informação e acima de tudo, a motivação e cooperação no serviço (Santos, Bernardes, 2010). As falas corroboram:

A gente tem uma filosofia aqui de escuta, de orientação, de tentar todas as possibilidades.

Compartilhar muitas informações com os funcionários, observar o caderno de folga, o que eles anotam, tentando beneficiar da melhor maneira possível, dando uma folga a mais para que fiquem motivados (S5).

Restabelecer o processo de comunicação, todas nós conhecemos cada um deles, sabemos qual é o colaborador que não tem comprometimento e o que tem (S4).

Eu falo para o colaborador eu sinto prazer em trabalhar aqui no (local a pesquisa), eu cheguei desde a inauguração, vi tudo crescendo, as pessoas chegando, então hoje eu tento transmitir isso para eles. Há cinco anos, quando cheguei não tinha uma cadeira aqui dentro e olha hoje como está,

e eu sinto que eu consigo passar para eles um pouquinho do meu prazer de estar aqui dentro (S4).

O trabalho possui grande importância na vida dos indivíduos, por isso convém tornar possível a expressão das concepções e subjetividades dos trabalhadores, não impedindo a participação destes no planejamento e organização do trabalho, como demonstrado nas falas a seguir:

Trabalhar com o colaborador, e trazer um pouco essa discussão para eles também, (para) eles terem ideia de como está o absenteísmo da instituição, porque eles acham que as pessoas faltam no dia a dia, a gente acaba sabendo, ficou doente, foi ao médico, de repente ter um fórum de discussão com a equipe e levar um pouco dessa responsabilidade para eles e a gente pode refletir como a gente está refletindo aqui esses aspectos, essa seria uma questão interessante porque às vezes eles não se dão conta. Uma questão muito positiva é a gente envolver o colaborador no que a gente está passando no dia a dia (S8).

Envolver a equipe, fazendo entender o problema isso é muito importante, e no final do dia, naquele plantão pesado, dizer parabéns, eu acho isso muito bom, a gente tem vivenciado isso, fazer com que o colaborador entenda e participe do problema e que aquele dia foi positivo porque houve trabalho em equipe e reconhecimento (S5).

A comunicação se apresenta inserida a processos gerenciais com interface no exercício da liderança. Assim, pode ser considerada, um recurso para um bom resultado da liderança exercida pelo enfermeiro, permitindo-lhe desempenhar ações mediante interação com o cliente, pessoal de enfermagem, equipe médica e instituição, objetivando a melhoria da qualidade da assistência prestada (Galvão, Sawada, Corniani, 2000).

Para o sucesso da liderança, a comunicação se torna indispensável, por permitir ao enfermeiro se aproximar do pessoal de enfermagem e demais profissionais com a intenção de entender as atividades executadas, partilhar concepções e visões, criar dependência mútua para o avanço do trabalho entre equipes (Simões, Fávero, 2003).

Deste modo, no tempo em que as informações são compartilhadas, aproximam os trabalhadores dos aspectos que envolvem o processo de trabalho, prevenindo sofrimento e promovendo prazer e bem estar no trabalho (Almeida, Pires, 2007).

As falas a seguir apontam a ação de realizar palestras, abordando temas que integrem a valorização profissional:

Eu acho que a palestra confiança é uma ação de impacto positivo porque você enquanto coordenador dizer ao colaborador, que confia nele, leva o colaborador a refletir, será que em outros hospitais ele já ouviu isso (S2).

Estudo mostrou como possibilidade para minimizar o enfretamento dos enfermeiros, propiciar maior diálogo entre o grupo de diferentes níveis hierárquicos, mediante reuniões formais e informais, favorecendo maior e melhor comunicação. Esta ação permite a formação de vínculo, de confiança, tolerância, troca de informações, ajuda bom humor e cordialidade (Corradi, Zgoda, Paul, 2008).

Considerando seu desempenho importante e visualizando que os seus objetivos e os da instituição se aproximam, a pessoa pode cultivar o desejo de se manter como integrante da organização, desempenhando as atividades profissionais em concordância com as metas institucionais (Robins, 2005).

Os discursos evidenciaram ações de caráter profissional, mostrando a importância do diálogo para o esclarecimento do motivo das faltas, e a realização de reuniões com os funcionários analisando as consequências da falta de um profissional para o andamento do serviço. Estes resultados apóiam os achados de estudos anteriores e acrescentam iniciativas como encaminhamentos para atendimento dos problemas de ordem física e psíquica apresentados pelos funcionários (Appolinário, 2008).

Neste sentido, ao identificar os motivos que envolvem as faltas, funcionários e chefias, poderão agregar ou encaminhar para serem agregadas, as condições que garantam qualidade nas ações gerenciais frente ao absenteísmo e consequentemente à assistência à saúde.

Pensa-se que, com a comunicação pode-se, apenas, passar informações, mas sem dúvida também constitui um instrumento de negociação para esclarecimento e interpretação de uma situação vivida, possibilitando a escolha da melhor conduta frente à

situação identificada, bem como, uma tentativa construtiva de melhorar as condições do relacionamento interpessoal e de trabalho.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

No presente estudo em 2010 e 2011, das seis unidades que apresentaram as mais altas taxas de absenteísmo, três são Unidades de Terapia Intensiva. No entanto, foram evidenciadas, também, taxas elevadas em unidades como CME, ambulatório e de internação.

Dentre as unidades com as mais baixas taxas de absenteísmo, duas são de hemodiálise, uma unidade transfusional, um laboratório, uma de hematologia e um ambulatório clínico.

Estes dados parecem chamar atenção para as especificidades locais que podem propiciar a diminuição ou aumento das taxas de absenteísmo, em conformidade com a Resolução 293/04 de até 6,7% ao mês.

Foram identificadas como características do absenteísmo, às faltas imprevistas, ou seja, às ausências não justificadas e as relacionadas à saúde do colaborador, como os acometimentos inesperados, que geram Licenças Saúde (LS), que predispõem ao aumento de absenteísmo devido ao desconforto produzido pela diminuição de pessoal para o trabalho, que ocasiona estresse e aumento na ocorrência de faltas.

Quanto à insatisfação no trabalho pôde ser resgatada na fala dos enfermeiros coordenadores aspectos relacionados às condições que a organização oferece para o desempenho profissional, como insuficiência de pessoal para atividades ligadas à saúde, e dimensionamento inadequado do pessoal, ocasionando a falta de motivação para o trabalho, gerando absenteísmo.

Uma fala reforça a possibilidade de insatisfação no trabalho pelo colaborador, e se refere aos aspectos, pontuais ou não, que envolvem o setor de trabalho, cabendo, inicialmente ao enfermeiro coordenador, elucidar esses pontos; em seguida, questionar-se sobre em que frequência ocorre a solicitação de mudança deste ou daquele setor; indagar de forma minuciosa o conjunto de características que estejam propiciando o desejo do colaborador por mudança, e proceder à decomposição desses elementos, possibilitando a reconstrução, material ou outra, apontada pelos interessados deste espaço ou unidade.

As consequências do absenteísmo aparecem explicitadas como sendo a percepção de um resultado natural de um fato que tem probabilidade de acontecer, ou seja, um sentimento de prejuízo causado pelo absenteísmo, tanto para o paciente como para o pessoal de enfermagem, no desenvolvimento da assistência, comprometendo a qualidade da assistência.

As falas dos enfermeiros coordenadores evidenciaram a realização de ações de caráter institucionais imediatas e mediatas e as de caráter profissional.

Dentre as ações de caráter institucional imediata, os enfermeiros coordenadores referem:

- analisar a escala de pessoal no que diz respeito ao número e categoria de pessoal disponível e a demanda do atendimento aos pacientes, fazendo correlação e adequação entre estes dois aspectos;
- solicitar pessoal de outra unidade para suprir a falta do ausente;
- redistribuir as atividades do dia entre os colaboradores presentes elaborando nova escala diária;
- repassar para outro turno, as atividades passíveis de transferência;

Como ações de caráter institucional mediata os enfermeiros coordenadores referem:

- trocar a falta por folga, permitindo que o funcionário solicite, antecipadamente, os dias de folga, mesmo em fim de semana ou feriado, bem como o mês que gostaria de gozar férias;
- possibilitar a elaboração da escala semanal, com o pessoal de enfermagem;
- adotar medidas disciplinares;
- adotar protocolos de registro do número de atestados com Código Internacional de Doença (CID);
- elaborar planilhas com o número de funcionários faltosos, período e número de faltas e elaboração de gráficos demonstrativos e monitoramento de planilhas e de relatórios para discussão, com as chefias, sobre os motivos das faltas;
- remanejar o colaborador para outra unidade de serviço;

Como ações de caráter profissional realizada frente ao absenteísmo foram consideradas:

- o diálogo, ou seja, a conversa entre enfermeiros coordenadores e colaboradores, para esclarecimento do (s) motivo (s) das faltas;
- realizar reunião com os funcionários, analisando as conseqüências da falta de um profissional em um dia de serviço;
- promover a reflexão, como uma ação para análise e discussão sobre as faltas dos funcionários utilizando recurso áudio visual;
- realizar encaminhamentos para atendimento de problemas de ordem físico e psíquico dos funcionários.

Os depoimentos dos enfermeiros coordenadores possibilitaram evidenciar, no que se refere às ações de impacto positivo de caráter institucional, aspectos das condições de trabalho:

- manter a ação de flexibilizar a distribuição dos funcionários na escala de serviço de acordo com as necessidades do setor e do trabalhador.
- usar o banco de horas com o intuito de registrar as horas trabalhadas para compensar o funcionário, no caso de ultrapassar seu horário de trabalho. Estas horas retornam em forma de folgas ou na cobertura de ausência justificada;
- usar medidas punitivas para os reincidentes, e que não possuem justificativa para faltar ao trabalho.
- adotar instrumento de dimensionamento de pessoal e emprego do Índice de Segurança Técnica (IST) como redutores de absenteísmo.

A ação de impacto positivo de caráter profissional apontada foi à comunicação.

Ainda, expressaram como propostas de melhoria para reduzir a taxa de absenteísmo:

- compensar os colaboradores assíduos, tanto monetariamente como por meio de elogios públicos;
- premiar os assíduos;

- ter na organização um serviço médico para acompanhamento físico e psicológico do colaborador.
- valorizar o funcionário, dando-lhe atenção e respeito quando chega ao serviço.
- discutir as ocorrências das faltas com os enfermeiros coordenadores e os colaboradores.

Os enfermeiros coordenadores representados no Grupo Focal identificaram, ainda, o absenteísmo causado pelos baixos salários e falta de benefícios oferecidos ao colaborador. Deste modo, o discurso mostra que o absenteísmo ocorre na instituição que oferece menores salários e menos benefícios ao funcionário. Apontaram o número reduzido de pessoal de enfermagem e o absenteísmo prolongado, ou seja, aquele em que a ausência é superior a 15 dias, como fator que leva à sobrecarga de trabalho.

O depoimento mostra a necessidade de contratação de pessoal de enfermagem para suprir absenteísmo prolongado, prevenindo sobrecarga de trabalho e sofrimento físico e psíquico do profissional.

Os enfermeiros coordenadores referiram à insatisfação no trabalho como consequência de absenteísmo no trabalho, devido ao aumento no tempo exigido para passagem de plantão e aumento da demanda do serviço para cada colaborador presente.

No que se refere às ações de impacto positivo de caráter institucional, os enfermeiros coordenadores consideraram a ação de adequar o quantitativo de pessoal considerando o tipo de absenteísmo. Também foram apontadas ações de monitoramento do absenteísmo mediante o estabelecimento de carga horária única para todos os funcionários.

Às ações de impacto positivo de caráter profissional envolvem a realização de palestras, abordando temas que integram a valorização e confiança no profissional.

Foi identificada nas falas dos enfermeiros coordenadores a proposta de melhoria de salários e benefícios, bem como a proposição de plano de carreira, cargos e salários para os trabalhadores como ação redutora do absenteísmo de pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se neste estudo validar, em uma realidade concreta, o evento absenteísmo como indicador de qualidade do gerenciamento do pessoal de enfermagem, considerando a importância das ações da chefia imediata na resolução da alta taxa de absenteísmo do pessoal de enfermagem.

De acordo com os objetivos propostos são apresentadas as taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem, onde os enfermeiros coordenadores de um hospital especializado desenvolvem suas atividades laborais. Nesse convívio, através do acúmulo de vivências, experiências e conhecimento da profissão tiveram oportunidade de expressar, através da linguagem e, mediante a técnica da Entrevista e Grupo Focal percepções, valores, crenças e visões, que internalizaram sobre os elementos constitutivos do evento absenteísmo; ações que tem adotado frente ao absenteísmo e as ações e decisões, de impacto positivo, adotadas frente ao absenteísmo. De posse destes resultados buscou-se desenvolver consenso grupal e propor ações e decisões gerenciais de impacto positivo frente ao evento absenteísmo, na unidade hospitalar.

Ainda, para esta realidade concreta foram adotados os aportes teóricos relativos ao tema. O levantamento dos dados quantitativos permitiu identificar a ocorrência das altas e baixas, taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem nas unidades pesquisadas, tomando-se com base a taxa de 6,7%, preconizada pela Resolução COFEN 293/04. Os dados apresentados neste estudo apontam predomínio para o de baixas taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem nos meses de outubro e novembro. As taxas mais altas foram identificadas nos meses de janeiro e dezembro.

Resultados do presente estudo corroboram resultados de estudos que atribuem a maior ocorrência de falta, às especificidades de algumas unidades, caracterizadas por maior exposição dos profissionais a desgastes físicos e mentais, como as unidades de tratamento intensivo, que atendem pacientes graves com alta dependência de cuidados.

As técnicas da Entrevista Semiestruturada e do Grupo Focal direcionaram a construção do conhecimento empírico, possibilitando identificar os significados de absenteísmo segundo a concepção dos enfermeiros coordenadores.

Deste conhecimento foi apreendida diversidade de percepções e de descrições sobre o absenteísmo para estes depoentes, denominados, neste estudo como “Elementos constitutivos do absenteísmo”, “Ações realizadas frente ao absenteísmo” e “Ações de impacto positivo frente ao absenteísmo”.

Os Elementos constitutivos do absenteísmo foram descritos como sendo Características do absenteísmo, Insatisfação no trabalho e Consequências do absenteísmo, subsidiando a adoção de ações de impacto positivo frente ao evento, reduzindo as taxas de absenteísmo nas unidades do serviço.

Nos Elementos constitutivos do absenteísmo, expresso pelos enfermeiros coordenadores é feita uma correlação positiva entre a(s) característica(s) (causas/motivos) do absenteísmo e as altas taxas de absenteísmo do pessoal de enfermagem, bem como os aspectos relacionados à saúde do trabalhador, envolvendo as licenças saúde e o aumento da ocorrência do absenteísmo.

As ações realizadas pelos enfermeiros coordenadores frente ao absenteísmo, embora percebidas como demandas e necessidades tanto dos trabalhadores como da organização, são efetivadas como decisões em âmbito de governabilidade local, próprio de cada unidade de serviço. O encaminhamento e monitoramento das demandas dos trabalhadores para agentes organizacionais de níveis decisórios de maior governabilidade não são por elas considerados.

Este fato chama atenção, uma vez que grande parte dos motivos/causas do absenteísmo, não podem ser gerenciados, e principalmente resolvidos, apenas pelos agentes de âmbito decisório das unidades de serviço.

São realizados encaminhamentos para atendimento de problemas pessoais, no entanto, existem encaminhamentos de caráter institucional que precisam ser direcionados aos agentes organizacionais com maior poder decisório e governabilidade, como: a elaboração do Plano de Carreira Cargos e Salários; revisão de benefícios e salários; estabelecimento da jornada de trabalho única e ter funcionário para cobrir o absenteísmo pelo INSS, que podem influenciar nas taxas de absenteísmo de pessoal de enfermagem.

Os achados do presente estudo contribuem para a compreensão do evento absenteísmo, com proposição de ações, que diminuem o índice de absenteísmo, consideradas as especificidades do contexto.

Apesar da relevância dos resultados apresentados, devem ser consideradas as limitações do estudo referente à complexidade e subjetividade que envolve o tema em foco e a restrição do cenário, sendo em apenas uma organização.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abreu RMD, Simoes ALA. Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino. *Cien Cuidado e Saúde*. 2009;8(4): 637-44.

Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007 [cited 2010 jun 24];9(3):617-29. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>.

Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Ed. Cortez; 1997. P.15-26.

Alves D, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(2):195-200.

Appolinário RS. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. *R Enferm UERJ*. 2008; 16(1):83-7.

Azzolin GMC. Processo de trabalho gerencial do enfermeiro e processo de enfermagem: a articulação na visão de docentes. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

Barbosa DB, Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Latino-Am Enferm*. 2003; 11(2):177-83.

Batista JM. Afastamento por licença-saúde, readaptação funcional e sua implicação no gerenciamento de enfermagem [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2008.

Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2013 feb. 17];14(4):534-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a10.pdf>.

Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NCS, Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):85-91.

Bernardes, A, Cecílio LCO, Nakao JRS, Évora YDM. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12(4): 861-70.

Blanca Gutiérrez JJ, del Rosal Gozales A, Gonzales Ábalos Mde L, Aceituno Herrera A, Martín Afán de Rivera JC, Arjona Gonzáles A. Effect of the introduction of “on demand” nursing shifts on hours of absenteeism. *Gac Sanit*. 2012;26(5): 480-2.

Bulhões I. Enfermagem do trabalho. Rio de Janeiro: Ideas; 1986.

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações sociais. Brasília: MARE; 1997. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, 2). Lei n. 9637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sócias, e da outras providências [Internet]. Brasília; 1998 [citado 2011 out. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/1648-7.htm.

Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Oferta de qualificação é necessária para melhorar a atenção à saúde. Formação, Brasília; 2001, v.1, p. 7-12.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.648/2006. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica 334/2010. Brasília; 2010.

Campos EC, Juliani CMC, Palhares VC. O absenteísmo da equipe de enfermagem em unidade de pronto socorro de um hospital universitário. Rev Eletrônica de Enferm [Internet]. 2009 [citado 2011 mai. 24]; 11(2): 295-302. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista>.

Carneiro TM, Fagundes NC. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. Rev. Enferm. UERJ. 2012; 20(1):84-9.

Castanheira ERL. A gerência na prática programática. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 222-223.

Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro: ENSP; 1995.

Castro I, Bernardino E, Ribeiro ELZ. Absenteísmo na enfermagem em UTI neonatal: perfil do profissional e motivos das ausências. Cogitare Enferm. 2008; 13(3): 374-79.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 7ª; 2005.

Chagas MCS, Ilha S, Nicola GDO, Xavier DM, Gomes GC, Lemes RA. Causas e consequências de absenteísmo por profissionais de enfermagem: abordagem reflexiva. Revista de Enfermagem UFPE. 2013; espe 7(12):7190-4.

Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2000; 53 (n. especial): 143-147.

Ciampone MHT, Kurcgant P. O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. *Rev Bras Enferm.* 2004; 57 (4): 401-7.

Cicolella DA. Ausência ao trabalho pela equipe de enfermagem relacionada a distúrbios psíquicos menores. Porto Alegre. 2004. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Resolução COFEn-293, de 21 de setembro de 2004, que fixa e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Disponível em <http://www.corensp.org.br> Acesso em: 10 de jul. 2012.

Corradi EM, Zgoda LTRW, Paul MFB. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2008; 13(2): 184-93.

Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1): 38-44.

Estorce TP, Kurcgant P. Licença médica e gerenciamento de pessoal de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45 (5): 1199-1205.

Fakih FT; Tanaka LH, Carmagnani MIS. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Acta paul. Enferm.* 2012; 25(3): 378-385.

Felli VE. A. A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem [Tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.1-12.

Ferreira RC; Griep RH, Fonseca MJM da, Rotenberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Publica.* 2012; 46(2): 259-268.

Ferreira EV, Amorim MJDM, Lemos RMC, Ferreira NS, Silva FO, Laureano Filho JR. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital Universitário do Estado de Pernambuco. *Rev Rene.* 2011; 12(4):742-9.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

- 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.
- Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.
- Gaidzinski RR, Lima AFC, Soares AVN, Fugulin FMT, Sancinetti TR, Castilho V. Gestão de pessoal de enfermagem e o Sistema de Assistência de Enfermagem. In: Gaidzinski RR, organizadora. *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- 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, 2010.
- Galvão CM, Sawada NO, Castro AP, Corniani F. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2000; 8(5):34-43.
- García-Prado A, Chawla M. The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. *Oxford*. 2006; 21(2): 91.
- Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2006.
- Giomo DB, Freitas FCT, Alves LA, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17(1):24-9.
- Griep RH, Rotenberg L, Chor D, Toivanen S, Landsbergis P. Beyond simple approaches to studying the association between work characteristics and absenteeism: combining the DCS and ERI models. *Work & Stress*. 2010; 24(2): 179-95.
- Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2925p.
- Inoue KC, Matsuda LM, Silva DMPP da, Uchimura TT, Mathias TAF. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2008 [cited 2014 abr. 07]; 61(2): 209-214. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200010>.
- Johnson CJ, Croghan E, Crawford J. The problem and management of sickness absence in the NHS: considerations for nurse managers. *J Nurs Manag*. 2003;11(5):336-342.

- Kurcgant P, Melleiro M, Tronchin DMR. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(5): 539-44.
- Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM, Castilho V, Machado VB, Pinhel I, Siqueira VT, Silva MF. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(Esp 2):1168-73.
- Laus, AM, Anselmi ML. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. *Rev Esc Enferm.* 2008; 42(4): 681-89.
- Leitão RER, Kurcgant P. Qualidade na prática gerencial da Enfermagem. Niterói: Intertexto; 2004.
- Lemos MCL, Rennó CO, Passos JP. Satisfação no trabalho da Enfermagem em UTI. R. pesq.: cuid. Fundam. [Internet] 2012 [citado 2014 abr 7];4(4): 2890-00. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2179/pdf_630.
- Lopes GT, Spindola T, Martins ERC. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais: estudos preliminares. *Rev. Enfermagem UERJ.* 1996; 4(1): 9-18.
- Lourenço MR, Trevizam MA. Líderes da enfermagem brasileira – sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2001; 9(3):14-9.
- Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho na equipe de enfermagem e segurança do paciente-estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21 (spec):[09 telas].
- Magalhães AMM, Riboldi CO, Dall'Agnol CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(4):608-12.
- Maltez JA. Absentismo. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://maltez.info/respublica/topicos/aalettraa/absentismo.htm>. Acesso em: 7 abr. 2014.
- Manetti ML, Marziale MHP. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia.* 2007; 12(1): 79-85.
- Marconi MA; Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- Marqueze EC, Moreno CRC. Satisfação no trabalho: uma breve revisão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* 2005;30(112):69-79.

- Martinato MCNB, Severo DF, Marchand EAA, Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Gaucha Enferm.* 2010; 31(1):160-6.
- Martins CC, Valente GSC. A interferência do estresse na saúde ocupacional do enfermeiro que atua em emergência hospitalar. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2010 [citado 2013 fev. 17];4(2):533-8. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/697/pdf_31.
- Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(4):[09 telas].
- Mello BLD, Buss AAQ, Vannuchi MTO, Haddad CL, Vituri DW. Horas extras em enfermagem: além do absenteísmo não previsto. *Rev enferm UFPE [Internet]*. 2013 [citado abr.13];7(10): 5985-95. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>.
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2012.
- Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. 1 ed. São Paulo: Cortes, 1997; p. 251-96.
- Mota NVVP, Melleiro MM, Tronchin DMR. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato de experiência do Programa Qualidade Hospitalar. *RAS.* 2007; 9(34): 9-15.
- Motta PRM. Dificuldades e Possibilidades da Administração Pública nos últimos 70 anos. *Revista do Serviço Público.* 2007; (II): 19-27.
- Nascimento GM. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do Município de Ribeirão Preto – SP [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP); 2003.
- Nunes CM, Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010; [citado abr.14];12(2):252-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7006>.

- Nyathi M, Jooste K. Working conditions that contribute to absenteeism among nurses in a provincial hospital in the Limpopo Province. *Curationis*. 2008;31(1): 28-37.
- Parra MT, Melo MRA. Ações administrativas do enfermeiro frente ao absenteísmo. *Esc. Anna Nery R Enferm*. 2004; 8(1); 29-37.
- Parra MT. Ações administrativas dos enfermeiros, diante do absenteísmo na enfermagem em um hospital universitário. [dissertação]. Ribeirão Preto - (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(1): 103.
- Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2003;1(1):75-91.
- Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil, 2ª Ed. São Paulo: Annablume, 2008. p.159-203.
- Pires D, Lopes MGD, Silva MCN, Lorenzetti J, Peruzzo SA, Bresciani HR. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. *Enfermagem em Foco*. 2011; 1(3):114-118.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Tradução: Ana Thorell. 5.ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.487p.
- Prado-Garcia A, Chawla M. The impact of hospital management reformson absenteeism in Costa Rica. [Health Policy and Planning](#). 2006; 21(2): 91p.
- Public Services International Sub Regional Brasil. Ao Congresso nacional: 30 horas já! São Paulo: 2010.
- Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. Compromisso Qualidade Hospitalar (CQH) 2.ed. São Paulo: APM/CREMESP, 2012. 60p.
- Rauhala A, Kivimaki M, Fagerstrom L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J, et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses?Evidence from the RAFAELA patient classification system. *J Adv Nurs*. 2007;57(3): 286-95.
- Reis RJ, Rocca PFL, Silveira AM, Boniella IML, Giné AN, Martín M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(5): 616-23.

Riboldi CO. Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Robbins SP. Comportamento organizacional. São Paulo: Pearson Prendice Hall; 2005.

Rogenski KE, Fugulin FMT. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. Rev Esc Enferm. USP. 2007; 42(4): 683-89.

São Paulo (Estado). Lei complementar n. 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. [legislação na internet]. São Paulo; 1998 [citado 2011 out. 20]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/1998/lei%20complementar%20n.846,%20de%2004>.

Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43 (Esp 2): 1277- 83.

Sancinetti TR, Soares AVN, Lima AFC, Santos NC, Melleiro MM, Fugulin FMT et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2011 [citado 2014 abr.7]; 45(4):1007-1012. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/.

Santos MC, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. Rev. Gaucha Enferm.), 2010; 31(2):359-66.

Schreuder JÁ, Roelen CA, Van Zweeden NF, Jongsma D, Van der Klink JJ, Groothoff JW. Leadership effectiveness and recorded sickness absence among nursing staff: a cross-sectional pilot study. J Nurs Manag. 2011; 19(5): 585-95.

Silva DMPP, Marziale MHP. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. Ciênc Cuid Saúde. 2006; 5(supl):166-172.

Silva, DMPP, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Acta Sci Health Sci. 2003; 25(2): 191-7.

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

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

Simões ALL, Fávero NO. Desafio da liderança para o enfermeiro. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2003;11(5).

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3): 507-514.

Umann J, Guido LA, Leal KP, Freitas EO. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(1):184-190.

APÊNDICES

APÊNCIDE A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP - EEUSP)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 07 de outubro de 2010.

Ilm.^a Sr.^a

Andréa Rodrigues Passos

Ref.: Processo nº 965/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Percepção de enfermeiras gerentes sobre o absenteísmo em ambiente hospitalar”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita da Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos.

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Andréa Rodrigues Passos, RG: 04742152 53, portadora do registro no Conselho Profissional de Enfermagem número 67.835 aluna regularmente matriculada no curso de pós graduação a nível de doutorado na EE-USP, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa: “O absenteísmo do pessoal de enfermagem na percepção dos coordenadores de um hospital especializado” que tem como objetivo verificar qual a percepção de enfermeiras coordenadores sobre o absenteísmo em ambiente hospitalar e a partir da análise realizada, estabelecer consensos com este grupo, relativos as ações frente ao problema, visando melhoria na qualidade da assistência de enfermagem.

Se você concordar em participar, voluntariamente, do estudo, sua contribuição será de grande importância e serão assegurados o respeito aos seus direitos como:

Garantia do anonimato, do sigilo e do caráter confidencial das informações;

Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo ou penalização.

Após a conclusão do trabalho, ele será divulgado por meio de publicação e apresentação em eventos.

Caso você tenha alguma dúvida, os telefones dos Comitês de Ética em Pesquisa do ICESP e da EEUSP são respectivamente: 3061-8424 e 3061-7548. Eu, também estarei à disposição para esclarecimentos pelos telefones: 3061-7574, 9712-0248 ou 8487-2371 e pelo email: passosandrea@usp.br.

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente estudo.

São Paulo, de de 2011.

Assinatura do (a) colaborador (a)

Andréa Rodrigues Passos
Pesquisador