UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DENISE FERRO

Absenteísmo na equipe de enfermagem e suas implicações para a assistência prestada em unidades de urgência e emergência

RIBEIRÃO PRETO
2015

DENISE FERRO

Absenteísmo na equipe de enfermagem e suas implicações para a assistência prestada em unidades de urgência e emergência

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

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.
Orientadora: Professora Doutora Ione Carvalho Pinto.

RIBEIRÃO PRETO

2015

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.

Ferro, Denise

Absenteísmo na equipe de enfermagem e suas implicações para a assistência prestada em unidades de urgência e emergência. Ribeirão Preto, 2015.

109 p. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Professora Doutora Ione Carvalho Pinto

1. Absenteísmo. 2. Equipe de Enfermagem. 3. Avaliação dos Serviços de Saúde. 4. Serviços Médicos de Emergência.

FERRO, Denise

Absenteísmo na equipe de enfermagem e suas implicações para a assistência prestada em unidades de urgência e emergência

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

Aprovado em: ___/___/___

Comissão Julgadora

Prof(a). Dr(a).: _____

Julgamento: _____ **Assinatura:**_____

Prof(a). Dr(a).: _____

Julgamento: _____ **Assinatura:**_____

Prof(a). Dr(a).: _____

Julgamento: _____ **Assinatura:**_____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Maria e Idenézio, que me presentearam com a vida e me dedicaram todo o amor e apoio nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, por sempre iluminar meu caminho;

À minha família, meus pais, pelo suporte dado. Principalmente a você, minha mãe, pelas noites sem dormir e pela preocupação com o meu bem-estar e felicidade. Amo vocês;

À minha amada avó Imaculada, por nunca se esquecer de me incluir em suas orações diárias;

Aos meus tios, Márcia, Carlos, Sueli e Rita; meus primos, Luiz Roberto, Aline, Jaqueline e Jamilli, que nunca entenderam muito bem o que eu estava realmente fazendo, mas sempre torceram para que eu atingisse o sucesso;

À Professora Doutora Ione Carvalho Pinto, minha querida orientadora e amiga, que muito me ensinou nas lições da pesquisa e da vida. A você, meu respeito, admiração e carinho;

Ao Professor Doutor Alexandre Fávero Bulgarelli e à Professora Doutora Aline Aparecida Monroe, pelas contribuições e sugestões feitas no exame de qualificação para a melhoria deste trabalho;

À minha família de Ribeirão Preto, Fátima, Jessica e avó Ilda (in memoriam), pela amizade, amor e abrigo aos fins de semana. Desculpem-me por nunca levar toalha de banho e sempre ir para o jantar e, além disso, por alguns dias de ausência. Amo vocês;

Às minhas amigas de "Cortiço", Gabriella Zanon, Flávia Correa, Beatriz Molina e Ana Maria Aiello, pela amizade, pelas noites de desabafo, pelos jantares, pelo carinho e companheirismo;

Aos meus amigos e companheiros de pesquisa, Brisa Polyana, Mariana Gomide, Fabiana Zacharias, Antônio Carlos Vieira, Luiz Arroyo, Laís Machado, pela amizade, compreensão e todo o suporte para que este trabalho se concretizasse;

À República Tcheca; meninas, obrigada por todas as risadas, diversão e por me acolherem de braços abertos nessa grande família de vocês;

À minha eterna professora e amiga, Salua, que me ensinou desde uma concordância verbal até o significado de uma verdadeira amizade;

À minha grande amiga Ana Cláudia, que sempre cuidou e me guiou neste caminho. O carinho que tenho por você é enorme;

Aos meus amigos, Caio Valle, Caroline Nogueira e Thaís Longato, pelo carinho, amizade e torcida; amo vocês;

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, seus docentes e funcionários, em especial ao Izete e Sr. Ataíde, que sempre me receberam pelas manhãs com um sorriso no rosto, fazendo com que meu dia começasse de uma forma maravilhosa e às secretárias da pós-graduação Shirley e Adriana, pelo carinho, disponibilidade e por todas as indicações de séries. Muito obrigada;

Ao gestor, coordenadores e funcionários das unidades, que me receberam em seu ambiente de trabalho com muito respeito e carinho, me auxiliando na realização da pesquisa;

À FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e à CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo suporte financeiro desta pesquisa;

A todos que, aqui, deixei de citar e que contribuíram de alguma forma para a realização desta conquista.

Acredite no amor. Acredite na magia. Acredite em você mesmo. Acredite nos seus sonhos. Se você não o fizer, quem o fará? - Jon Bon Jovi.

RESUMO

FERRO, D. **Absenteísmo na equipe de enfermagem e suas implicações para a assistência prestada em unidades de Urgência e Emergência.** 2015, 109 f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa dos dados. Objetivou-se analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre as condições geradoras de absenteísmo e suas implicações na assistência nas unidades de Urgência e Emergência (UE) das cinco distritais de saúde no município de Ribeirão Preto/SP. Os sujeitos foram profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem) que atuam nestas unidades. Foram selecionados 2 profissionais de cada categoria, a partir dos critérios de inclusão do estudo, sem considerar sexo, faixa etária e tempo de trabalho no serviço, totalizando 30 participantes. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, conduzidas a partir de um roteiro norteador composto pelas variáveis (Processo de Gestão de Recursos Humanos (RH); Condição de Trabalho em Equipe e Qualidade do Cuidado Prestado) abordadas no estudo. Para análise dos dados utilizou-se análise de conteúdo, modalidade temática. Após análise dos dados, as categorias encontradas foram: *TEMA 1 - Gerenciamento, organização e enfrentamento para a operacionalização do trabalho de enfermagem (Subtema 1 – Operacionalização da escala de trabalho frente ao desafio do quantitativo da equipe de enfermagem na unidade de UE; Subtema 2 – Reorganização do trabalho e a perspectiva dos trabalhadores frente à mudança para as 30h/semanais e a terceirização do serviço; Subtema 3 – Tempo de permanência do profissional no serviço; Subtema 4 – Comunicação como ferramenta para desenvolver o trabalho em equipe e gerenciar conflitos)*; *TEMA 2 – Condições impostas ao trabalhador e sua influência no desenvolvimento do trabalho (Subtema 1 – Plano de carreira e salário como estimulantes para desenvolvimento do trabalho; Subtema 2 – Vínculo empregatício: vantagens e desvantagens; Subtema 3 – Educação permanente e sua importância para desenvolvimento do trabalho; Subtema 4 – Influência da estrutura física, materiais e equipamentos no cuidado) e TEMA 3 – Avaliação do serviço e da assistência prestada.* No que diz respeito ao quantitativo de enfermagem disposto nas unidades, todos os entrevistados relatam que é um quantitativo razoável e que, em alguns momentos, se sentem sobrecarregados quando ocorrem ausências não previstas. Ao se tratar da terceirização das unidades estatutárias, relata-se que não houve comunicação prévia do evento e é visível a insegurança e frustração por parte dos entrevistados. Ressalta-se que a unidade terceirizada não sofreu mudanças em sua rotina. A rotatividade é presente nestas unidades de UE, sendo maior em determinada unidade e ocorre por inúmeros motivos, dentre eles, aposentadoria, transferência para Unidade Básica de Saúde (UBS), conflitos na equipe e/ou com pacientes, dentre outros. Todos os entrevistados sugerem que a comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho em equipe e é através dela que os conflitos possam vir a ser resolvidos. Neste momento, percebe-se, a partir das falas, que a comunicação é diferente entre as unidades e, portanto, existem níveis diferentes de conflitos entre as unidades. O município não possui um plano de carreira efetivo, portanto os entrevistados demonstram desmotivação para buscar novos

conhecimentos. Quanto ao salário, estes têm a visão de que é razoável, sendo considerado elevado em relação às demais instituições de saúde do município, porém, defasado em relação à categoria profissional. Os profissionais terceirizados relatam uma certa insatisfação por trabalhar da mesma forma que os estatutários, recebendo um menor salário e sem os mesmos benefícios, o que nos leva à categoria vínculo empregatício, onde a estabilidade é abordada com visões positivas e negativas. Ao se tratar da visão negativa, os entrevistados sugerem que muitos colegas não sabem lidar com esse benefício, se ausentando do trabalho ou trabalhando de uma forma não adequada, prejudicando a rotina do serviço. No que tange à educação permanente, temos a diferença mais gritante do estudo, visto que os entrevistados estatutários relatam que não possuem a disponibilização, através da prefeitura, de cursos de atualização, capacitação e constante aprendizado enquanto que os terceirizados relatam atualizações constantes e apoio por parte da instituição com a qual eles estão vinculados. É unânime que todos os entrevistados consideram que a estrutura física, materiais e equipamentos interferem diretamente no cuidado. Ao serem questionados em relação à avaliação do cuidado prestado, eles o consideram bom, podendo ser melhor caso fossem disponibilizadas condições de trabalho mais adequadas. Considera-se o estudo como um possível instrumento de avaliação dos serviços prestados em unidade de UE, bem como das condições de trabalho fornecidas ao trabalhador e sua satisfação profissional.

Palavras-chave: Absenteísmo; Equipe de Enfermagem; Avaliação dos Serviços de Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

FERRO, D. **Absenteeism in the nursing team and the implications for the assistance given in Urgency and Emergency units.** 2015, 109 f. Dissertation (Master's), Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

This study is descriptive and exploratory with a qualitative approach. It aimed to analyse the perception of the nursing team about the conditions that generate absenteeism and their implications for assistance in Emergency Medical Services of five health districts in the city of Ribeirão Preto/SP. The participants were nurses, auxiliary and nursing technicians who work in these units. Two members of each professional category were selected from study criteria, without considering sex, age and working time in service, totalling 30 participants. Data were collected through semi-structured individual interviews, conducted as from a guiding script composed of the variables (Process Human Resource Management; Working Condition and Quality of Care Provided). For data analysis, we used content analysis, thematic modality. After performed the data analysis, the categories found were: Theme 1 – Management, organization and coping for the operationalization of nursing work (Sub-theme 1 – Operationalization of the nursing staff working in Emergency Medical Services scale and the challenge of low quantitative professionals, Sub-theme 2 – Work reorganization and perspective of workers front with shifting to 30h / week and the outsourcing of service, Subtheme 3 – Employee's permanence time at the service and Sub-theme 4 – Communication as a tool to develop teamwork and manage conflicts); Theme 2 – Conditions imposed on the workers and their influence on development of labour (Sub-theme 1 – Career Plan and salary as stimulants; Sub-theme 2 – Employment contract: advantages and disadvantages; Sub-theme 3 – Permanent education and their importance for development of work; Sub-theme 4 – Influence of physical structure, materials and equipment in care) and Theme 3 – Evaluation of service and care provided. As regards the quantitative of nursing, all of the respondents reported that it is a reasonable quantitative and, at times, feel burdened when occur unforeseen absences. When dealing with the outsourcing of units, it was reported that there was no prior communication of the event and is apparent the insecurity and frustration on the part of respondents. It is noteworthy that the outsourced unit did not suffer changes in their routine. Rotation is present in these Emergency Medical Services, higher in particular unit and occurs for many reasons, among them, retirement, transfer to Basic Health Unit, conflicts in staff and/or patients, among others. All respondents suggest that the communication is the key to the development of teamwork and is through them that conflicts might be resolved. At this point, it is clear from the speeches that the communication between the units are different. The city do not have an effective career plan, so, respondents demonstrate discouragement to seek new knowledge. As for salary, they have the view that it is reasonable and it is considered high compared with other health institutions in the city, however, lagged for professional category. Outsourced employees to report any dissatisfaction by working as statutory employees, receiving a lower salary and without the same benefits, which takes in category "employment contract", where stability is the approach with positive and negative view. When dealing with the negative view, respondents suggest that many colleagues cannot handle this benefit, absent or not working properly, damaging the service routine. About permanent education, we have

the most striking difference of the study, since the statutory respondents reported that do not have provision, through the city hall, to update courses and continuous learning while outsourced employees report constant updates and support by institution with which they are connected. It is unanimous that all of the respondents consider that the physical structure, materials and equipment interfere directly in care. Respondents considered a good care and could be better if it were more available adequate working conditions. It is consider the study as a possible tool for evaluation of services provided in Emergency Medical Services and working conditions provided to the employee as well as their job satisfaction.

Keywords: Absenteeism; Nursing staff; Health Services Evaluation; Emergency Medical Services.

RESUMEN

FERRO, D. **El absentismo en el equipo de enfermería y las implicaciones en la asistencia ofrecida en las unidades de urgencias.** 2015, 109 f. Disertación (Máster), Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo en los datos. El objetivo fue hacer un análisis en la percepción del equipo de enfermería acerca de las condiciones generadoras del absentismo y las implicaciones asistenciales en las unidades de urgencias (UE) en las cinco regiones sanitarías en la ciudad de Ribeirão Preto/SP. Las personas del estudio fueron profesionales del equipo de enfermería (enfermero, auxiliar y técnico de enfermería), actuantes en estas unidades. Se seleccionaron 2 profesionales en cada categoría profesional, teniendo en cuenta los criterios de inclusión en el estudio, con un total de 30 profesionales participantes. Los datos fueron producidos por citas individuales semiestructuradas, realizadas con un guían compuesto por las variables (Proceso de Gestión de Recursos Humanos (RH); condiciones laborales en equipo y Calidad de la Asistencia Realizada), observadas en el estudio. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido, modalidad temática. Después del análisis, se llegaron a las siguientes categorías: Tema 1- Gestión, organización, y afrontamiento del proceso de trabajo de enfermería (Subtema 1 – Gestión de escala de trabajo hacia el reto del cuantitativo de personal enfermero en el trabajo de urgencias; Subtema 2 – Reorganización del trabajo y la expectativa de los trabajadores frente el cambio para las 30h/a la semana y la subcontratación en el trabajo; Subtema 3 – Tiempo de permanencia del trabajador en el trabajo; Subtema 4 – Comunicación como herramienta para el desarrollo del trabajo en equipo y gestión de conflicto); TEMA 2 – Condiciones impuestas al trabajador y su influencia en el desarrollo del trabajo (Subtema 1 – Plan de carrera y sueldo como estimulantes; Subtema 2 – Vínculo laboral: ventajas y desventajas; Subtema 3 – Educación permanente y su importancia para el desarrollo del trabajo; Subtema 4 – influencia de la estructura física, materiales y herramientas en el cuidado) y TEMA 3 – Evaluación del trabajo y de la asistencia realizada. En relación al cuantitativo de enfermería en las unidades, los entrevistados dijeron que es un cuantitativo razonable y, que en momentos, hay sobrecarga cuando ocurren ausencias no esperadas. En relación a subcontratación en las unidades públicas, se dice que no hubo comunicación anterior del evento y es aparente la inseguridad y frustración por parte de los entrevistados. Se destaca que la unidad con subcontratación no ha sufrido cambios en la rutina. La alternancia de personal está presente en estas unidades de urgencias, es más grande en determinadas unidades y ocurre por distintas razones, entre ellas, jubilación, cambio a otras unidades básicas de salud, conflictos en el equipo e/o con pacientes, y otros más. Todos los entrevistados dijeron que la comunicación es fundamental para el desarrollo del trabajo en equipo y es a través de ella que los conflictos pueden resolverse. Estos momentos, se percebe en el discurso que la comunicación es distinta entre las unidades, por lo tanto, existen niveles distintos de conflictos entre las unidades. La ciudad no posee un plan de carrera real, así que los entrevistados muestran su desmotivación en la búsqueda de nuevos conocimientos. Cuanto al sueldo, los entrevistados creen que es razonable, muchas veces mejor en comparación a otras instituciones de salud de la ciudad, todavía, muy retrasado para la categoría profesional. Los trabajadores subcontratados declaran insatisfacción

pues hacen el mismo trabajo que los profesionales públicos, pero con menos sueldo e menos gratificaciones, lo que nos trae a la categoría vinculo de trabajo, donde la estabilidad tiene valoraciones positivas y negativas. Por valoración negativa los trabajadores dicen que muchos compañeros de trabajo son ausentes del trabajo, lo que trae prejuicio a la rutina. En la educación permanente, tenemos gran diferencia en esta pesquisa, pues los trabajadores públicos dicen no poseer cursos de actualización u otros tipos por parte del ayuntamiento, y los subcontratados poseen más oportunidades de actualización por parte de las instituciones contratantes. Es unánime para todos los entrevistados que la estructura física, materiales y equipamientos interfieren directamente en el cuidado. La opinión de los entrevistados en relación a calidad del cuidado ofrecido, estos consideran un buen cuidado, que podría ser mejor se hubiera mejores condiciones de trabajo. Se puede observar que este estudio trae como posibilidad la evaluación de los cuidados realizados en las urgencias, además de las condiciones laborales ofrecidas al trabajador y su satisfacción profesional.

Palabras-clave: Absentismo, Grupo de Enfermería, Evaluación de los Servicios de Salud, Servicios Médicos de Urgencia.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diretrizes norteadoras da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, 2013..... 26
Quadro 2 – Condições aceitas em cada uma das categorias do absenteísmo para justificar ausências no trabalho..... 29
Quadro 3 – Principais artigos encontrados na Revisão de Literatura..... 32
Quadro 4 – Classificação do absenteísmo segundo as justificativas ou descrições para as ocorrências, Ribeirão Preto, 2013..... 49
Quadro 5 – Distritais de saúde de Ribeirão Preto com os respectivos serviços públicos de saúde aos quais eles estão vinculados, 2014..... 50
Quadro 6 – Dimensões, seus conceitos e as variáveis geradoras de absenteísmo..... 54
Quadro 7 – Categorias temáticas criadas a partir da análise dos dados..... 56
Quadro 8 – Diretrizes para a estruturação do Plano de Carreira, Cargos, vencimentos e carreiras do serviço público municipal do Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2012..... 74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces..... 27
Figura 2 – Fluxograma da revisão de literatura..... 31
Figura 3 – Áreas de atuação gerencial..... 42
Figura 4 – Distritos de Saúde de Ribeirão Preto, 2014..... 50

LISTA DE SIGLAS

AE – Auxiliar de Enfermagem;

APS – Atenção Primária à Saúde;

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa;

CFM – Conselho Federal de Medicina;

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health;*

CLT – Consolidação das Leis de Trabalho;

CM – Clínica Médica;

CMSC – Centro Médico Social Comunitário;

COREN – Conselho Regional de Enfermagem;

CSE – Centro de Saúde Escola;

DE – Divisão de Enfermagem;

E – Enfermeiro;

GO – Ginecologia e Obstetrícia;

HC – Hospital das Clínicas;

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano;

IFDM – Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal;

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;

LS – Licença Saúde;

MS – Ministério da Saúde;

NOB/RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos;

NSF – Núcleo de Saúde da Família;

PA – Pronto Atendimento;

PAM – Posto de Atendimento Médico;

PCCS – Planos de Carreiras, Cargos e Salários;

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências;

PSF – Programa de Saúde da Família;

RAS – Redes de Atenção à Saúde;

RH – Recursos Humanos;

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências,

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;

SMS – Secretaria Municipal de Saúde;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TE – Técnico de Enfermagem;

UBS – Unidade Básica de Saúde;

UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde;

UE – Urgência e Emergência;

USF – Unidade de Saúde da Família;

UPA – Unidade de Pronto Atendimento;

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 22
2. INTRODUÇÃO 24
2.1 Serviços de urgência e emergência e suas políticas 24
2.2 O absenteísmo e a enfermagem 28
2.3 Políticas de Recursos Humanos e gestão do trabalho 40
3. OBJETIVO 44
4. PERCURSO METODOLÓGICO 46
4.1 Tipo de estudo 46
4.2 Local do estudo 46
4.3 Cenário do estudo 48
4.4 Sujeitos do estudo 51
4.5 Dimensões e variáveis do estudo 52
4.6 Coleta de dados 53
4.7 Análise dos dados 54
4.8 Considerações éticas do estudo 56
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 58
5.1 TEMA I: Gerenciamento, organização e enfrentamento para a operacionalização do trabalho de enfermagem 59
5.1.1 Subtema 1 – Operacionalização da escala de trabalho frente ao desafio do quantitativo da equipe de enfermagem na unidade de UE 59
5.1.2 Subtema 2 – Reorganização do trabalho e a perspectiva dos trabalhadores frente à mudança para as 30h/semanais e a terceirização do serviço 61
5.1.3 Subtema 3 – Tempo de permanência do funcionário no serviço 64
5.1.4 Subtema 4 – Comunicação como ferramenta para desenvolver o trabalho em equipe e gerenciar conflitos. 67
5.2 TEMA II – Condições impostas ao trabalhador e sua influência no desenvolvimento do trabalho 71
5.2.1 Subtema 1 – Plano de carreira e salário como estimulantes para o desenvolvimento do trabalho 71
5.2.2 Subtema 2 – Vínculo empregatício: vantagens e desvantagens 75

5.2.3 Subtema 3 – Educação permanente e sua importância para desenvolvimento do trabalho 77
5.2.4 Subtema 4 – Influência da estrutura física, materiais e equipamentos no cuidado 79
5.3 TEMA 3 – Avaliação do serviço e da assistência prestada 85
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 89
REFERÊNCIAS 93
APÊNDICE A 103
APÊNDICE B 105
ANEXO A 108
ANEXO B 109

APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação originou-se de um estudo denominado: “O Impacto do Absenteísmo na Assistência Prestada por Profissionais de Enfermagem nos Distritos de Saúde do Município de Ribeirão Preto/SP”, aprovado e financiado pelo Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS): gestão compartilhada em Saúde, PPSUS/SP, FAPESP/SES-SP/MS/CNPq, processo: 2012/51236-1, vigência 2013-2015.

A motivação e envolvimento para estudar o tema de avaliação me acompanha desde a graduação quando, durante a iniciação científica, avaliei a satisfação de pacientes portadores de Diabetes Mellitus participantes de um grupo de educação para a automonitorização da glicemia capilar. Depois disso, senti a necessidade de buscar conhecimentos acerca da avaliação da gestão dos serviços de saúde para que atividades educativas como esta, que tive a felicidade de acompanhar, pudessem ocorrer.

Sendo assim, este estudo avalia a percepção da equipe de enfermagem inserida em unidades de UE, uma vez que, são crescentes as pesquisas voltadas para trabalhadores de saúde e sua motivação e satisfação profissional, e, ao mesmo tempo, são escassas as pesquisas voltadas a trabalhadores inseridos na Atenção Secundária à Saúde e Pronto Atendimento (PA).

Inicialmente, serão apresentadas as características das unidades de UE; as definições, características, condições geradoras e a importância do absenteísmo em relação à assistência prestada, políticas de RH e gestão de serviços de saúde, por meio de uma revisão de literatura.

Na sequência, será apresentado o objetivo da pesquisa.

Na seção “Percurso Metodológico”, apresenta-se o tipo de estudo e a abordagem utilizada na investigação, o local e cenário da pesquisa, os sujeitos, os critérios de inclusão do estudo e dimensões utilizadas para a construção do instrumento utilizado, etapas da análise dos dados, deixando claro os procedimentos éticos do estudo.

Por fim, serão apresentados os resultados e discussão, bem como as considerações finais.

INTRODUÇÃO

2. INTRODUÇÃO[1]

Atualmente, na literatura científica, evidenciam-se estudos relacionados aos trabalhadores de enfermagem e às condições de trabalho que lhe são fornecidas, bem como o absenteísmo que os afetam. O que se constata, porém, é que, na maioria das vezes, tais estudos são realizados em âmbito hospitalar. São escassas as investigações a respeito do tema voltadas aos trabalhadores que atuam na atenção secundária à saúde, principalmente em unidades de UE.

2.1 Serviços de urgência e emergência e suas políticas

Inicialmente, faz-se necessária uma breve definição dos conceitos urgência e emergência, que, muitas vezes, são tratadas como sinônimos, o que é considerado um equívoco. Sabe-se que ambos os conceitos são utilizados para situações onde o paciente se encontra em estado crítico, porém com condutas diferenciadas.

Para o Conselho Federal de Medicina (CFM, 1995), através da Resolução 1.451/95, urgência compreende-se como:

> *"(...) A ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata"* (p.15 - CREMESP, 2006).

E emergência compreende-se como:

> *"(...) A constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso exigindo, portanto, tratamento médico imediato"* (p.15 - CREMESP, 2006).

Os casos de urgências e emergências sempre foram, historicamente, tratados em hospitais e unidades de UE e, além destes casos, possivelmente por conta de um déficit de conhecimento e educação em saúde dos usuários, estes serviços acabam por atender casos clínicos não urgentes e funcionam como "portas de entrada" do

[1] Esta dissertação foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

Sistema Único de Saúde (SUS), 24 horas por dia. Em geral, essa cultura imposta nestes serviços acarreta em superlotação e, consequentemente, baixa qualidade do cuidado prestado, além de sobrecarga de trabalho e insatisfação profissional (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

A partir da década de 2000, o Ministério da Saúde (MS), tendo em vista o crescente aumento da demanda de atendimentos nas unidades de UE, mesmo com forte investimento na Atenção Primária à Saúde (APS) para reeducar e reorganizar o SUS, identificou a necessidade da criação de políticas para gerenciar as unidades de UE e com isso, em 2003, criou-se a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), priorizando a instituição do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e criação da UPA (Unidade de Pronto Atendimento). Esta política visava a reorganização das unidades de UE de forma a envolver todos os níveis de atenção à saúde, ou seja, estes serviços continuariam sendo porta de entrada do SUS, porém de forma a se comprometer a reordenar esses pacientes para o fluxo correto de atendimento (GOMES, 2014).

Posteriormente, em 2011, com a mudança da pirâmide populacional e o aumento das mortes por causas externas como violência e traumas, além das mortes por doenças crônicas não-transmissíveis, o MS novamente identificou a necessidade de reorganizar as políticas envolvidas nestes serviços e publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a PNAU e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso de modo rápido e efetivo e a organização da assistência; e, além disso, assegurar a transparência na alocação de recursos financeiros investidos e pactuados pelas três esferas de governo – federal, estadual e municipal (BRASIL, 2013).

Nesta direção, o Quadro 1 mostra as principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE:

Quadro 1 **–** Diretrizes norteadoras da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, 2013.

Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes).
Ampliação do **acesso**, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção.
Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de **comunicação**.
Classificação de risco.
Regionalização da saúde e atuação territorial.
Regulação do acesso aos serviços de saúde.
Humanização da atenção, garantindo a efetividade de um **modelo centrado no usuário** e baseado nas suas necessidades de saúde.
Organização do processo de trabalho por intermédio de **equipes multidisciplinares.**
Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na **gestão** de linhas de cuidado e estratégias prioritárias.
Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a **integralidade e longitudinalidade** do cuidado em saúde.
Institucionalização da prática de monitoramento e **avaliação**, por intermédio de **indicadores de processo, desempenho e resultado** que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada.
Articulação **interfederativa** – governo federal, estadual e municipal.
Participação e controle social.
Coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas.
Qualificação da assistência por meio da **educação permanente em saúde** para gestores e trabalhadores.

Fonte: Ministério da Saúde. Manual instrutivo da RUE no SUS, 2013.

No Quadro 1 as palavras em negrito são conceitos fundamentais no SUS, para se obter uma assistência de qualidade elevada e, além disso, como se trata de uma rede complexa de cuidado é fundamental que todos os componentes (Figura 1), onde a Atenção Básica é o componente base, atuem em conjunto para que seja possível contemplar todas as diretrizes expostas neste quadro e reorganizar o fluxo de usuários de uma forma que não ocorra a sobrecarga nas unidades de UE.

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces
Fonte: Ministério da Saúde. Manual instrutivo da RUE no SUS, 2013.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), segundo Mendes (2008) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que se destinam a uma missão única, objetivando ofertar ação contínua e integral à população.

Tendo como base essa reorganização das RAS e de acesso ao SUS, o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 veio como uma forma de instituir modelos mais eficazes de monitoramento das ações realizadas pelo setor público, possibilitando assim, acesso e atendimento mais qualificado para os usuários dos serviços de saúde e, além disso, visa a uma maior transparência no financiamento tripartite (BRASIL, 2011).

Mendes (2008) aponta para uma crise contemporânea nas RAS com sistemas fragmentados, sem comunicação entre si, estruturados para atender as condições agudas em detrimento das condições crônicas.

Mesmo diante dos esforços empreendidos pelo MS para facilitar o acesso e a melhoria da qualidade da assistência, as unidades de UE brasileiras, atualmente, ainda enfrentam problemas de estrutura física e tecnologia insuficientes, com déficit de equipamentos e materiais, RH com limitações e pouco qualificados para trabalhar neste nível de atenção à saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005b; DEL PAI; et al, 2008). E isso acontece, como já citado, pelo aumento da violência e das doenças crônicas não transmissíveis, pelo aumento da densidade demográfica, uso indevido do dinheiro público e piora das condições de vida da população (COELHO; et al, 2010). As características supracitadas interferem diretamente na organização e dinâmica do trabalho, alterando a forma do trabalhador lidar com as adversidades existentes no serviço.

2.2 O absenteísmo e a enfermagem

O trabalho vem sendo modificado pela sociedade moderna capitalista e se tornando um ambiente de competitividade, individualismo e agressividade e, consequentemente, provocando desequilíbrio mental, físico e psicológico nos trabalhadores. Na saúde, a enfermagem é responsável pela composição da maior parte do quadro de profissionais, estando expostos a interações interpessoais constantes, atribuições e exigências de caráter intelectual, além das péssimas condições de trabalho, déficit de RH, insalubridade, jornadas duplas. Nesta direção, tem se observado um nível crescente de absenteísmo nas equipes de enfermagem associado a adoecimento (REZENDE; BORGES; FROTA, 2012; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014).

Na enfermagem, as condições de trabalho implicam em longas jornadas, em turnos desgastantes, com multiplicidade de funções, ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos repetitivos, posições não ergonômicas, resultando em acidentes, doenças e absenteísmo (FAKIH; TANAKA; CARMAGNANI, 2012; TUCKER; et al, 2010). Estudos recentes apontam que a causa mais comum para o absenteísmo entre os profissionais de enfermagem é o absenteísmo doença (FAKIH; TANAKA; CARMAGNANI, 2012; MAGALHÃES; et al, 2011; MARTINATO; et al, 2010). Isso ocorre uma vez que a equipe de enfermagem está mais exposta a diversos riscos no seu ambiente de trabalho. A ausência de profissionais de enfermagem sobrecarrega o trabalho dos demais integrantes da equipe, pois exige maior ritmo no desenvolvimento das atividades, além de compreender um maior volume de trabalho no processo de cuidar (MARTINATO; et al, 2010).

O absenteísmo, ou seja, a duração do tempo de trabalho perdido quando o trabalhador se ausenta, é considerado um grave problema enfrentado pelos gestores de RH e constitui-se em um afastamento temporário de suas funções no trabalho resultante de diversos motivos ligados ao trabalhador e à instituição, trazendo danos para a produção, aumentando os custos e sobrecarregando outros trabalhadores (BINDER; CORDEIRO, 2003).

Assim, o absenteísmo pode ser classificado em cinco categorias: 1) absenteísmo doença; 2) absenteísmo por patologia profissional; 3) absenteísmo legal; 4) absenteísmo-compulsório; e 5) absenteísmo voluntário (SILVA; MARZIALE, 2006).

No quadro abaixo, estão dispostas as condições aceitas por cada uma das categorias do absenteísmo para se justificar ausências.

Quadro 2 – Condições aceitas em cada uma das categorias do absenteísmo para justificar ausências no trabalho.

Categorias de Absenteísmo	Justificativas para ausência
Absenteísmo-Doença	Toda e qualquer doença classificada conforme o Código Internacional de Doença (CID 10) que não tenha relação com o trabalho.
Absenteísmo por Patologia Profissional	Toda e qualquer doença classificada pelo MS e Ministério da Previdência Social como doença profissional ou relacionada ao trabalho.
Absenteísmo Legal	✓ Licença Paternidade/Maternidade; ✓ Adoção; ✓ Aleitamento; ✓ Gala (casamento); ✓ Nojo (luto); ✓ Serviço militar ou outras causas militares; ✓ Acompanhamento de familiar para tratamento de saúde; ✓ Férias; ✓ Licença prêmio; ✓ Afastamento do cônjuge (acompanhar cônjuge que está sendo transferido ou afastado); ✓ Doação de sangue; ✓ Alistamento como fiscal em eleições; ✓ Júri/Prestação de depoimento como testemunha; ✓ Outros serviços obrigatórios.
Absenteísmo-Compulsório	✓ Afastamento Preventivo (Suspeita de irregularidade no trabalho); ✓ Período de Trânsito (Mudança de um órgão para outro); ✓ Participação em desporto ou representação nacional; ✓ Prisão em flagrante ou preventiva; ✓ Afastamento por condenação; ✓ Serviço em outro órgão ou entidade; ✓ Greve.
Absenteísmo Voluntário	Qualquer fato que leve o trabalhador a decidir por faltar, sem comprovação efetiva das demais causas. ✓ Visita em casa; ✓ Falta de empregada; ✓ Cansaço; ✓ Doença na família.

Fonte: Organizacion Internacional del Trabajo (1998); Quick e Lapertosa (1982); modificado por Yano e Seo, 2010.

O absenteísmo apresenta-se como um obstáculo para as chefias de enfermagem manterem a qualidade da assistência, acrescido às limitações acarretadas no desempenho das funções exercidas pelos profissionais frente aos trabalhos que dispensam um esforço físico maior (REIS; et al, 2003). Um estudo aponta que os índices de absenteísmo merecem ser monitorados, pois cada trabalhador ausenta-se em média 23 dias no ano (NASCIMENTO, 2003). Como já

pontuado nesta dissertação, o estudo faz referência à ausência de estudos de absenteísmo em UBS e unidades de UE, sendo a maioria realizados em área hospitalar, nas quais, em sua maioria, o contrato de trabalho é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), enquanto nas unidades de UE (englobando PAs e UPAs) vigora o regime estatutário que já traz em si diferenças importantes quanto à regulamentação dos afastamentos do trabalho (NASCIMENTO, 2003).

Nesta direção, realizou-se uma revisão da literatura científica, orientando-se pela seguinte questão norteadora: “Como o absenteísmo na equipe de enfermagem está sendo abordado pela literatura científica?”, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health* (CINAHL) Plus, a partir dos descritores “Absenteísmo”, “Enfermagem” e “Serviços Médicos de Emergência”. Para tanto respeitaram-se os seguintes critérios de inclusão: estudos de 2006 a 2015 disponíveis na íntegra nos idiomas: português, inglês e espanhol e que abordassem questões relacionadas ao absenteísmo na equipe de enfermagem. Os critérios de exclusão contemplaram teses, dissertações, notas editoriais e impossibilidade de acesso ao texto na íntegra. Ressalta-se que a delimitação do corte temporal para a presente revisão, a partir de 2006, justifica-se pela instituição do Pacto pela Saúde na sua dimensão Pacto de Gestão em seu eixo Gestão do Trabalho (BRASIL, 2006).

Ao cruzar os descritores “Enfermagem” e “Absenteísmo” encontraram-se 82 artigos que trazem altos índices de absenteísmo em diversos setores da rede hospitalar, principalmente em unidades de terapia intensiva, e os motivos que levam os trabalhadores a se ausentar, independentemente se são ausências planejadas ou ausências não planejadas. O absenteísmo interfere no processo de gestão de RH, nas condições de trabalho da equipe de enfermagem e na qualidade do cuidado a ser prestado, demonstrando a necessidade de mais estudos sobre gestão de RH em enfermagem e de como está sendo o enfrentamento destes gestores em relação ao absenteísmo. Ressalta-se que apenas dois artigos que tratam do tema na rede básica foram encontrados ao cruzar estes descritores. Quanto ao cruzamento dos descritores “Enfermagem”, “Absenteísmo” e “Serviços Médicos de Emergência” não foram encontrados artigos relacionados ao tema, identificando-se uma lacuna e a necessidade de se buscar novos conhecimentos a respeito do tema proposto.

Para melhor entendimento, a Figura 2 mostra o caminho percorrido na revisão de literatura.

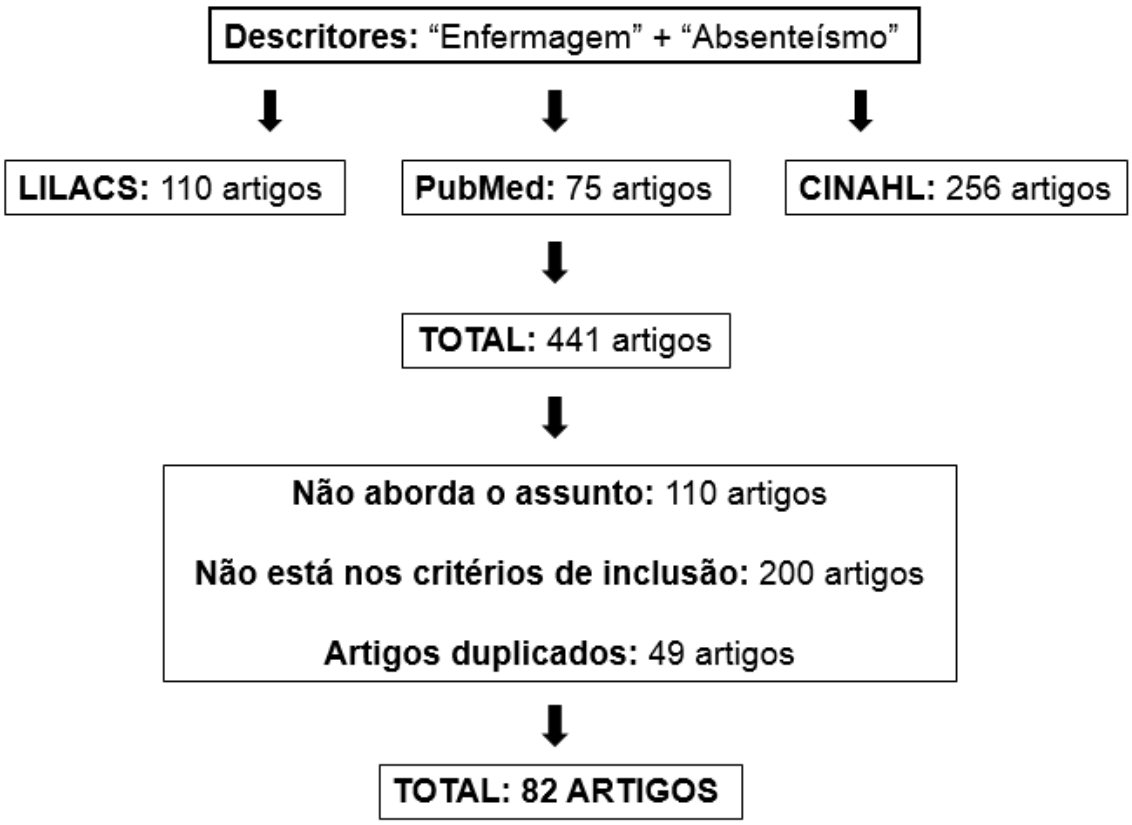

Figura 2 – Fluxograma da revisão de literatura

Com a finalidade de apresentar uma melhor compreensão de como o tema está sendo estudado na literatura científica, traz-se o Quadro 3 com 15 artigos considerados mais concernentes ao absenteísmo e UE.

Quadro 3 – Principais artigos encontrados na Revisão de Literatura.

(Continua)

AUTOR E ANO	LOCAL/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	N/n	PRINCIPAIS RESULTADOS
FURLAN; STANCATO, 2013.	Campinas, SP. 2012.	Comparar os fatores geradores do absenteísmo em um hospital público e um hospital privado.	Estudo quantitativo, descritivo, documental.	Questionário semiestruturado para categorizar os sujeitos; comparação dos tipos de absenteísmo entre as unidades através de análise documental.	325	A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, técnicas de enfermagem. A taxa de absenteísmo é maior no hospital público, sendo que muitas vezes não há cobertura das ausências como se dá no hospital particular. Muitos dos participantes possuem outro vínculo empregatício. A porcentagem de insatisfeitos com o trabalho é maior no hospital particular. Os participantes pensam que o salário influencia a ausência no trabalho.
ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014.	Uberaba, MG. 2009.	Identificar os motivos atribuídos pelos profissionais de enfermagem para as faltas no trabalho e descrever as alternativas propostas para redução do absenteísmo em um hospital de ensino.	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo.	Os dados foram coletados por meio de grupos focais e submetidos à técnica de análise de conteúdo temática.	29	Evidenciaram-se como motivos para a ocorrência do absenteísmo a influência do ambiente físico, da gestão e do relacionamento interpessoal. Destacaram-se como alternativas para redução das ausências no trabalho a gestão participativa, trabalho em equipe, organização do serviço e suporte terapêutico.

(Continua)

AUTOR E ANO	LOCAL/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	N/n	PRINCIPAIS RESULTADOS
FERREIRA; et al, 2011.	Pernambuco, 2010.	Identificar e analisar as causas de absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem do serviço de internação através de auditoria em fichas de afastamentos não programados.	Estudo descritivo, exploratório, quantitativo.	Fichas próprias com o registro das ausências não programadas com os seguintes dados: mês, setor, sexo, função, motivo da ausência, período de ausência.	349	Constatou-se a predominância do absenteísmo no sexo feminino (72,86%), sendo os motivos mais frequentes das licenças médicas, os relacionados ao sistema osteomuscular (20,63%).
FAKIH; TANAKA; CARMAGNANI, 2012.	São Paulo, SP. 2009.	Verificar e analisar as ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de adultos de um hospital universitário.	Estudo quantitativo, observacional e prospectivo.	Documentos como escalas mensais de folga e atestados médicos e de dados secundários de ponto eletrônico e de registro de licenças para tratamento de saúde.	97	As ausências previstas corresponderam a 30,1% dos dias de trabalho. A taxa de absenteísmo foi de 11,7%. O absenteísmo foi considerado elevado e motivado, sobretudo, pelas licenças para tratamento de saúde superiores a 15 dias. O déficit mensal de pessoal contribuiu também para a sobrecarga do trabalho da equipe.

(Continua)

AUTOR E ANO	LOCAL/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	N/n	PRINCIPAIS RESULTADOS
SANCINETTI; et al, 2011.	São Paulo, SP. 2008.	Analisar a taxa de absenteísmo dos profissionais de enfermagem em um hospital público de ensino.	Estudo descritivo, exploratório, quantitativo.	Consulta às escalas mensais de trabalho e lançados em uma planilha eletrônica.	613	Constatou-se um índice médio de absenteísmo de 5,6% para os enfermeiros e de 9,7% para técnicos/auxiliares de enfermagem. As ausências que mais contribuíram para esses índices referiram-se aos afastamentos por doença. Os dados obtidos evidenciaram o principal motivo de absenteísmo e sinalizam a necessidade de mudanças nas políticas de contratação dos profissionais de enfermagem, além da revisão dos processos de trabalho, visando favorecer melhores condições de saúde a esses profissionais.
CAMPOS; JULIANI; PALHARES, 2009.	Botucatu, SP. Jan 2006 a Jun 2007.	Investigar o real número de ausências dos técnicos e auxiliares de enfermagem de um Pronto Socorro de um Hospital Universitário do interior do estado de São Paulo para definir o Índice de Segurança Técnica-IST.	Estudo descritivo, exploratório, quantitativo.	Dados retrospectivos dos registros administrativos e gerenciais da Chefia de Enfermagem da referida Unidade.	56	Entre os principais achados encontrou-se um IST cuja média gira em torno de 51%. Embora próximo, está ligeiramente superior ao encontrado em outra realidade de Hospital Universitário. Entre as ausências não previstas, destacam-se as licenças médicas, que podem estar relacionadas à sobrecarga da equipe.

(Continua)

AUTOR E ANO	LOCAL/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	N/n	PRINCIPAIS RESULTADOS
JUNIOR; et al, 2007.	Campinas, SP. 2002.	Analisar índices de absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem de 16 Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas, na busca por compreender as causas do problema, na perspectiva da promoção e defesa da saúde do trabalhador.	Estudo descritivo, exploratório, quantitativo.	Os dados foram obtidos junto à seção de Recursos Humanos Descentralizados (RHD).	311	Técnico ou auxiliar de enfermagem representou a maioria da população, a jornada de trabalho de 36 horas semanais foi realizada por 90,6% dos pesquisados e 93,5% eram do sexo feminino. O índice de frequência de absenteísmo foi de 2,88 afastamentos iniciados por empregado/ano, o de gravidade foi de 12,27 dias perdidos por empregado/ano, e a proporção de tempo perdido foi de 5,56% ao ano. Os enfermeiros tiveram índice de frequência menor. Os índices encontrados neste trabalho foram maiores do que a maioria dos estudos realizados com profissionais de hospitais.
SILVA, 2011.	Botucatu, SP. -	Conhecer a carga de trabalho e seus fatores determinantes, buscando identificar possíveis relações entre as condições de trabalho e o possível impacto para a saúde dos trabalhadores.	Estudo qualitativo.	Roteiro de entrevista estruturado que abordou: organização, comunicação e quantitativo de funcionários.	31	Os resultados indicam a presença de carga física, carga cognitiva e carga psíquica; processo de comunicação inadequado; equipamentos obsoletos; número excessivo de usuários e estrutura frágil para lidar com absenteísmo.

(Continua)

AUTOR E ANO	LOCAL/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	N/n	PRINCIPAIS RESULTADOS
MUDALY; NKOSI, 2015.	Durban, África do Sul. 2007.	Estabelecer razões para o absenteísmo entre os enfermeiros e auxiliares de enfermagem que trabalham em um hospital geral em Durban, a fim de recomendar estratégias que poderiam diminuir o absenteísmo.	Estudo quantitativo não experimental.	A pesquisa consistiu em perguntas fechadas para as opções de 'acordar' e 'discordo'.	60	Assuntos de família, falta de motivação para participar de trabalho, doença, finanças, favoritismo, gerentes de enfermagem hostis, longas horas de trabalho, o aumento da carga de trabalho, condições de trabalho insatisfatórias, a falta de equipamentos, promoções injustas e a falta de pessoal, a falta de um sistema de recompensa e de tomada de decisão incoerente causaram o absentismo de enfermeiras.
DAOUK-OYRY; et al, 2014.	-	Desenvolver um quadro multinível que aperfeiçoa o entendimento de absenteísmo e rotatividade entre os enfermeiros em ambientes hospitalares.	Revisão integrativa.	Analisar sistematicamente estudos em inglês recuperados de duas bases de dados principais, PubMed e CINAHL Plus e publicados entre janeiro de 2007 e janeiro de 2013 (inclusive).	-	O modelo de articulação pode ser adaptado pelos pesquisadores para responder suas hipóteses em relações multinível. Ele também pode ser usado por gerentes de enfermagem como uma lente para a gestão de forma holística dos comportamentos de atendimento das enfermeiras.

(Continua)

AUTOR E ANO	LOCAL/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	N/n	PRINCIPAIS RESULTADOS
GAUDINE; et al, 2013.	Canadá, -	Testar os efeitos do absenteísmo e intervenções de fixação de metas sobre os enfermeiros, as percepções de equidade, os sentimentos de desconforto e o absentismo. Obstáculos inferidos pelas enfermeiras para a redução do absenteísmo também foram exploradas.	Estudo longitudinal, descritivo, exploratório, qualitativo.	Os enfermeiros foram divididos em três grupos que sofreram intervenção e foram questionados com algumas perguntas relacionadas ao absenteísmo.	69	Houve uma diminuição significativa do número total de dias de ausência, mas não diminuição de episódios ausentes, e um efeito significativo sobre a percepção de equidade e sentimentos de desconforto para os enfermeiros nas questões de absentismo. Foram identificadas seis categorias de obstáculos à redução do absentismo.
PASCHOALIN; GRIEP; LISBOA, 2012.	Mar 2010 a jan de 2011.	Conhecer a produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem através de revisão bibliográfica integrativa.	Revisão Integrativa.	Pesquisa realizada nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BEDENF e Banco de Teses e Dissertações do Portal Capem.	-	Foram identificados sete artigos publicados entre 2000 e 2010 que descrevem a enfermagem como uma profissão com alto índice de presenteísmo, relacionando-o com a má qualidade de saúde dos trabalhadores. Destacam as consequências negativas do mesmo para a instituição, trabalhadores e pacientes. Além disso não há estudos nacionais que investigam o presenteísmo na enfermagem e os estudos internacionais com esta abordagem são recentes.

(Continua)

AUTOR E ANO	LOCAL/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	N/n	PRINCIPAIS RESULTADOS
ROELEN; et al, 2013.	Noruega, nov de 2008 a mar de 2009.	Investigar se os níveis da satisfação no trabalho são úteis para identificar os enfermeiros que possam vir a ausentar-se por doença no futuro.	Estudo de coorte prospectiva.	Questionário no início e após 1 ano de seguimento. O questionário continha a escala para medir sua satisfação no trabalho, e se pediu ausência de doença nos últimos 12 meses.	1582	Os resultados deste estudo indicaram que a satisfação no trabalho esteve associada a ausência de doença, embora os índices de satisfação trabalho medidos, não identificaram os enfermeiros que trabalham em risco de ausência de doença.
MARTINEZ; et al, 2012.	Portugal, -	Explorar a correlação entre as dimensões do presenteísmo e outras variáveis relacionadas ao trabalho (por exemplo, idade, estado de saúde percebido, o número de horas de trabalho, de renda e tempo de permanência no serviço).	Estudo quantitativo.	Questionário com perguntas pessoais, de organização e gestão do serviço	296	Embora as mulheres revelassem maior nível de prevalência para a maioria das causas do presenteísmo, não há diferenças de gênero encontradas quanto ao número de horas afetadas de pessoas pelo presenteísmo. Além disso, outras variáveis de trabalho foram correlacionadas: idade, estado de saúde percebido, o número de horas de trabalho, renda.

(Conclusão)

AUTOR E ANO	LOCAL/ANO	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	N/n	PRINCIPAIS RESULTADOS
GUTÍERREZ; et al, 2013.	-	Selecionar e sintetizar as intervenções que se mostraram eficazes na redução de absentismo na equipe de enfermagem hospitalar.	Revisão Integrativa.	Delimitação do âmbito da literatura através do Medline, Web of Science, CINAHL, Embase Lilacs e Cochrane Library.	-	O absentismo pode ser visto como um resultado final e consequência do grau de satisfação profissional.

2.3 Políticas de Recursos Humanos e gestão do trabalho

Ao discutir absenteísmo na equipe de enfermagem, é necessário expandir o tema e dar um maior destaque para as políticas de RH e gestão do trabalho, pois são fatores, dentre outros já expostos, que influenciam diretamente na decisão do trabalhador entre ausentar-se ou não.

Atualmente, esforços são empreendidos para a superação dos desafios relativos às questões de RH na área da saúde, que resumem em quatro objetivos: aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa; garantir competências e habilidades chave para a força de trabalho em saúde; aumentar o desempenho da equipe de profissionais diante dos objetivos definidos; fortalecer a capacidade de planejamento e gestão de RH (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004). Compreende-se que uma política de gestão de RH depende diretamente do Modelo Assistencial e de Gestão adotados no SUS que em geral é influenciado pelo modelo de gestão adotado pelos governos dos Estados. Para uma atuação de qualidade do trabalhador de saúde há a necessidade da compatibilidade do quadro de pessoal da saúde com as reais necessidades da população.

As políticas de RH, segundo o MS, representam as decisões sobre ações e procedimentos que beneficiam a razão pública e o bem-estar da população nas vertentes econômicas e sociais, regulando o acesso, a qualidade e efetividade dos serviços; oportunidades de trabalho, salário; oportunidades de educação e crescimento individual; apontar para o desenvolvimento de sistemas integrais de saúde na atenção primária e equipes multiprofissionais; fortalecer a capacidade de liderança, organização e resposta aos sistemas de saúde; contribuir para fortalecer a capacidade de gestão do Ministério de Saúde e dos níveis descentralizados (BRASIL, 2003).

Ao refletir sobre RH, é preciso trazer o Pacto pela Saúde na dimensão do Pacto de Gestão que define as responsabilidades sanitárias em cada esfera de gestão do SUS em vários eixos de ação, dentre estes a Gestão do Trabalho que trata das necessidades exigidas para a estruturação da área. Cita-se uma diretriz para esta Gestão no SUS: “a política de RH para o SUS que é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho” (BRASIL, 2005a). O tema RH foi

pauta na 14ª Conferência Nacional de Saúde que apresentou propostas para fortalecer a Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, na valorização de RH com melhores condições de trabalho e salário; investimento na educação permanente e formação profissional conforme as necessidades de saúde da população, na garantia de carreira definida de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; realização de concurso ou seleção pública com vínculos que respeitem a legislação trabalhista, e assegurem condições adequadas de trabalho, implantando a Política de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS (BRASIL, 2012). Ressalta-se também que estes avanços se deram pelos importantes estudos desenvolvidos na Rede Observatório de RH de Saúde (BRASIL, 2009b).

Em contrapartida ao exposto, infelizmente, na maioria dos casos, RH em saúde, muitas vezes, é sinônimo de despesas. É fundamental que os gestores de RH entendam que o que se “gasta” com os profissionais em relação ao aumento de salários, melhores condições de trabalho e educação permanente, deve-se considerar um investimento, pois são estes investimentos que vão determinar a permanência, satisfação e otimização do trabalho, ou seja, do que já foi investido. De fato, para o trabalhador, é importante como a instituição demonstra para ele se seu trabalho é satisfatório ou não e isto, influencia diretamente no seu comprometimento, executando bem ou mal as tarefas, presenteísmo ou absenteísmo, gerando ou solucionando conflitos. Se o trabalhador não é cobrado, irá procurar uma situação de conforto, sem motivação (MALIK, 1998). Desta forma, a Figura 3 traz itens que precisam de atenção por parte dos gestores para que estes possam, se necessário, fazer diagnósticos e lidar com adversidades do trabalho e do trabalhador.

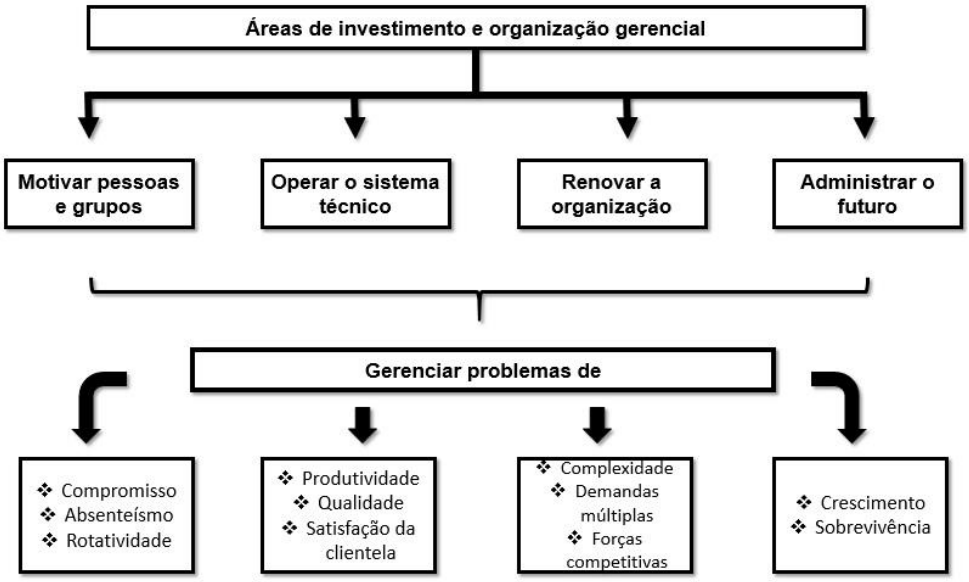

Figura 3 – Áreas de atuação gerencial
Fonte**:** Adaptado de MALIK, 1998.

O tema “Gestão de RH” consiste na otimização do trabalhador, tornando-o mais produtivo e satisfeito dentro da organização para alcance de metas e objetivos individuais e organizacionais e, portanto, envolve o desenvolvimento de inúmeras atividades, como, por exemplo, recrutamento, seleção, motivação e orientação de funcionários; treinamento e desenvolvimento; relações trabalhistas; avaliação do desempenho, dentre outros. Mesmo possuindo uma série de normas e protocolos, a gestão de RH tem um enfoque maior nas ações e nas pessoas, solucionando possíveis conflitos organizacionais e atendendo as necessidades. Apesar da importância dada à gestão de RH, existe uma certa dificuldade por parte de muitas organizações, públicas e privadas, em adotar essa estratégia, tendo em vista que os benefícios advindos dessa prática surgem a longo prazo e por meio de um trabalho intenso na mudança comportamental individual (IVANCEVICH, 2011).

Busca-se com este estudo construir um conhecimento acerca do absenteísmo e suas implicações na assistência para que seja possível colaborar para o fortalecimento do SUS, na relação serviço, profissional e assistência à saúde acessível, qualificada e humanizada. Assim, pretende-se contribuir para o debate de propostas sobre a Política de RH considerando as potencialidades e fragilidades da assistência da equipe de enfermagem frente ao absenteísmo.

Diante do exposto, tem-se como pressuposto que há absenteísmo na equipe de enfermagem e as suas condições geradoras influenciam diretamente na assistência prestada aos usuários nas unidades de UE.

OBJETIVO

3. OBJETIVO

- Analisar a percepção da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) sobre as condições geradoras de absenteísmo e suas implicações na assistência às unidades de UE das cinco distritais de saúde no município de Ribeirão Preto/SP.

PERCURSO METODOLÓGICO

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório por meio de abordagem qualitativa dos dados. Foi realizada análise descritiva e exploratória sobre o absenteísmo na equipe de enfermagem atuante em unidades de UE. Os estudos descritivos permitem apontar com exatidão os fatos e os fenômenos de determinada realidade, e os estudos exploratórios possibilitam ao investigador aumentar sua experiência em torno do problema, ajudando-o a encontrar elementos necessários que lhe permitam um contato com determinada população, para obter os resultados desejados (TRIVINÕS, 1987).

Utiliza-se pesquisa qualitativa quando é necessário compreender o sentido ou interpretar os aspectos sociais daqueles que estão sendo estudados, considerando o amplo universo de crenças, valores, aspirações, significados, motivos e atitudes que estão inseridas no mundo das relações humanas e que não são perceptíveis em variáveis médias e estatísticas (MINAYO, 2013; MINAYO, et al., 2010).

Diante do exposto, adquiriu-se conhecimentos qualitativos acerca do absenteísmo da equipe de enfermagem atuantes em unidades de UE.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto o qual situa-se na região nordeste do estado de São Paulo, Brasil. Em 2014, a população da cidade foi estimada em 658.059 habitantes e com isso tornou-se o município com maior crescimento entre as maiores cidades do estado de São Paulo, com taxa de aumento populacional de 1,3% (IBGE, 2014). O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,800, considerando-se assim como elevado em relação ao país, sendo o vigésimo segundo maior do estado (IBGE, 2010).

Estima-se que 99,7% dos habitantes de Ribeirão Preto residam na zona urbana. Em 2009, o município contava com 319 estabelecimentos de saúde, sendo 64 deles públicos e 255 privados (IBGE, 2010). O Índice FIRJAN de Desenvolvimento

Municipal (IFDM) aponta Ribeirão Preto como a 28ª melhor cidade entre os 5.570 municípios brasileiros para se viver quando se analisa o acesso a empregos e renda, educação e qualidade dos serviços prestados à população pelo SUS (SISTEMA FIRJAN, 2014).

Segundo o site da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto, a cidade possui modelo de gestão compartilhada ou participativa para os serviços de saúde, onde há a participação de gestores, trabalhadores e usuários no Conselho Municipal de Saúde, tomando decisões relativas ao controle da execução da política de saúde do município, abrangendo os aspectos financeiros e econômicos. Além disso, estabelecem diretrizes a serem analisadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde; aprovam o Plano Municipal de Saúde; opinam a respeito da organização do funcionamento do SUS e à promoção, preservação e recuperação da saúde. Este modelo propõe ainda medidas para aperfeiçoamento da organização e funcionamento do SUS; estabelecer normas para as ações e serviços públicos de saúde; acompanhar, fiscalizar e controlar os procedimentos e o desenvolvimento das ações de saúde; opinar sobre a celebração de consórcios, convênios e contratos com entidades públicas ou privadas; e fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria Municipal da Saúde e ao Fundo Municipal de Saúde. Também há a participação popular na Conferência Municipal de Saúde, Comissão Municipal de Saúde e no Conselhos Locais de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

Além disso, é de fundamental importância conhecer a classificação aceita pela SMS de Ribeirão Preto em relação aos tipos de afastamentos, expostos no Quadro 4.

Quadro 4 – Classificação do absenteísmo segundo as justificativas ou descrições para as ocorrências, Ribeirão Preto, 2013.

Classificação do Absenteísmo	**Descrição Fornecida pela SMS, Ribeirão Preto/SP**
Voluntário	Licença Sem Vencimento
	Faltas
	Falta meio período (1/2)
	Faltas 1/3
Legal	Lic. Pessoa família (até 90 dias)
	Falta abonada
	Dispensa de ponto
	Licença gala
	Licença nojo
	Licença Prêmio em descanso
	Licença gestante
	Disp.de ponto p/serv. Estud.
	Prorrogação 60 dias licença gestante
	Férias
Compulsório	Suspensão disciplinar
Por Doença	Licença tratamento de saúde (primeiros 15 dias- pagos pela Prefeitura)
	Licença tratamento de saúde (a partir do 16º dia, pago pelo INSS)
Por Patologia Profissional	Acidente de trabalho (até 15 dias)
	Acidente de trabalho (a partir do 16º dia)

Fonte: RH da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2014.

4.3 Cenário do estudo

O cenário de investigação constituiu-se das unidades de UE de cada distrito de saúde do município, os quais realizam atendimento durante 24 horas para todos os usuários, atendendo a casos de urgência e emergência e os que demandam um atendimento não urgente, mas considerado prioritário pelos usuários. A distribuição das unidades em distritos visa facilitar o acesso da população ao atendimento básico e de pronto atendimento em urgências/emergências.

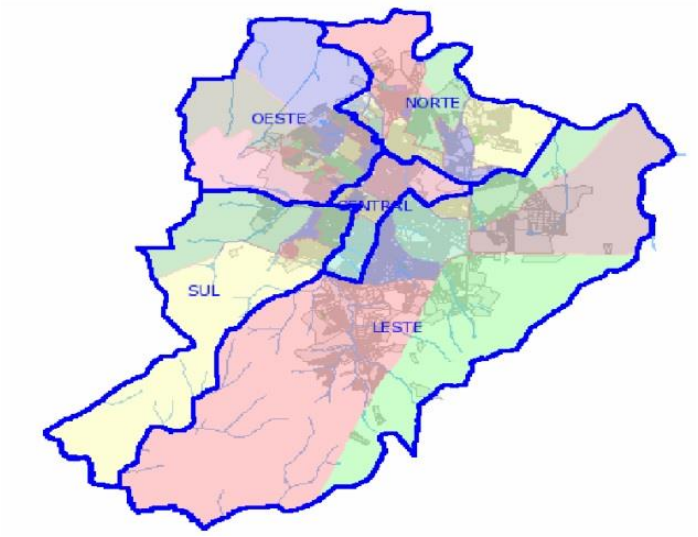

Figura 4 – Distritos de Saúde de Ribeirão Preto, 2014

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Para melhor entendimento de cada distrito de saúde, faz-se necessário especificar o tipo de atendimento disponível aos usuários em cada um deles, o que se verifica abaixo no Quadro 5.

Quadro 5 – Distritais de saúde de Ribeirão Preto com os respectivos serviços públicos de saúde aos quais eles estão vinculados, 2014.

(Continua)

Distrito Central – População Estimada no ano de 2010: 97.975
A Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) Central, além do serviço de urgência e emergência 24h/dia, oferece ainda, de 2ª a 6ª das 07 às 17h, atendimentos básicos em Clínica Médica (CM), Ginecologia e Obstetrícia (GO), Pediatria, Odontologia, Assistência Domiciliar e Vacinação. Presta também atendimentos de especialidades, de 2ª a 6ª das 07 às 19h, nas seguintes áreas: Serviço Social, Cardiologia, Saúde Ocupacional, Dermatologia, Eletrocardiografia, Endocrinologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Radiologia e Ultrassonografia. Este distrito conta ainda com os seguintes serviços de saúde: UBS Vila Tibério, Centro de Saúde Escola (CSE) Vila Tibério, Posto de Atendimento Médico (PAM) II, UBS Nelson Barrionovo e UBS João Rossi.

(Continua)

Distrito Oeste – População Estimada no ano de 2010: 151.218
A UBDS Sumarezinho, além do serviço de UE 24h/dia, oferece ainda, de 2ª a 6ª, assistência nas especialidades de Cardiologia, Saúde Ocupacional, Dermatologia, Eletrocardiograma, Fonoaudiologia, Infectologia, Oftalmologia, Psicologia, Radiologia, Serviço Social, Cirurgia Ginecológica, Pneumologia, Geriatria, Cirurgia Ambulatorial, Endocrinologia, Neurologia, Reumatologia, Psiquiatria e Ortopedia. Este distrito conta com seis Núcleos de Saúde da Família (NSF), estabelecidos dentro da área de abrangência e que realizam o acompanhamento das famílias cadastradas; fazem o atendimento básico de CM, Pediatria e GO, além de desenvolverem trabalhos em grupo com a comunidade. Além disto, também conta com os seguintes serviços de saúde: Centro Médico Social Comunitário (CMSC) Vila Lobato, UBS Dom Mielli, UBS Ipiranga, CSE Ipiranga, UBS José Sampaio, UBS Presidente Dutra, UBS Vila Recreio, UBS Jardim Paiva, Unidade de Saúde da Família (USF) Portal do Alto, USF Eugênio Mendes Lopes, USF Maria Casa Grande Lopes e USF Vila Albertina.
Distrito Sul – População Estimada no ano de 2010: 85.060
A UBDS da Vila Virgínia, além do serviço de UE 24h/dia, presta ainda, atendimentos básicos de 2ª a 6ª - das 07 às 19h em CM, Pediatria, GO, Odontologia, Assistência Domiciliar, Teste do Pezinho e Vacinação, além das seguintes especialidades: Serviço Social, Cardiologia, Saúde Ocupacional, Dermatologia, Endocrinologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Neurologia e Ultrassonografia. Este distrito conta ainda com os seguintes serviços de saúde: UBS Adão do Carmo Leonel, UBS Jardim Maria das Graças e UBS Parque Ribeirão Preto.
Distrito Norte – População Estimada no ano de 2010: 110.627
Na UBDS Quintino, além do serviço de UE 24h/dia, oferta-se ainda, atendimento de 2ª a 6ª, das 7h às 17h em Serviço Social, Saúde Ocupacional, Eletrocardiografia, Ultrassonografia, Endocrinologia, Reumatologia, Cardiologia, Dermatologia, Pneumologia, Gastroenterologia. Este distrito conta ainda com os seguintes serviços de saúde: UBS Quintino Facci I, UBS Marincek, UBS Jardim Aeroporto, UBS Valentina Figueiredo, UBS Vila Mariana, UBS Ribeirão Verde, UBS Simioni e USF Heitor Rigon, USF Estação do Alto, USF Avelino Alves Palma e USF Geraldo de Carvalho.

(Conclusão)

Distrito Leste – População Estimada no ano de 2010: 159.802
A UBDS Castelo Branco oferece, de 2ª a 6ª, das 7h às 17h, atendimento básico em CM, GO, Pediatria, Odontologia, Assistência Domiciliar, Teste do Pezinho, Vacinação e Farmácia. Também oferece atendimento de especialidades em Fonoaudiologia e Psicologia. Este distrito conta ainda com os seguintes serviços de saúde: UPA, UBS Jardim Juliana, USF Jardim Zara, UBS São José, UBS Santa Cruz, UBS Vila Abranches e UBS Bonfim Paulista.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Faz-se necessário ressaltar, como exposto no Quadro 5, que todas as UBDS de cada distrito de saúde contam com serviço de PA para atendimento às UE, situado na mesma estrutura física onde ocorrem os serviços da área programada de especialidades, com exceção da UBDS Castelo Branco que conta com nova unidade de PA, a UPA, inaugurada em maio de 2012, portanto todos os atendimentos de UE passaram a ser realizados neste serviço após esta data.

4.4 Sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo foram profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem) que atuam nas unidades de UE dos cinco distritos de saúde do município de Ribeirão Preto. No momento em que este estudo foi realizado, o município contava com 53 enfermeiros e 255 auxiliares e técnicos de enfermagem atuando nestas unidades. Foram selecionados, intencionalmente, 2 profissionais de cada categoria profissional atuantes em cada uma das unidades de UE, entendendo que estes seriam os melhores informantes para a temática deste estudo. Selecionaram-se os profissionais receptivos e abertos ao diálogo para falarem de suas experiências sobre as condições geradoras de absenteísmo e suas implicações na assistência prestada (MAYAN, 2001), totalizando 30 participantes, a fim de garantir representatividade da percepção dos demais profissionais atuantes nestes serviços.

Os critérios para inclusão dos participantes foram: pertencer ao quadro permanente de profissionais da equipe de enfermagem de uma das cinco unidades de UE do município; trabalhar há mais de um ano no serviço e não se encontrar de férias ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

Ao final destas 30 entrevistas, notou-se saturação dos dados, não sendo necessária a realização de novas coletas. Frequentemente, saturação de dados é uma ferramenta empregada em estudos qualitativos em diferentes áreas da saúde, sendo usada para definir o tamanho final da amostra, onde se constata que elementos novos não estão sendo mais apresentados, interrompendo assim a captação de novos sujeitos que pouco acrescentariam ao material já obtido (FONTANELLA; TURATO, 2008; FONTANELLA; et al, 2011).

4.5 Dimensões e variáveis do estudo

Como apresentado anteriormente, existem inúmeras condições que vão levar um profissional a ausentar-se do trabalho e, para este estudo, faz-se necessário identificar dimensões e variáveis que serão abordadas na coleta e análise dos dados. Para isso, serão apresentadas no quadro abaixo as dimensões, definições e variáveis geradoras de absenteísmo.

Quadro 6 – Dimensões, seus conceitos e as variáveis geradoras de absenteísmo.

Dimensão	Definição	Variáveis
Processo de Gestão de RH: dimensões políticas e organizacionais e suas repercussões para a assistência de enfermagem.	Conjunto de práticas, normas e políticas fundamentais para conduzir a gerência de RH, através de recrutamento, seleção, treinamento, benefícios e avaliação de desempenho (CHIAVENATO, 2010).	- Quantitativo de RH; - Carga horária; - Escala de trabalho; - Rotatividade no serviço; - Comunicação; - Educação permanente;
Condição de Trabalho em Equipe: ambiência, processo de trabalho, relações interpessoais, fluxo de comunicação, motivação, autonomia, saúde/adoecimento, status profissional.	Conjunto de características como ambiente, segurança, formação e preparo, regulação e gestão, que juntos irão determinar as circunstâncias em que os trabalhadores desenvolverão suas tarefas e o nível de motivação para cumprir com as demandas impostas pelo serviço (NESCON, 2007).	- Estrutura física adequada; - Equipamentos; - Materiais disponíveis; - Vínculo empregatício; - Plano de carreira; - Remuneração; - Conflitos na equipe;
Qualidade do Cuidado Prestado: (in)satisfação do usuário, indicadores para avaliação da qualidade do cuidado.	Nível de atendimento a padrões e metas estabelecidos pelo serviço, frente aos protocolos e normas que norteiam as ações e práticas, além dos conhecimentos científico-teórico-prático atuais (BRASIL, 2005).	- Autoavaliação; - Satisfação profissional; - Percepção da satisfação do usuário;

Diante do exposto, criou-se um roteiro norteador (APÊNDICE A) para as entrevistas individuais abordando questões relativas ao processo de gestão de recursos humanos, condição de trabalho da equipe e qualidade do cuidado prestado, como expostas no Quadro 6.

4.6 Coleta de dados

Inicialmente, houve uma primeira aproximação no campo de pesquisa, nas cinco unidades de UE, onde foram realizadas visitas dos pesquisadores aos serviços para reconhecimento da estrutura física e das atividades prestadas nestas unidades, além de encontro com gerentes responsáveis por cada unidade para apresentar e explicar o projeto solicitando autorização para a realização da coleta de dados.

Após esta aproximação, os dados foram coletados durante o período de março a junho de 2014, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, gravadas, com duração aproximada de 20min, conduzidas a partir de um roteiro norteador (APÊNDICE A), contendo as dimensões e variáveis apresentadas no Quadro 6, com

base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, a partir da qual o entrevistador, ou o entrevistado, podem divergir, a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes (POPE; MAYS, 2005). E, a fim de garantir privacidade e o mínimo de desconforto, as entrevistas foram realizadas em local reservado e privativo no local de trabalho do participante, conforme disponibilidade dos consultórios no momento destas.

Houve um pré-teste com 3 enfermeiros, sendo que estes participantes não fizeram parte do estudo, visto que seus dados foram coletados para estimar o tempo de coleta de dados bem como o aprimoramento do roteiro de entrevista semiestruturada, ocorrendo ajustes nas questões norteadoras, compreendendo que o pré-teste dos roteiros de entrevistas leva geralmente à modificação da forma de se perguntar sobre determinados assuntos, tornando-se necessário, com frequência, dar explicações mais claras aos entrevistados sobre os conteúdos que gerem dúvida (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2014).

4.7 Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas e os dados organizados por meio de um banco de dados com uso do *software* Atlas ti. Versão 7.0, mediante a criação de *Hermeneutic unit,* em que foram inseridas as entrevistas realizadas. Após minuciosa leitura das entrevistas, foi realizada a codificação do material empírico, identificando os elementos que se integram ao objeto de estudo, e criando categorias.

Na pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo, modalidade temática, se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado através de uma palavra, frase ou resumo (MINAYO, 2013).

As etapas para a análise temática foram divididas em: organização dos dados – considerando-se o objetivo da pesquisa e organizando-se o material, de forma a responder as questões de validade quanto à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; exploração do material empírico, com leitura flutuante e exaustiva dos registros, codificação dos dados, separação dos fragmentos de acordo com as convergências, divergências e o inusitado; e a classificação e agregação dos dados em categorias temáticas (MINAYO, 2013).

Para melhor responder o objetivo proposto nesta dissertação, fez-se necessário que a análise das falas fosse realizada em dois momentos. No 1º momento, foi feita uma análise geral das condições geradoras de absenteísmo nas cinco unidades de UE, a partir das dimensões expostas no Quadro 6 e, em um 2º momento, buscou-se, a partir destas mesmas dimensões e variáveis, identificar os aspectos convergentes e divergentes do absenteísmo e suas condições geradores entre estas unidades. Assim, chegou-se a três categorias temáticas apresentadas no Quadro 7, a saber:

Quadro 7 – Categorias temáticas criadas a partir da análise dos dados.

TEMA I – Gerenciamento, organização e enfrentamento para a operacionalização do trabalho de enfermagem:
Subtema 1 *– Operacionalização da escala de trabalho frente ao desafio do quantitativo da equipe de enfermagem na unidade de UE;*
Subtema 2 *– Reorganização do trabalho e a perspectiva dos trabalhadores frente a mudança para as 30h/semanais e a terceirização do serviço;*
Subtema 3 – *Tempo de permanência do profissional no serviço;*
Subtema 4 – *Comunicação como ferramenta para desenvolver o trabalho em equipe e gerenciar conflitos.*
TEMA II – Condições impostas ao trabalhador e sua influência no desenvolvimento do trabalho:
Subtema 1 – *Plano de carreira e salário como estimulantes para o desenvolvimento do trabalho;*
Subtema 2 – *Vínculo empregatício: vantagens e desvantagens;*
Subtema 3 – *Educação permanente e sua importância para desenvolvimento do trabalho;*
Subtema 4 – *Influência da estrutura física, materiais e equipamentos no cuidado;*
TEMA III – Avaliação do serviço e da assistência prestada.

Fonte: Dados da pesquisa.

Ressalta-se que, no decorrer da análise das falas, os participantes estão apresentados como E (enfermeiros), TE (técnicos de enfermagem) e AE (auxiliar de enfermagem) identificando cada sujeito com as iniciais em maiúscula, seguida de números considerando a sequência de realização das entrevistas. Em relação as unidades as quais estes profissionais estão alocados, estas serão apresentadas com UE1, UE2, UE3, UE4 e UE5, representando cada uma das distritais do município.

4.8 Considerações éticas do estudo

O Projeto de Pesquisa intitulado “O Impacto do Absenteísmo na Assistência Prestada por Profissionais de Enfermagem nos Distritos de Saúde do Município de Ribeirão Preto/SP”, do qual este estudo originou-se, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto em 12/02/2014 (ANEXO A), Protocolo CAAE: 20588813.0.0000.5393, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde, atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/12. Se tratando do presente estudo, o projeto foi aprovado pelo CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto em 02/12/2015 (ANEXO B), Protocolo CAAE: 50827915.4.0000.5393, também atendendo as anuências da Secretaria Municipal de Saúde e as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/12.

Para a pesquisa foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), que foi apresentado a cada sujeito da pesquisa, em linguagem acessível e clara, contendo os seus objetivos, procedimentos de coleta de dados e utilização dos mesmos. Além disso, foi garantido o anonimato e esclarecido que somente participaram da pesquisa aqueles que aceitaram e que todo material ficará guardado em local seguro, sob responsabilidade da pesquisadora principal. Todos os participantes receberam uma via do termo assinada, ficando a outra via retida com o pesquisador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, serão apresentados dados relativos à categoria profissional, sexo, idade, tempo de permanência de trabalho na unidade e vínculo empregatício dos sujeitos entrevistados neste estudo.

Foram entrevistados 30 profissionais de enfermagem, sendo 10 enfermeiras (100% das entrevistadas eram do sexo feminino), 15 auxiliares de enfermagem, onde 14 (86,66%) eram do sexo feminino e 1 (13,33%) do sexo masculino e 5 técnicos de enfermagem, sendo 3 (60%) do sexo feminino e 2 (40%) do sexo masculino. Nota-se que a discrepância entre o número de entrevistados das categorias auxiliares e técnicos de enfermagem se dá pelo fato de haver um número maior de auxiliares de enfermagem contratados junto à SMS e Divisão de Enfermagem (DE) do município, quando se comparado à categoria técnico de enfermagem, alocados nos serviços onde o estudo foi realizado.

Dos 30 profissionais entrevistados, 6 (20%) eram contratados e terceirizados junto a uma instituição privada do município, segundo a regência de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), enquanto os outros 24 (80%), possuíam vínculo estatutário com a SMS. Destaca-se que esta distinção de vínculo empregatício entre os entrevistados ocorre pois, dentre as cinco unidades de UE do município, uma delas é a UPA, recém construída, com a característica de RH terceirizado.

Além disso, dos sujeitos entrevistados, 1 (3,33%) tinha idade entre 20 a 30 anos, 14 (46,66%) tinha idade entre 31 a 40 anos, 6 (20%) tinha idade entre 41 a 50 anos e 9 (30%) tinham idade superior a 50 anos.

Quanto ao tempo de serviço na unidade, 12 (40%) estavam trabalhando na unidade há menos de 5 anos, 13 (43,33%) tinham um tempo de trabalho entre 5 a 10 anos na unidade e 5 (16,66%) trabalhavam na unidade há mais de 10 anos.

Todos os entrevistados atendiam aos critérios de inclusão do estudo, portanto, trabalhavam há mais de um ano no serviço e não estavam de férias ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados.

Após análise minuciosa dos dados, apresentaram-se três categorias temáticas e seus respectivos subtemas, conforme apresentado no Quadro 7.

5.1 TEMA I: Gerenciamento, organização e enfrentamento para a operacionalização do trabalho de enfermagem

5.1.1 Subtema 1 – Operacionalização da escala de trabalho frente ao desafio do quantitativo da equipe de enfermagem na unidade de UE

Atualmente, os serviços de saúde públicos estão passando por uma crise financeira, tendo que se preocupar com a contenção de custos relativos ao tratamento dos usuários, visto que estes têm se tornado cada vez mais complexos e demandando maiores tecnologias, recursos materiais e humanos. Deste modo, para que não haja prejuízos aos usuários, esta contenção de custo deve ser feita de forma a preservar a qualidade do cuidado (VERSA; et al, 2011). Infelizmente, nota-se um certo desinteresse por parte do Estado em manter a qualidade do cuidado. A redução de custos e, consequentemente, o corte do número de contratações de servidores públicos, tem impacto diretamente no quantitativo e qualitativo de RH nas instituições, causando problemas gerenciais e assistenciais (NICOLA; ANSELMI, 2005).

Quando questionado a respeito do quantitativo de funcionários da equipe de enfermagem e como é lidar com ausências para as enfermeiras dos cinco serviços investigados, elas relatam, na grande maioria, que se trata de um quantitativo de pessoal razoável/aceitável. Porém, em alguns momentos, por conta da demanda elevada de pacientes no serviço, torna-se um quantitativo insuficiente. Elas citam também, como é feita a reposição de funcionários na escala caso ocorram faltas e licenças não justificadas durante o plantão:

> [...] *No momento eu estou em uma situação privilegiada, porque tem, às vezes, licenças, tem afastamentos, mas eu ainda consigo fechar a escala sem solicitar hora extra, a não ser que alguém, de última hora, tira uma licença, aí eu realmente preciso de uma hora extra.* (E1 – UE1)
>
> *Nós temos um número avaliado pela DE, considerado como um número aceitável. O ideal seria, claro, se nós tivéssemos um número maior, mas é o que é aceitável e a gente consegue trabalhar com esse mínimo* [...] *Porém, em alguns momentos se torna mais corrido... em que há situações de emergência, uma demanda maior, a gente se vê um pouco apertado.* (E3 – UE2)
>
> *Olha, a gente trabalha com 12 auxiliares de enfermagem aqui e eu acho que é suficiente. É claro que PA tem dias de maior movimento, dias de menor movimento e quando o movimento fica muito grande todo mundo se aperta, mas acho que, em geral, até que dá para trabalhar aqui.* (E5 – UE3)

> *Eu acho que tem que sempre considerar a questão da falta, da licença, do inesperado. E essa é uma questão que é muito desprezada.* [...] *O cálculo de RH, a capacidade de RH é uma coisa, eu estou falando de absenteísmo. Nós temos falta, tem pessoas doentes. A gente tem muita gente que falta mesmo, que fica doente mesmo, que arranja atestado mesmo... Então, eu tenho que ter um RH que cubra isso... "Ah, mas vai ficar muito caro...", o problema não é meu se vai ficar caro... quem se comprometeu a ter um PA não fui eu!* [...] *Tem um monte de coisas que depende da pessoa e tem um monte de coisas que não depende e o absenteísmo faz, como se diz, desestrutura as pessoas...* (E6 – UE3)
>
> *Eu considero regular porque a demanda é grande, uma população de uma abrangência grande, são cerca de 90 mil habitantes que são atendidos e a população nem sempre ela é educada para procurar o tipo de serviço de acordo realmente com seu tipo de problema.* [...] *Então, eu acho regular. Deveria ser maior.* (E8 – UE4)
>
> *Nós trabalhamos com uma escala de 17 colaboradores por plantão. Eu avalio esse quantitativo pela demanda, pelo fluxo de atendimento, uma quantidade pequena. Contando-se aí, um dia que a gente tem uma falta, uma licença, as folgas... Então, embora seja uma quantidade grande* [de funcionários]*, eu ainda acredito que pela demanda ainda é insuficiente.* (E9 – UE5)

Durante a confecção da escala de trabalho, o enfermeiro, no papel de líder, deverá ser capaz de alocar funcionários suficientes para que se possa ser prestado um cuidado de qualidade. No entanto, quando ocorre o fenômeno do absenteísmo, independentemente de sua causa, o enfermeiro precisa escolher uma linha de ação rápida frente ao problema, solucionando-o para que este não acarrete baixas ao cuidado (PARRA; MELO, 2004).

Ao fazer o mesmo questionamento aos auxiliares e técnicos de enfermagem destes serviços, estes relatam uma visão semelhante à das enfermeiras em relação ao quantitativo de funcionários disponível, tendo a visão de que seria necessário um maior número de RH para um cuidado mais adequado, e, na maioria, relatam que muitas vezes, sentem uma maior sobrecarga de trabalho quando ocorre a ausência de um colega de equipe. Além disso, eles percebem que há uma grande necessidade de solicitações de horas extra junto à gerência do serviço:

> *Precisaria ter mais auxiliares de enfermagem considerando a demanda, que é uma demanda espontânea, então você não tem controle do quantitativo de gente que chega para nós. Tem dia que é absurdo. Eu acho que precisaria de mais* [funcionários] *sim, porque a gente acaba ficando sobrecarregado.* [...] *As licenças e as férias são geralmente programadas, então é tranquilo da gente lidar com licenças e férias. Mas as faltas prejudicam o nosso serviço e acabam nos sobrecarregando mais ainda...* (AE4 – UE2)
>
> *Considero pouco. Deveria ter mais auxiliares, mais técnicos... até mais enfermeiros, porque às vezes a gente faz coisas que deveriam ser feitas pelo enfermeiro e acaba ficando a enfermagem fazendo. No PA a gente faz triagem, a gente faz tudo e, pelo*

> *COREN* (Conselho Regional de Enfermagem) *é errado, quem tem que fazer é o enfermeiro, então é pouco* [quantitativo] *sim.* [...] *A gente sempre trabalha com um mínimo. Para conseguir uma hora extra, tem que pedir permissão para a enfermeira, para a coordenadora e para a DE. Por exemplo, um funcionário pegou LS* (Licença Saúde) *e a gente ficou sem um funcionário... é difícil...* (AE6 – UE 2)

> *Pela quantidade de pessoas que vem, quando não tem uma epidemia, eu acho que é normal a quantidade de funcionários... só quando tem uma epidemia, acho que precisa um pouco mais de apoio de alguma outra unidade para a gente conseguir lidar, porque a população aqui, reclama. Na verdade, não é o funcionário, a população que fica exaltada, estressada...* (TE2 – UE5)

> *Pouco. A demanda aumentou, o número de pacientes é muito grande e o número de funcionários é pouco.* [...] *Às vezes torna-se mais difícil, se tiver um número menor de funcionários. Às vezes, o pessoal solicita hora extra para poder cobrir quando um funcionário está de LS ou de férias. Quando tem alguém disponível para fazer hora extra, se for liberado pela secretaria, eles cobrem o plantão. Caso contrário, fica descoberto e sobrecarrega o trabalho da gente. Fica apertado...* (AE14 – UE4)

Diante do exposto, observa-se que a percepção de todos os entrevistados quanto ao quantitativo de enfermagem e escalas desfalcadas é semelhante em todas as unidades de UE deste estudo. E, uma das alternativas para sanar o problema de déficit do quantitativo de RH seria a utilização, pelos enfermeiros líderes, da ferramenta de dimensionamento de enfermagem, que segundo Nicola et al (2005), é um processo sistemático que visa identificar a categoria profissional e seu quantitativo necessário para prestar um cuidado de qualidade.

5.1.2 Subtema 2 – Reorganização do trabalho e a perspectiva dos trabalhadores frente à mudança para as 30h/semanais e a terceirização do serviço

O presente estudo foi realizado em um momento atípico na relação entre SMS, DE e funcionários com vínculo estatutário. Os dados foram coletados em um período de grande transição pois, com a conquista das 30h semanais pelos auxiliares e técnicos de enfermagem – anteriormente, a carga horária de trabalho era de 36h/semana –, foi anunciado que ocorreria uma terceirização nas contratações de profissionais para as unidades de UE. Desse modo, os profissionais atuantes nas UE1, UE2, UE3 e UE4 seriam realocados para outras unidades, como por exemplo, UBS ou NSF/USF, podendo assim cumprir essa nova carga horária. Este anúncio gerou muita confusão e frustração por parte dos funcionários, pois muitos deles trabalhavam nos serviços citados por muitos anos, estando acostumados com a equipe, os pacientes e rotinas, sem contar que haviam planejado sua rotina pessoal

considerando estes locais de trabalho. E esta situação delicada ficou evidente durante as entrevistas e, por consequente, apareceu como categoria temática durante a análise dos dados.

Devido ao capitalismo, o mercado de trabalho, em diversas áreas, vem enfrentando mudanças quanto à tecnologia, economia, cultura, políticas sociais e de RH. Dentre estas adaptações, uma delas é a prática da terceirização que, nos dias atuais, vem se tornando comum, já que com ela o serviço concentra-se na busca para manter a qualidade e produtividade, tendo um gasto menor com o quantitativo de RH (FELIX; GONÇALVES; FILHO, 2007). Nos serviços de saúde, a terceirização está presente e visa a complementação da força de trabalho com redução efetiva dos gastos com RH.

As enfermeiras atuantes nas UEs que sofreriam a mudança relatam que, por conta da situação, ocorreu muito estresse, aflição e insegurança por parte dos profissionais, influenciando diretamente na assistência prestada ao usuário, além de ausência de uma comunicação efetiva por parte da DE e SMS da real situação e se a mudança seria, de fato, implantada. Em sua maioria, elas consideram esta situação como algo estritamente político. Apresenta-se a incerteza de como será liderar e gerenciar uma nova equipe, contratada por outro regime empregatício, o CLT. Ressalta-se, ainda, que as enfermeiras receberam um comunicado que não seriam realocadas para outras unidades, sendo as únicas funcionárias a permanecerem no serviço:

> *A gente já passou por situações de muito estresse por conta dessa questão das 30 horas* [semanais] *que vai sair, que não vai sair...* [...] *E o funcionário fica bastante aflito, bastante apreensivo, e não está havendo o que o funcionário espera: abertura de diálogo, essa clareza do que está para ocorrer e se realmente essas 30 horas irão sair, se essa terceirização realmente vai sair, se vai ser para agora, se vai ser para depois, se vai ser imediato, se vai dar tempo do funcionário se planejar, se ele vai ter direito de escolha ou não... E aí você percebe que eles ficam muito exaltados por falta dessa comunicação, dessa clareza... e isso reflete diretamente no desenvolvimento do trabalho*. (E3 – UE2)

> *Essa é uma questão muito forte para mim nesse momento. Essa unidade terceirizando? E é uma questão política. Como é que você lida com isso? Nós não temos poder nenhum, não podemos palpitar em nada, a gente simplesmente recebeu de cima pra baixo e "é assim e pronto acabou!"* [...] *É um momento de transição importante para a gente. Eu sei como que é trabalhar com funcionário que vem de CLT, mas não sei como vai ser feito isso. Eu receber um funcionário que é CLT, eu sou estatutária... Eu acho que o momento está trazendo sofrimento para todo mundo...* (E4 – UE2)

> *Não sei como vai ser nas unidades que os meninos irão, porque o nível de compromisso vai mudar. Se eles fizeram tanto até agora, e receberam isso em troca da instituição: "Eu sempre me comprometi, eu fui trabalhar do jeito que eu estava e como dava... Por conta disso e daquilo, compromisso com o grupo... E recebi isso?"* (E6 – UE3)

> *Eu percebo que eles faltam muito e eu acho que o fato do funcionário estar insatisfeito, como houve aí com essa questão de eles serem remanejados do seu local de trabalho e nem todos conseguiram ficar onde precisavam, realmente* [...] *Eles foram remanejados pra locais que mudou muito a vida deles, gerou complicações, transtornos. Eu acredito que isso influencie muito na questão dos afastamentos, das faltas, porque muitos não vem e nem sempre eles trazem atestado...* (E8 – UE4)

Como exposto anteriormente, em das cinco unidades de UE do município foi implementada a característica de RH terceirizado e os funcionários atuantes neste serviço são contratados por regime CLT junto a uma instituição privada, também do município. Estrategicamente, a UE5 foi o último serviço onde os dados foram coletados por conta de que neste serviço não ocorreria essa transição de profissionais e consequente perda de informações e inviabilização da pesquisa. No momento em que os dados foram coletados na UE5, a terceirização dos demais serviços já havia ocorrido, sendo que para as enfermeiras deste serviço não houve uma mudança significativa na rotina da unidade, cuja situação é brevemente comentado por uma delas:

> *Transferência ocorreu agora, com a terceirização de outra unidade em que os funcionários se deslocaram por ser mais prático, por morar mais perto da residência, o horário que ia ser melhor para eles. Quanto à adesão desses funcionários que entraram... tem pessoas que já tinham outro vínculo empregatício e preferiram ficar na UE5* [...] *Recentemente, com a terceirização do serviço, teve duas colegas que foram convidadas pra ir pra esses lugares fazendo um ou outro horário melhor pra elas, trabalhando durante a semana, oito horas...* (E9 – UE5)

As percepções dos auxiliares e técnicos de enfermagem vinculados às quatro unidades de UE onde as mudanças iriam ocorrer são semelhantes às das enfermeiras alocadas no mesmo serviço e mostram a grande insatisfação dos profissionais com a situação. Além disso, na percepção deles, assim como das enfermeiras, a terceirização se trata de uma questão política, o que aumenta a frustração por parte dos envolvidos. Ressalta-se que, para os técnicos de enfermagem entrevistados na UE5, a situação não foi citada durante as entrevistas, o que, de fato, confirma ter havido uma mudança pequena ou nula na rotina de serviço da UE5:

> *Está todo mundo revoltado... por quê? Porque eles não apresentaram para nós no Diário Oficial que ia ter isso. Eu não sabia que ia ter isso, por exemplo. Muita gente não sabia que se fossem dados as 30 horas iam ter essas alterações bruscas com o maior desrespeito à categoria... Achei que foi uma falta de respeito muito grande. Foi "levando em banho-maria" e agora que "socaram a bomba"! Com 21 anos de casa, eu não sei nem para onde eu vou.* (AE3 – UE1)

> *É que aqui a gente discute política e é muito difícil. Por exemplo, dependendo do prefeito vai muito bem, dependendo do prefeito vai muito mal. E agora com essa história das 30 horas, dizem que vão terceirizar o posto. Hoje é dia 13 e a gente não sabe até agora se vai, para onde a gente vai, que horas a gente vai... está todo mundo aí, ansioso. Então, é difícil também...* (AE6 – UE2)

> *A questão é que teve essa mudança do remanejamento e agora vai ter uma mudança grande.* [...] *Quando vem um benefício, logo em seguida vem um corte ou uma retaliação, porque o que está acontecendo hoje é uma retaliação da greve que a gente fez em relação às 30 horas.* (AE15 – UE4)

Além da redução de custos, outra vantagem imposta pela terceirização de RH em saúde é o fato de que a instituição contratante repassa à instituição contratada problemas relacionados a conflitos na equipe de trabalho. E como consequência, a gerência tem um maior tempo para lidar com questões essenciais para se manter o padrão de qualidade para o cuidado (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR, 2000). Em contrapartida, um estudo relata que a diminuição de custos e a terceirização acarretam em precarização do trabalho, atingindo os profissionais da linha de frente do cuidado, além dos usuários do serviço (SILVA; MUNIZ, 2011). A precarização do trabalho gera desregulamentação da força de trabalho, redução de seus postos com aumento da sua carga de trabalho, e diminuição de custos trabalhistas e salariais visto que há a mudança contratual (LIMA, 2010).

5.1.3 Subtema 3 – Tempo de permanência do funcionário no serviço

A troca constante de profissionais em uma instituição altera de inúmeras formas o processo admissional aumentando os gastos. Além disso, altera a qualidade do cuidado prestado e satisfação profissional da equipe. Concernente, há a necessidade de uma demanda maior do setor de RH para a integração destes profissionais quanto à rotina do serviço. Sendo assim, a rotatividade torna-se um alerta para os gestores de saúde (HOLANDA; CUNHA, 2005).

Quando questionadas em relação ao tempo de permanência no serviço e a rotatividade da equipe, as enfermeiras atuantes nos serviços com vínculo empregatício estatutário relatam o quanto as características das unidades nas quais

elas atuam, como por exemplo público atendido, interferem na permanência dos profissionais, e, neste momento, notam-se algumas diferenças entre os serviços, pois a rotatividade acaba sendo maior em algumas unidades quando comparada a outras. Além disso, as enfermeiras citam algum dos motivos para que a rotatividade seja maior, como, por exemplo, aposentadorias, funcionários problemáticos, transferência para UBS e NSF/USF e a falta de adaptação à rotina do serviço.

> *Até que aqui o pessoal é mais fixo. Não tem muita rotatividade não. O que teve há pouco tempo foram duas pessoas que estavam há muito tempo na unidade e cansaram de fazer PA, de urgência e emergência e foram para UBS para trabalhar de segunda a sexta feira. A rotatividade aqui é pequena.* (E2 – UE1)

> *A UE2 é uma unidade de PA e conhecida como uma das unidades mais difíceis de se trabalhar por conta da demanda e até da população. Quando você vai assumir na prefeitura o cargo de enfermeiro, na maioria das vezes, as vagas que sempre sobram são as vagas da UE2. E, na maioria das vezes, para trabalhar no final de semana e nos feriados.* [...] *Eles sempre acabam caindo com a vaga que sobra que geralmente são os noturnos e os finais de semana e, com isso, eu acho que gera uma certa insatisfação do profissional, e ele acaba, no primeiro remanejamento que tiver, optando por sair. Exceto aqueles que necessitam realmente do horário noturno por conta de outros vínculos empregatícios.* (E4 – UE2)

> *Olha o pessoal aqui é muito impulsivo. Como a gente tem dias de, às vezes, agressividade do público, tem algum problema mais assim* [e os funcionários dizem]*: "eu não quero mais ficar aqui e não sei o quê", aí vai lá e pede transferência, mas o pessoal até que fica bastante. De quando eu cheguei, tem muita gente que está aqui antes de mim...* (E5 – UE3)

> *Nos últimos anos há uma rotatividade muito grande de pessoal. As pessoas não se fixam mais. Não vem com aquela intenção de ficar. A primeira barreira, por exemplo horário que não dá para trocar... já se dá "amém", já sai. Então, isso* [rotatividade] *está sendo geral. Eu acho que não é exclusivo daqui...* (E8 – UE4)

Em contrapartida, as enfermeiras atuantes na UE5 relatam que não há uma rotatividade de profissionais evidente no serviço e que, na percepção destas, os contratados gostam da unidade e do trabalho que desenvolvem:

> *Olha, normalmente o pessoal que entra gosta, agora de manhã... tem bastante funcionário que entrou quando a unidade inaugurou. O pessoal gosta muito.* [...] *O pessoal que entra normalmente eles ficam mesmo***.** (E10 – UE5)

Ao fazer os mesmos questionamentos aos auxiliares e técnicos de enfermagem atuantes nas unidades com vínculo estatutário, estes, assim como as enfermeiras, também relatam a rotina e características de suas unidades e os motivos pelos quais

acontece a rotatividade, sendo semelhantes aos relatos das enfermeiras. Observa-se também que, na visão destes, a rotatividade se difere de um serviço para o outro. Além disso, os auxiliares e técnicos de enfermagem têm a percepção de que o profissional enfermeiro permanece um menor tempo atuando nas unidades, ou seja, tem maior rotatividade em relação às demais categorias entrevistadas pelo fato de eles terem grande responsabilidades quanto à assistência e gerência dos serviços:

> *Aqui não tem tanta rotatividade. Os funcionários são mais antigos e na medida em que eles vão se afastando, até por morte, por aposentadoria... também é um período em que a gente vai se preparando para a ausência de cada um. Mais que isso, não tem rotatividade. Eu percebo que não. Pode ser até que tenha, mas não dá para perceber como prejuízo ou favorecimento do trabalho. A equipe é sempre a mesma.* (AE2 – UE1)

> *Os auxiliares e técnicos de enfermagem, eles vêm e permanecem anos aqui, agora o enfermeiro, ele é bem mais rotativo... é difícil um profissional* [enfermeiro] *que permanece muito tempo aqui...* [...] *Eu não sei te dizer se é porque aqui é um PA, mas a gente trabalha na rede municipal, então, tem-se a oportunidade deles migrarem para PSF, para UBS... que é um serviço que você trabalha só durante a semana. É diferente. Então, tem-se essa oportunidade, é mais fácil para eles migrarem... eu acredito que isso acabe incentivando eles a saírem daqui.* (AE4 – UE2)

> *A maioria dos colegas não ficam porque é muito difícil trabalhar aqui, aí a hora que tem a primeira oportunidade, eles já saem. O quadro* [de funcionários] *aqui é bem, bem instável mesmo...* (AE6 – UE2)

> *Rodam muito. Não ficam aqui. A maioria pede transferência para um lugar mais calmo. Não ficam não. De quando eu estou aqui, já rodou bastante...* [...] *Eu estou aqui há 6 anos.* (AE12 – UE4)

Os enfermeiros desenvolvem um trabalho complexo nestas unidades, sendo responsáveis pela supervisão, assistência ao usuário e, muitas vezes, gerenciamento da unidade. Como consequência, a carga de trabalho e o desempenho de inúmeras funções impostas a esta categoria profissional geram estresse, tensão e ansiedade (HOLANDA; CUNHA, 2005), além de grande insatisfação e desejo de mudança.

Quando se trata dos técnicos de enfermagem alocados na unidade com vínculo CLT, estes confirmam a percepção das enfermeiras atuantes nesse serviço de que há pouca rotatividade e, em suas palavras, mostra-se certa satisfação por estarem trabalhando naquele serviço:

> *Por incrível que pareça aqui é um lugar em que as pessoas estão faz muito tempo. O pessoal que trabalha aqui, todos são de quando abriu a unidade e não tem uma rotatividade alta. A maioria dos funcionários que entram acabam ficando, gostando. O pessoal gosta de trabalhar aqui.* (TE4 – UE5)

Ao comparar os relatos dos entrevistados, percebe-se uma sutil diferença na opinião dos mesmos com relação à rotatividade dos serviços. De fato, a rotatividade é presente em todos as unidades, porém, na visão dos entrevistados, ela é maior nas UE2 e UE4 em relação às outras duas unidades estatutárias. Em contrapartida, na visão dos funcionários dispostos na UE5, esta é a unidade com o menor nível de rotatividade de funcionários do município.

Portanto, quanto maior o tempo de permanência de um trabalhador em um devido setor ou unidade, maiores poderão ser os acréscimos em sua experiência profissional, além de continuidade do trabalho e do cuidado prestado de forma dinâmica e segura.

5.1.4 Subtema 4 – Comunicação como ferramenta para desenvolver o trabalho em equipe e gerenciar conflitos.

A comunicação é essencial para o desenvolvimento do trabalho em equipe, sendo uma ferramenta que, dependendo da forma com que é utilizada, surte efeitos positivos ou negativos no processo de relação interpessoal e, além disso, a comunicação torna-se essencial para o cuidar, possibilitando a criação de vínculo com o usuário do serviço (BROCA; FERREIRA, 2012; BROCA; FERREIRA, 2015).

Nos serviços públicos, além de problemas relacionados com estrutura física e tecnologia debilitadas, RH limitados, longas jornadas de trabalho, falta de privacidade e por ser um ambiente conturbado, os profissionais de enfermagem vivenciam, diariamente, problemas relacionados à ausência de comunicação, dificuldade em criar vínculo, não cooperação entre trabalhadores, organizações hierarquizadas, acarretando na quebra da continuidade e qualidade do cuidado prestado. Tais problemas devem ser abordados de forma que o acesso à saúde seja garantido aos usuários (BROCA; FERREIRA, 2012; DUARTE; BOECK, 2015; PAES; MAFTUM, 2013).

Ao se tratar da comunicação entre a equipe, considerando sua importância para o desenvolvimento da assistência e gerenciamento de conflitos e questionando a possibilidade de que uma deficiência ou ausência de comunicação poderia levar um trabalhador a ausentar-se, as enfermeiras estatutárias consideram a comunicação como essencial sendo que sua ausência ou deficiência pode acarretar em absenteísmo, clima desfavorável entre a equipe, além da dificuldade em receber e

acatar ordens por parte dos subordinados prejudicando o alcance de objetivos. As participantes admitem que, por diversas vezes, as falhas de comunicação são presentes no serviço, mas que tenta-se resolvê-las da melhor forma possível, sempre visando o melhor cuidado para o paciente. Faz-se necessário observar a presença de dificuldades em relação à comunicação não apenas entre a equipe, mas também em relação aos usuários do serviço, gerando insatisfação e afastamento do trabalho:

> *Comunicação é essencial no trabalho de equipe. Você tem que ter um bom relacionamento, tem que ter esse entrosamento porque o trabalho nosso é em equipe, não adianta, você não faz nada sozinho.* [...] *A comunicação facilita no trabalho.* [...] *Acho que para ele* [funcionário] *se ausentar, é falha de comunicação, porque se ele está se ausentando, ele está levando para o outro lado* [...] *Acho que deveria ter uma comunicação mais efetiva, porque tem que ter responsabilidade aqui no serviço.* [...] *Mas, agora de ter falha [de comunicação], tem sim... a gente não consegue agradar todo mundo, mas também tem que ver a prioridade do serviço e do paciente. Muitas vezes a gente entra em atrito com funcionário, mas a gente tem que visar o melhor para o paciente.* (E1 – UE1)

> *A comunicação no cotidiano é muito ruim. Eu acho que talvez seja um dos grandes problemas. A comunicação no cotidiano é muito ruim, a comunicação com a SMS é muito ruim, com o funcionário é muito ruim e o trabalho em equipe eu não vejo que é uma coisa legal, você não consegue caminhar!* [...] *E isso Influencia a se ausentar, influencia o desenvolver do trabalho em equipe, influencia no andamento das coisas. A comunicação é essencial para você alcançar alguns objetivos, alcançar algumas metas, propor objetivos, propor metas, estratégias. Se você não tiver isso muito bem estabelecido, você não vai conseguir caminhar, chega um momento que você para. Então para mim, a comunicação, ela é essencial.* (E4 – UE2)

> *Eu já presenciei de funcionário sair daqui, mas não por conflito na equipe, conflito com a população mesmo. A gente teve um funcionário que teve problema com um paciente, entrou em licença por depressão, depressão, depressão... até que pediu exoneração do cargo. Mas, entre equipe, por relacionamento interpessoal, eu nunca vi não* [pessoas se ausentarem por conflitos]*. Mas, em outros lugares que trabalhei eu vi acontecer. Eu mesma já saí de outros lugares por conta desses conflitos.* (E5 – UE3)

> *Tem muitos conflitos entre a equipe, por conta da escala diária... "Ai, porque eu estava escalado em tal lugar e eu não gosto... eu só fico em tal lugar!". A pessoa cria raiz naquele lugar. Às vezes, com o próprio paciente... já vi brigas numéricas em relação ao paciente e eu acho que de uma certa maneira, quando a pessoa está trabalhando insatisfeita, isso influencia na ausência dela. Porque eu percebo aqui que o índice de absenteísmo é alto. Eu percebo que eles faltam e não é uma falta, "Poxa, eu não vou trabalhar, então, preciso avisar...", não! Às vezes, eu estou no noturno e vou embora às sete* [horas da manhã]*, seis e meia da manhã o telefone toca e os funcionários até brincam: "É alguém falando que não vai vir trabalhar..." e realmente é!* [A pessoa diz] *"Olha eu estou entrando para trabalhar às sete, são seis e meia e eu não vou"; "Ah, meu filho está doente"; "Eu estou com dor de cabeça"...* [...] *As pessoas faltam mesmo, "Não vou trabalhar e pronto". Depois pede um desconto no banco de horas ou fica com a falta e desconta do salário... eles* [funcionários] *não se preocupam.* (E8 – UE4)

Em relação à opinião das enfermeiras terceirizadas, estas relatam um bom relacionamento interpessoal e uma boa comunicação em equipe, porém admite-se a ocorrência de alguns conflitos pontuais que são sanados rapidamente para que não haja prejuízos aos usuários:

> [...] *Quando há realmente alguma divergência, acaba por a pessoa começar a ficar insatisfeita dentro do ambiente* [de trabalho]*... as divergências nunca são pontos positivos e acaba por, realmente, influenciar na assistência. Eu acho que é onde a hierarquia deve entrar, em termos de coordenação de enfermagem para poder estar interferindo e estar bloqueando essa situação, antes que essas coisas levem a pender mais para o lado negativo. Já aconteceram algumas divergências, só que a gente, antes das coisas crescerem, senta e tenta resolver. A gente não deixa as coisas crescerem. Quando há algum tipo de divergência, ou por conta de um momento na hora do atendimento ou realmente uma divergência de opinião, nós já trazemos esses funcionários, já conversamos e já resolvemos a situação para que ela não se prorrogue.* (E10 – UE5)

O enfermeiro possui o papel de líder na assistência, gerência e educação em saúde e, é preciso que este papel de liderança esteja bem claro dentro da equipe de enfermagem para que seja possível prestar uma assistência de qualidade ao usuário (MONTEZELI; PERES, 2009). Uma das características essenciais para se liderar uma equipe, é possuir uma boa comunicação. Araszewski et al (2014), considera que um bom líder pode influenciar seus comandados com pensamentos e valores através da comunicação para se atingir metas e objetivos de forma eficaz. Além disso, faz-se necessário que exista uma supervisão desta comunicação e sua efetividade, caso contrário, o trabalho torna-se desarticulado e não viável à valorização do cuidado prestado (EL HETTI; et al, 2013).

Para os auxiliares e técnicos de enfermagem estatutários, em relação à comunicação como ferramenta para gerenciar conflitos na equipe, estes têm pensamento semelhante ao das enfermeiras alocadas nos mesmos serviços, de que a comunicação é essencial para o bom desenvolvimento do trabalho. Além disso, alguns admitem que já se ausentaram por conta de conflitos não gerenciados na equipe e alguns também relatam sentir dificuldade ao se relacionar com os enfermeiros e gerentes das unidades, principalmente quando se trata da confecção das escalas de trabalho:

> *Eu já me ausentei depois que um funcionário me agrediu com palavras. Eu entrei em depressão e fiquei 15 dias sem trabalhar, fui procurar um psiquiatra, não comentei nada aqui* [no ambiente de trabalho]*, deixei, passei por cima.*

> *Hoje, converso com essa pessoa normal, mas, lógico, isso* [conflitos] *faz com que você se afaste sim. E outra, a escala... minha chefe é a minha colega de trabalho, e, às vezes, a escala que ela me coloca no dia a dia, por exemplo, eu tenho uns stands e eu não consigo ficar muito tempo em pé... se ela me escalar direto na medicação, eu vou ter que pegar afastamento... não porque eu queira, mas porque eu não aguento. Então, tem que ter essa união: "Olha, eu consigo fazer tal trabalho"... se não, vai ter afastamento e com isso outros funcionários também vão se ausentar.* (AE 1 – UE1)
>
> [...] *A gente passou por um período difícil, a gente tinha declaração, aí tiraram, e a gente viu que é uma coisa do serviço porque em outros postos está sendo aceito e leva o funcionário a se afastar. Porque a gente vem e fala: "A gente vai dar declaração tal dia..." E ela* [enfermeira] *fala: "A gente não vai assinar". A gente vê que é uma coisa que é daqui, que é com a gente, a gente está sentindo isso, aí fica: a enfermeira joga para o gerente e o gerente joga para a enfermeira e aí acaba que ninguém assina... daí a gente vai no médico e pega um atestado. Porque a gente tem a consulta, tem médico que atende só de manhã, tem médico que só atende à tarde... então leva a gente a perder um dia de serviço, sendo que a gente podia ter trabalhado pelo menos algumas horas. Eu acho que conflitos levam à ausência. Tem pessoas que fazem isso.* (AE5 – UE2)
>
> *A população que tem aqui desmotiva a gente a trabalhar. É um pessoal muito agressivo, grosso, mal-educado...* [...] *Tem falha em comunicação também, porque muitas vezes você chega aqui e se depara com certas coisas que fulano está fazendo e ele está proibido de fazer aquilo, mas aquilo ele não estava sabendo porque a enfermeira "tal" não falou para ele e passou só para um...* [...] *O povo, às vezes, briga com a gente, diz que a gente é mal informado e a gente aqui é mal informado mesmo. Dificilmente você consegue informar um paciente do que está acontecendo...* [...] *O pessoal fica nervoso por qualquer coisinha e fala "Não venho aqui por um mês..." e não vem mesmo. Eles pegam um mês de LS... eu queria saber quem é esse médico que dá, para eu ver se pego também...* (AE11 – UE3)

Os técnicos contratados junto a UE5 reforçam a opinião das enfermeiras quanto à existência de uma comunicação efetiva com a equipe e relatam que muitas vezes ocorrem conflitos pontuais que não são levados adiante e que mesmo havendo conflitos não se justifica a ausência no trabalho:

> [...] *Acho que conflitos não influenciam a ausência porque trabalho é trabalho e a gente está aqui para trabalhar. Vamos supor, eu tive uma divergência com você ontem, hoje é outra coisa. Eu acho que o que é conversado, é resolvido. Eu não gostei do que você fez, eu vou e converso com você. Hoje eu conversei com você, eu resolvi aquela situação e amanhã a gente está trabalhando... não preciso ser sua melhor amiga. Porque trabalho é trabalho, é colega.* [...] *Se você me desrespeitar, aí tudo bem. Na hora do estresse, esses estresses existem, a gente é ser humano... talvez, nessa hora, pode ser que haja aquele conflito, mas fora disso não.* (TE4 – UE5)
>
> *A gente sempre tem umas desavenças com os pacientes, porque eles não entendem que a gente está com poucos funcionários, que não tem como atender eles assim que eles chegam e, às vezes, eles discutem, ficam xingando... a gente releva, explica para eles o que está acontecendo.* [...] *Se esse tipo de conflito faz você se ausentar? Acredito que não. A gente tem uma responsabilidade. Você tem seu emprego e eu acredito que você tem que arcar com suas consequências. Você tem que vir trabalhar... Essas*

> *desavenças, se você está trabalhando, você tem que resolver e não leva ninguém a estar faltando, não.* (TE5 – UE5)

5.2 TEMA II – Condições impostas ao trabalhador e sua influência no desenvolvimento do trabalho

5.2.1 Subtema 1 – Plano de carreira e salário como estimulantes para o desenvolvimento do trabalho

Quando questionados a respeito da existência e importância de um plano de carreira e salário no serviço, é unânime a resposta de todos os entrevistados atuantes em todas as unidades investigadas quanto à ausência de um plano de carreira efetivo, resultando em desmotivação no desenvolvimento do trabalho e na busca por aprimorar e qualificar-se melhor:

> *O plano de carreira? Isso está no papel há muito tempo. Mas até agora, ainda não foi colocado em prática.* (TE1 – UE1)
>
> *Existe e não existe. A lei foi criada, mas a prefeita não cumpriu. Até hoje a gente está esperando plano de carreira. Eles até tinham colocado a gente como atendente de saúde, aí a gente teve que fazer greve para voltar a ser auxiliar de enfermagem, que é o que a gente é mesmo. É muito triste porque a gente fica desmotivada.* (AE6 – UE2)
>
> *Não, não existe. Quer dizer, eu não tenho conhecimento. Parece que tem uma promessa, mas nada concreto ainda. E isso é desestimulante para a nossa carreira profissional. Eu sei de outras instituições públicas e municipais que têm plano de carreira e que eu até já participei, já trabalhei em outro lugar e que motiva muito, que faz muita diferença. Aqui, você não tem estímulo nenhum para fazer um curso, para fazer um mestrado... aqui as pessoas que têm doutorado ganham exatamente como eu, então qual a diferença de eu fazer um doutorado?* (E6 – UE3)
>
> *Nunca foi passada uma política de um plano de carreira, porém eu faço faculdade e eu acabo imaginando que logo depois que eu me formar, talvez, eu entre como enfermeira. Mas, que tem, oficialmente, uma política protocolada e tudo, não tem, e nem de salário. Apenas o reajuste, que é anual, mas só. Talvez, nesse ponto, poderia melhorar. Poderia ter um plano de carreira para os funcionários para poder se graduar, ter um desconto, ter uma associação com alguma faculdade... até porque, como é uma unidade de PA, ou vai ser médico, ou enfermeiros ou técnicos. Mas, poderia sim, ter um plano de carreira.* (TE4 – UE5)

Atualmente, é impossível falar de qualidade de vida no trabalho e gestão de trabalho no SUS sem relacioná-los com os Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS). Nesse sentido, o MS criou, em 2004, as Diretrizes do PCCS-SUS (Portaria

GM 626, de 08 de abril de 2004), preconizando a elaboração de planos de carreira para estados e municípios, a progressão e promoção, qualificação e avaliação profissional. Pontua-se também que a existência dos PCCS era uma condição para, em 2006, firmar-se o Pacto pela Saúde.

Em relação ao município de Ribeirão Preto, foi encontrando um documento de 2012, cujo Projeto de Lei Complementar nº 232/2012 trata da estruturação do plano de classificação de cargos, vencimentos e carreiras do serviço público municipal da administração direta e autárquica e institui nova tabela de vencimentos, e outras providências (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

Lacaz et al (2010), construiu uma tabela para demonstrar o processo de implantação do PCCS-SUS para as cidades de Campinas, São Paulo e Guarulhos, abordando os princípios necessários para garantir a oportunidade de desenvolvimento profissional e funcional, com capacitação adequada para todos os trabalhadores de forma igualitária.

Quadro 8 – Diretrizes para a estruturação do Plano de Carreira, Cargos, vencimentos e carreiras do serviço público municipal do Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2012.

Princípios (PCCS-SUS)	**Diretrizes (Ribeirão Preto)**
Ano de implantação	2012
Universalidade	Todos os trabalhadores
Concurso público	Única forma de acesso
Gestão partilhada de carreira	Sem menção específica
Educação permanente	Programa de qualificação profissional controlado pela Secretaria de Saúde
Avaliação de desempenho	Programa institucional de avaliação de desempenho
Cargos/Empregos	**Nível Médio:** I - Agente de Enfermagem; II - Agente de Controle de Vetores; III - Agente Comunitário de Saúde; **Nível Técnico:** I - Agente Odontológico; II – Técnico em Eletrocardiograma; III – Técnico em Eletroencefalograma; IV – Técnico de Laboratório de Análises Clínicas; V – Técnico de Nutrição; VI – Técnico de Enfermagem; **Nível Superior:** I - Cirurgião Dentista; II – Enfermeiro; III - Enfermeiro do Trabalho; IV - Enfermeiro em Saúde Pública; V – Enfermeiro Psiquiátrico; VI – Farmacêutico; VII – Médico
Classes	Nível Médio: 2 classes; Nível Técnico: 3 classes; Nível Superior: 4 classes
Progressão	Dois anos de efetivo exercício e não ter recebido penalidades disciplinar neste período; ter obtido conceito médio superior a 60% nas duas últimas avaliações de desempenho
Promoção	Conceito médio superior a 70% (setenta por cento) nas duas últimas avaliações de desempenho e titulação
Gratificações	Não abrange todos os trabalhadores
Produtividade e desempenho	Sem menção específica

Fonte: SMS do Município de Ribeirão Preto, 2012. Adaptado de Lacaz et al (2010).

Nesta lógica, construiu-se o Quadro 8 com os mesmos princípios para o município de Ribeirão Preto, destacando o início da implantação no ano de 2012 e abrangência universal do PCCS-SUS. No entanto, gestão partilhada de carreira e produtividade e desempenho não foram mencionados e as gratificações não abrangem todos os trabalhadores. Durante as entrevistas, uma das participantes do estudo cita este documento e o coloca como uma promessa política, visto que este foi aprovado em 2012, ano de eleições municipais:

> *Tem, no papel tem! Eu vejo como uma promessa política. Não era com a intenção de incentivo, de melhorar. Os profissionais até viram como incentivo, não acharam que era só ladainha política.* [...] *No início, enquadrou tempo de serviço. Aí, a promessa era dali três/quatro meses, uma avaliação de assiduidade, depois título... e nada mais aconteceu.* [...] *Adequou e acabou. Morreu a história. Nada mais aconteceu.* (E7 – UE4)

O PCCS-SUS nada mais visa do que a valorização da carreira profissional, privilegiando aqueles trabalhadores que buscaram uma qualificação melhor, que se especializaram para a prestação de uma assistência com maior qualidade. Diante do exposto, evidencia-se que o município não possui um plano de carreira concreto havendo a necessidade de revisar este documento a fim de estimular e qualificar estes profissionais

Em relação ao salário para enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem com vínculo estatutário, este foi considerado elevado em relação às demais instituições do município, porém ainda defasado considerando as respectivas categorias profissionais. Além disso, a maioria dos entrevistados menciona que este salário poderia ser elevado, caso existisse o plano de carreira. Os profissionais terceirizados consideram o salário como razoável e o comparam com os dos funcionários estatutários, principalmente em relação aos benefícios extras que estes recebem. É visível um sentimento de frustração por parte dos profissionais terceirizados pelo fato de desenvolverem o mesmo trabalho que os vinculados à prefeitura desenvolvem:

> *Eu acho que a prefeitura é um dos salários mais justos que existem na Enfermagem, principalmente aqui em Ribeirão Preto. Acho que é o que mais valoriza, o que mais paga. Eu acho que o que nós fazemos, pelo salário, é justo.* (TE1 – UE1)

> *Lógico que, com defasagem e tudo, a prefeitura tem um salário decente para enfermeiro porque eu trabalhava em uma outra instituição por 36h, ganhando menos do que eu ganho por 20h aqui. Então, em termos de salário, é bem diferenciado. É meio frustrante, eu gostaria de ganhar um salário desses*

> *trabalhando no Hospital das Clínicas* (HC)*, porque lá você cresce em termos de conhecimento, convive com outra estrutura, aqui não, aqui é o contrário... você tem que trazer, suga o que você tem.* (E7 – UE4)
>
> [O salário] *É razoável. É até um pouco melhor que o hospital. Até que nosso ticket é bom, então, somando o salário com o ticket é uma coisa até que razoável, não é tão ruim em relação aos outros hospitais, embora eu ainda acho que a gente é bem desmerecida. É muita responsabilidade para pouco dinheiro.* (AE9 – UE3)
>
> *Eu tenho uma visão que pode melhorar com relação a salário. Eu vejo uma certa injustiça com a gente porque é um serviço terceirizado, mas que a gente acaba trabalhando para a rede. E a gente não tem tanto reconhecimento, não tem benefício. É nosso salário e ponto... se você for comparar com as outras unidades, a gente faz o mesmo serviço que eles, e até mais, porque recebe demanda de tudo quanto é lugar...* (E9 – UE5)

No contexto da sociedade atual, o salário se torna uma moeda de troca e é com esta remuneração que os trabalhadores adquirirão bens de consumo. Na enfermagem, o salário torna-se um fator influente quando o assunto é o serviço prestado com condições de trabalho penosas e cobranças sociais elevadas, visto que, nos dias atuais, as pessoas são medidas pela sua remuneração e gratificações simbólicas (SARRETA, 2009). Nesta lógica, estudos mostram que salários defasados geram insatisfação e, considerando os dias atuais, levam os trabalhadores a obter mais de um vínculo empregatício, acarretando em sobrecarga de trabalho, estresse e impacto na qualidade de vida (SOMENSE; DURAN, 2014; VERSA; MATSUDA, 2014).

Ao refletir sobre o subtema “Plano de carreira e salário como estimulantes para o desenvolvimento do trabalho”, percebe-se a semelhança entre todas as unidades de UE quanto à ausência de um plano de carreira efetivo no município, e que esta ausência acarreta em desestímulo para buscar novos conhecimentos e melhorar a qualificação profissional, por parte dos trabalhadores. Em relação ao salário, é igualmente visível que todos os entrevistados o consideram razoável com certa desvalorização, porém com a diferença que os profissionais regidos por um vínculo estatutário recebem alguns acréscimos salariais que os profissionais terceirizados não recebem.

Diante disso, é de fundamental importância a busca de alternativas para reformular as políticas públicas de RH, visando estimular os profissionais nela inseridos, para que estes possam desenvolver seu trabalho prestando um cuidado mais efetivo e de melhor qualidade.

5.2.2 Subtema 2 – Vínculo empregatício: vantagens e desvantagens

Concernente ao vínculo empregatício para as enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem com vínculo estatutário, as respostas apontam as vantagens de ser um funcionário público e possuir uma série de benefícios, principalmente a estabilidade. Além disso, de modo geral, apresenta-se visível a dificuldade, por parte das enfermeiras, em gerenciar e supervisionar uma equipe de funcionários considerados estáveis, principalmente sabendo que estes estão respaldados por um estatuto, dificultando algumas condutas necessárias em casos de falhas. E, na visão dos auxiliares e técnicos de enfermagem estatutários, muitas vezes ocorre sobrecarga de trabalho por conta de ausências não justificadas dos colegas de trabalho, por conta da segurança em ausentar-se e possuir estabilidade:

> *Em relação ao vínculo empregatício, a gente percebe isso em alguns elementos da equipe. Dá para perceber isso* [o comprometimento]*. Um sossego, uma certa segurança... a própria instituição não cobra, não supervisiona de acordo, pode-se dizer assim...* (AE2 – UE1)

> *É importante porque você se sente seguro, mas ao mesmo tempo, para o serviço, não é tão bacana porque existem algumas pessoas que abusam desse benefício e acabam não trabalhando como se trabalhassem num serviço de CLT que poderia ser mandado embora. Muitos se aproveitam porque não vão ser demitidos. Existem pessoas que são uma aqui* [agem de uma forma] *e trabalham em um hospital particular e lá elas são outras pessoas completamente diferentes* [tem outra conduta]. *Aqui, elas são completamente desleixadas, descomprometidas e no trabalho fora é completamente comprometida. É o "um braço direito da enfermeira" e aqui, não tem esse comprometimento.* (AE15 – UE4)

> *Ser estatutária e ter estabilidade é muito legal... saber que você passou dos 5 anos* [de trabalho]*, você tem uma estabilidade adquirida e tudo mais. Ao mesmo tempo, eu avalio como um todo o fato de alguém ter esta estabilidade total e você não ter outros mecanismos para se encaminhar algumas situações. Eu vejo algumas questões negativas. Às vezes, eu tenho funcionário extremamente difícil de se trabalhar, inadequado, que não cumpre e não aceita regras, não aceita orientação e você não tem caminhos de, não digo punir, mas de mostrar que isso não está correto, mas ele tem estabilidade, faz o que quer. Eu tenho funcionário aqui que entra a hora que quer e sai a hora que quer e quando você se posiciona, você fala que não é assim, temos hora para entrar, para sair, que nós cuidamos do paciente, que nós temos uma responsabilidade... "Eu sou funcionário público, faço o que quero" e é assim que é. Isso é muito ruim, muito negativo. É legal essa estabilidade, esse vínculo, porém a gente tinha que ter outros caminhos no sentido de, adquiriu estabilidade, a cada 5 anos esse funcionário tem uma reavaliação.* [...] *Existe essa questão do estatuto, tem uma série de regalias e você punir é muito complicado porque você bate em um sindicato que tem uma relação política com prefeita, com partido, então essa questão política partidária é ruim e interfere muito no trabalho. Você não consegue caminhar de uma forma legal, não consigo ver isso como positivo.* (E4 – UE2)

Após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, o MS atua na criação e execução de políticas públicas de RH para o SUS, sendo uma destas iniciativas a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) que orienta o desenvolvimento das políticas de RH no SUS nas três esferas de gestão (municipal, estadual e federal), e divide-se em quatro dimensões: Gestão do Trabalho no SUS, Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, Saúde do Trabalhador do SUS, e Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS (BRASIL, 2005c).

Um estudo realizado relata que a dimensão “Gestão do Trabalho” tem três indicadores, sendo que um destes, “Qualidade do vínculo”, aponta que trabalhadores com vínculo estatutário possuem maiores garantias e benefícios trabalhistas, estando expostos a uma menor precarização do trabalho (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010). Em contrapartida, para os usuários, aumentam-se os questionamentos quanto à estabilidade adquirida pelos servidores públicos e considerando-os, atualmente, como responsáveis pela desqualificação do serviço público.

Pela constituição, a estabilidade é garantida ao servidor público e só poderá ser destituída através de processo administrativo ou judicial. Estudos comprovam que servidores públicos se sentem seguros quando ingressam na carreira, sendo que a estabilidade é considerada um dos principais atrativos para se tornar um servidor público, pois gera tranquilidade na vida financeira e social (GUIMARÃES; et al, 2011; BATISTA; et al, 2005).

Assim, as enfermeiras estatutárias participantes desta pesquisa estão enfrentando as contradições do vínculo, onde estabilidade no trabalho pode dificultar o processo de organização e gestão dos recursos humanos frente às responsabilidades na assistência prestada aos usuários das unidades de UE.

Todavia, para alguns dos trabalhadores contratados junto ao regime CLT, a percepção quanto ao vínculo trabalhista é de que se atuando corretamente e cumprindo os deveres impostos pelo contratante, não existe preocupação em ter ou não estabilidade. Porém, para outros trabalhadores, a estabilidade faz falta, além dos benefícios extras adjuntos ao vínculo estatutário que também são sentidos como uma desvantagem:

> *Eu já fui funcionária pública e atualmente sou CLT. Não há diferenciação alguma. Hoje, no setor público, você também tem que trabalhar corretamente, de forma adequada no ambiente de trabalho porque não existe mais essa*

> *questão de estabilidade, tem que ser um bom profissional. Se não é, independentemente de ser particular/privado ou público, você acaba por deixar de ser suficientemente bom naquilo que pratica. Então, é onde eu acho que não há distinção não. É uma coisa muito igual.* (E10 – UE5)

> *Poderia ter mais benefícios. Eu sempre trabalhei com CLT na Enfermagem, eu acho que já trabalho faz uns 13 anos, mais ou menos, e eu não conheço outra parte... essa outra de estadual, federal... Mas, no que eu conheço, tem muitos benefícios e o que eu acho que falta para a gente talvez seja isso, a estabilidade. Aqui, se você trabalhar bem, você não vai ser mandado embora, mas você tem que corresponder com a empresa.* [...] *Eu estou satisfeita com o trabalho, mas o que poderia melhorar seriam as condições de benefícios pra gente...* (TE3 – UE5)

Como discutido no item "*5.1.2 Subtema 2 – Reorganização do trabalho e a perspectiva dos trabalhadores frente à mudança para as 30h/semanais e a terceirização do serviço",* a terceirização pode acarretar algumas desvantagens para o contratante, visto que pode gerar conflito de interesses entre os tipos de vínculos empregatícios existentes no serviço, uma vez que profissionais estatutários possuem inúmeros benefícios, dentre eles a estabilidade, que funcionários terceirizados não possuem.

5.2.3 Subtema 3 – Educação permanente e sua importância para desenvolvimento do trabalho

Quanto ao subtema "Educação permanente e sua importância para desenvolvimento do trabalho", observa-se que os participantes com vínculo estatutário relatam a ausência de educação permanente e a baixa disponibilidade ou ausência de cursos de atualização e capacitação, resultando em desestímulo e fazendo com que eles procurem buscar conhecimentos e se capacitar individualmente e fora do serviço. Em sua maioria, estes relatam que na prefeitura, em gestões anteriores, era comum a disponibilidade de cursos, porém, com o passar dos anos e mudanças na administração, esta disponibilidade foi diminuindo e se tornando escassa:

> *A educação permanente é muito importante para estar se reciclando, sabendo do que aparece de novo, o que a gente não mexe, estar relembrando, só que não existe aqui. Pouquíssimas vezes foram feitas ações de educação permanente com a gente.* [...] *Em 6 anos de unidade, fiz pouquíssimos cursos, uns 3... de sondagem vesical, de dengue e o outro foi de atendimento à parada cardiorrespiratória.* (AE4 – UE2)

> *Eu acho que tem falta de prática, de ensino... tem uma grande falha. A gente não tem* [educação permanente]. *Se você não trabalha em outro emprego e não tiver vontade própria, você fica para trás aqui. Porque não tem*

> *reciclagem.* [...] *É raro* [cursos pela prefeitura]. *É engraçado que no início, quando eu entrei, nós tínhamos muitos. Agora, faz um bom tempo que não aparece mais* [oportunidades de educação]. *Eu acho que a chefia, o próprio pessoal, tinha que se interessar mais e fazer reuniões e explicar... aqueles que sabem mais, explicar para aqueles que sabem menos, mas temos dificuldades quanto a isso.* (TE1 – UE1)

> *A gente não conta com isso. Já houve um programa de educação permanente na prefeitura há alguns anos atrás, era muito interessante, tinha uma série de cursos, uma série de coisas... tem algumas coisas hoje, de atualização ou capacitação. Como enfermeira do noturno é difícil o acesso a isso, não chega informação, como se de noite nada acontecesse.* (E6 – UE3)

Em contrapartida, os funcionários terceirizados recebem grande suporte da instituição privada que os contrata em relação à educação permanente, cursos de atualização e capacitação. As enfermeiras buscam tais recursos para repassar o conhecimento adquirido aos técnicos e estes, quando sentem necessidade de abordar a atualização de determinado tema, possuem a abertura para sugeri-lo conforme a demanda da unidade:

> *A cada mudança que é realizada* [nos protocolos], *nós fazemos os grupos para poder passar as mudanças, novos protocolos, novas alterações. É passado em toda a rede pública e nós divulgamos para todos os funcionários, para estarem sempre atualizados tanto nos protocolos quanto nas questões técnicas também.* [...] *A gente sempre tem que estar estudando, sempre estar vendo sobre conceitos, novas regras do COREN, então isso é extremamente importante dentro do trabalho.* [...] *A gente faz uma programação e eles fazem* [a atualização e cursos] *no horário de trabalho mesmo. Então, os dias que tem um número de funcionários maior na escala, a gente tira três ou quatro funcionários para poder fazer essa educação permanente. E isso é feito durante dez a quinze dias até abranger a todos.* [...] *É o Santa Lydia* (instituição conveniada com a SMS) *quem fornece. A prefeitura passa os protocolos para a gente em reuniões e depois o Santa Lydia, no caso os enfermeiros da unidade, é que repassam isso para os funcionários. A gente monta os protocolos, todo o treinamento e repassa aos demais.* (E10 – UE5)

> *A gente tem bastante curso aqui. Eles oferecem bastante e a gente sempre participa, porque é muito bom, é um conhecimento a mais. A gente recebe certificado, tudo. É muito bom. Ajuda bastante. Ajuda no dia a dia de trabalho, principalmente...* [...] *Eu não sei te falar quem fornece, mas eu acho que é o Santa Lydia, porque eles sempre vêm para cá ou a gente vai para lá, pra receber essas aulas, esses cursos*. (TE5 – UE5)

Após a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, o MS responsabiliza-se pelo processo de gestão de RH, criando estratégias e métodos para alcance da integralidade à saúde. Nesse sentido, houve a criação da Política de Educação Permanente em Saúde, voltada para formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2009a). A educação permanente contribui para a elevação do nível de assistência prestada, tendo como principal objetivo a transformação do

processo de trabalho e consequente melhoria nas ações e serviços de saúde prestados, além de refletir as condições reais para a implementação destas ações de educação (SARRETA, 2009).

O processo de educação permanente envolve várias ações de capacitação, sendo elaborado a partir das características do serviço no qual este processo está inserido, fortalecendo habilidades, conhecimentos, atitudes e práticas. Para isso, foi criada a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que trata das Diretrizes sobre as Responsabilidades do Pacto de Gestão para a Área da Educação na Saúde (BRASIL, 2009a). Entretanto, algumas das dificuldades encontradas pelos municípios ao se colocar em prática a educação permanente é o fato de que muitas vezes o foco se encontra na definição de técnicas de trabalho e não no processo. Além disso, as ações se concentram por um determinado tempo e diluem-se ao término deste e, com isso, muitas vezes ocorre o aprendizado individual e não institucional. A dificuldade aumenta quando a educação se concentra nas mudanças comportamentais e gestão de recursos humanos, como liderança e tomada de decisões (BRASIL, 2009a).

Para profissionais de enfermagem, as buscas por novos conhecimentos e a atualização de práticas profissionais são essenciais e, além disso, o desenvolvimento de um senso crítico para que ocorra a mudança de hábitos e a forma de se pensar (JESUS; et al, 2011), visto que para esta profissão deve-se estar livre de julgamentos e preconceitos.

A educação permanente é entendida como uma ferramenta disponível nos serviços abrindo espaços para que haja o pensar, aprender e atuar no trabalho de forma contínua e não fragmentada como se dá nos serviços de saúde atuais (AMESTOY; et al, 2009). Além disso, a educação permanente é uma estratégia fundamental para melhorar as condições de trabalho precárias, as quais os profissionais de saúde estão expostos.

Diante do exposto, destaca-se a necessidade do fortalecimento de Políticas de RH no que tange à educação permanente no município aos trabalhadores com vínculo estatutário, considerando a percepção destes sobre as debilidades na atualização de conhecimentos na área de saúde, enfrentadas no cotidiano do desenvolvimento do trabalho e do impacto na assistência prestada nas unidades de UE.

5.2.4 Subtema 4 – Influência da estrutura física, materiais e equipamentos no cuidado

Ao serem questionados quanto à influência da estrutura física, equipamentos e insumos na qualidade da assistência prestada, as respostas evidenciam, de modo geral, que tais fatores influenciam diretamente na qualidade do serviço prestado, podendo esta ser de forma positiva, quando se tem uma estrutura adequada, bons equipamentos e material de qualidade; e, negativa quando a estrutura física não é bem planejada, os equipamentos exigem muita manutenção e os insumos não são de boa qualidade e/ou não ocorreu a disponibilização de treinamento prévio. Nesta categoria, há algumas diferenças entre os relatos dos entrevistados considerando o serviço em que estes estavam alocados, em relação à estrutura física e insumos disponíveis. Quanto aos equipamentos, é unânime que há falta de manutenção preventiva e a ausência de treinamento prévio na chegada de um equipamento de ponta, o que leva ao mau uso do mesmo prejudicando o atendimento.

Para enfermeiras e técnicos e auxiliares de enfermagem alocados na UE1, a estrutura física é considerada como boa, necessitando apenas de algumas adequações como, por exemplo, a instalação de ar-condicionado. Em relação aos insumos disponíveis, eles consideram que são de baixa qualidade, muitas vezes prejudicando o atendimento prestado. Além disso, os participantes relatam que sentem dificuldade com insumos inovadores como, por exemplo, seringas adaptadas para proteger o manuseio da agulha, pois não foi feito treinamento prévio e a dificuldade de manuseio é grande:

> *Influenciam, 100%. Por exemplo, uma UBDS desse porte e não tem ar-condicionado, as bactérias vão se multiplicar e chega um paciente com uma resistência baixa... ele corre o risco de estar contraindo outras doenças.* [...] *Escalpe furado... acontece de vir lotes de materiais horrorosos. Ou material caro, de boa marca, mas é uma seringa que a hora que você encosta o êmbolo, depois ela não aspira mais, está perdido. Você, sem querer, encosta... Quer dizer, quer fazer uma coisa moderna, ver nossa segurança, mas no nosso manuseio, nós estamos dando prejuízo, porque perde essa seringa rapidinho...* (AE1 – UE1)

> *Equipamentos, às vezes a gente vê dificuldade em questão da qualidade. A gente tem dificuldade de material. Oferecem um material que parece que é inovação, é questão de segurança, a gente vê o lado bom, mas muitas vezes ele dificulta ali, na prática mesmo, no dia a dia...* [...] *A estrutura física já melhorou bastante, mas ainda acho que pode melhorar.* (E1 – UE1)

Para os participantes dispostos na UE2, estes consideram a estrutura e a organização do serviço em alguns setores da unidade como desorganizados, porém, em geral, consideram que a unidade tem uma boa estrutura física que, no entanto,

poderia ser melhorada em relação ao fornecimento de mobiliário e, principalmente, de macas e cadeiras de rodas. Em relação aos materiais fornecidos pela prefeitura, assim como os profissionais alocados na UE1, estes os consideram de baixa qualidade, principalmente em relação às agulhas que se tornam rombudas durante o procedimento. Uma das enfermeiras participantes cita que, para ela, a estrutura física, materiais e equipamentos influenciam no cuidado prestado, porém não são os itens principais; ela considera que ter uma boa comunicação em equipe, além de RH suficiente, é o que mais interfere na assistência prestada:

> *Eu acho que se tem um número adequado de funcionários, capacitados, tanto a equipe de enfermagem como o enfermeiro, você consegue criar vínculo na equipe, consegue introduzir o trabalho de equipe, consegue trabalhar com gerenciamento de conflito, consegue trabalhar de uma forma não vertical, mas horizontal, eu acho que isso é muito mais importante, mas nesse momento nós não temos isso.* [...] *A estrutura está dentro do que podemos fazer. Se adequasse mais uma ou outra situação e que conseguisse trabalhar mais essa questão do funcionário mesmo, do envolvimento, do vínculo, eu acho que com a estrutura que a gente tem aqui daria para gente fazer uma assistência legal.* (E4 – UE2)

> *Prefeitura não tem controle de material, então a gente tem que trabalhar com material ruim. E se o material é ruim, não tem com quem a gente reclamar porque se reclama com a enfermeira, não sei se ela passa para frente... mas a gente entende que não tem pra quem ela passar, porque na Prefeitura não tem controle de qualidade.* [...] [A estrutura física] *não é ruim não. Eu não tenho problemas com a estrutura. Algumas salas são mal organizadas, aí atrapalha.* [...] *Aqui como é o PA, lá na urgência os equipamentos são ruins. Os monitores às vezes funcionam e às vezes não funcionam e nós não fomos treinados para usar. As bombas de infusão, a mesma coisa, a gente até tem, mas não usa porque ninguém foi treinado, quem sabe usar é porque usava em outro serviço e não aqui. Os equipamentos podem até ser que sejam de boa qualidade, mas quando a gente não sabe usar... e tem os de má qualidade também, igual aos suportes de soro que são horríveis, as camas são péssimas. Várias coisas...* (AE5 – UE2)

Já os entrevistados da UE3 relatam que ocorreu uma mudança recente na estruturação da unidade, acarretando em mudanças nas salas de urgência, observação e medicação. Muitos relatam satisfação com as mudanças. Outros, no entanto, mostram ainda uma grande insatisfação, considerando a estrutura física da unidade como péssima, visto que os usuários circulam pelos mesmos lugares que os profissionais sem um fluxo de atendimento, como é existente na UE1. Além disso, eles fazem menção à inexistência de manutenção dos equipamentos, qualidade do mobiliário e a limpeza da unidade, considerando-a como insatisfatória:

> [...] *Foram feitas algumas mudanças aqui e eu achei que ficou ótimo. Todo mundo gostou. A sala de medicação que nós trabalhávamos era um cubículo, escalava três pessoas ali... era uma dureza para você trabalhar, era perigoso até você espetar um* [funcionário]*, espetar o paciente... muito pequeno. Agora está ótimo. Agora ficou grande. Você trabalha com espaço, ficou muito mais organizado. A sala de observação também. Era onde é a urgência, que era enorme, para quê? Não chegavam quatro ou cinco urgências de uma vez...* (AE8 – UE3)

> *Houve uma mudança recentemente, mas, se você for olhar, você tem um lugar de anotação de enfermagem, de prescrição médica na sala de observação que você não enxerga o paciente, então, mesmo com essas mudanças, tem umas coisas loucas... na área de urgência não dá para trabalhar.* [...] *Na urgência, a gente tem muito problema sim, a gente prejudica não só o paciente como a estrutura das pessoas... "Já que não tem estrutura, não tem material bom, vou fazer de qualquer jeito mesmo...". Isso não é consciente, mas isso é sobrevivência.* [...] *Não tem uma estrutura que te facilite, então você tem que ir até o "outro cafundó do Juda" para pegar uma coisinha que não tem lugar para por aqui. Você não tem uma caixa de resíduos adequada, você tem sacos. Existe um contrato de manutenção preventiva para tubos de O^2 e vácuo, nós tivemos um problema outro dia e o cara pediu para eu assinar a manutenção preventiva que ele estava fazendo. Aí eu disse: "Não, você não está fazendo a manutenção preventiva..."* [...] *A gente teve uma falta de energia aqui, durante a noite, e não tinha gerador para ligar, estava quebrado. Eu fiquei duas horas sem energia e foram duas noites seguidas. Agora, à noite não adianta ligar porque o "Senhor Fulano" não vai... eu estou num PA sem energia, eu liguei para o Senhor Tal, que viria fazer, mas ele não atendeu e a gente ficou sem energia. Quer dizer, como estão os equipamentos? E aparelho de pressão, quando foi a última verificação? Não tem data... eletrocardiograma, monitor... nem mesmo suporte de soro, cadeira de rodas, maca...* (E6 – UE3)

> *Se você tem uma estrutura física ampla onde os pacientes circulam no meio do seu trabalho, atrapalha. Deveria ser tudo separado. Eles circulam no meio da gente... você está preparando medicação, estão conversando com você, fazendo perguntas, pedindo informação... lógico que atrapalha. Tira sua atenção...* [...] *Uma sala de medicação mais reservada sem a entrada de acompanhantes* [...] *Faltam materiais e equipamentos. Se você precisa de um pulso oxímetro, a gente tem um lá, grudado na parede e precisava de ter um móvel ou mais de um. Um glicosímetro só para a pediatria, no entanto você precisa ficar pedindo emprestado. Chega uma urgência, você suspeita de uma hipoglicemia... alguém tem que correr para buscar o glicosímetro... deveria ter cada um em seu setor.* (AE9 – UE3)

Considerando as respostas dos entrevistados da UE4, a estrutura física da unidade já passou por diversas reformas ao longo do tempo, porém ainda é motivo de insatisfação por parte dos mesmos, considerando que não possuem segurança para trabalhar pois há muitas portas de entrada na unidade, além de também não possuir um fluxograma de atendimento, sendo que a maior reclamação diz respeito à proximidade da sala de aerossol e da sala de curativos e, principalmente, na sala de urgência, pois os funcionários dispostos na sala de urgência são os mesmos responsáveis pelo preparo e administração de aerossóis e, como não há esse fluxo de atendimento, os pacientes acabam atrapalhando o atendimento de urgências. Além

disso, os funcionários consideram o mobiliário da unidade como péssimo e assim como os profissionais da UE2, fazem menção à ausência de macas, colchões e cadeiras de rodas adequadas. Em relação ao material, os mesmos dizem que a qualidade é baixa, o que não significa que faltem insumos e, quando faltam, são coisas mínimas que podem ser substituídas:

> *Eu não acho... não só eu como todo mundo não acha certo a sala de aerossol ser em frente da sala de urgência. Isso é uma das coisas que mais causa briga no setor: primeiro, você está atendendo uma urgência, o povo não quer saber se você está atendendo uma urgência ou não, eles deixam a ficha do aerossol lá e vai brigar com você... "Porque faz uma hora que eu estou aqui"... você pode explicar que está em uma urgência, eles não querem nem saber. A estrutura é uma das piores estruturas que tem...* [...] *Material... até que material não anda faltando tanto assim, não.* [...] *Tem coisas que vem até boa e tem coisas que é bem... depende do material, mas, falta umas coisinhas... às vezes, eles demoram mas mandam... e, às vezes, é difícil. Por exemplo, você vê as camas? Sem condições. Colchão? Sem condições. Dependendo do paciente, ele não vai nem querer deitar naquela cama.* (AE12 – UE4)
>
> *Estrutura física, acho que tem pontos na unidade que poderiam ser melhorados. Primeiro, nós somos uma unidade muito aberta, nós temos três entradas, então, qualquer um pode entrar aqui... pensando em relação a nossa segurança enquanto profissionais... você entra pelo estacionamento se você quiser, você entra lá na frente onde o paciente entra e entra pela porta da sala de urgência. Outra coisa: o paciente, às vezes, ele chega e fica meio perdido com esse fluxo, ele não sabe se ele entra aqui na porta da sala de urgência ou pela outra porta. Essa questão do fluxo aqui dentro, eu acho um pouco complicado.* [...] *Outro ponto: nosso aerossol é aqui* [em frente à sala de urgência]*, a medicação é lá* [próxima à sala de espera dos pacientes]*... às vezes, o que que acaba acontecendo? Quem está aqui na sala de urgência e cuidando das observações tem que ficar preparando o aerossol desse pessoal e muitas vezes o fluxo de paciente, que está em observação, é grande. Tenho que parar tudo que estou fazendo para ficar atendendo porta, porque eles batem toda hora. Você vai para casa e parece que o barulho da porta está dentro da sua cabeça...* (E8 – UE4)

As enfermeiras e técnicos de enfermagem alocados na UE5 relatam uma boa estruturação física, com um fluxograma de atendimento pré-estabelecido e que, na visão deles, faz diferença na organização do trabalho. Consideram boa a qualidade dos equipamentos e materiais, com algumas baixas e, em alguns momentos, demora para repor ou para realizar a manutenção, uma vez que esta é feita pela prefeitura do município. Nota-se uma crítica presente nos relatos em relação ao tamanho da sala de medicação da unidade, pois, devido ao fluxo elevado de usuários, ela acaba por se tornar insuficiente para atender a todos:

> *A gente tem pacientes que ficam em observação, às vezes, durante uma semana. E para isso é necessário ter equipamento. E a gente tem aqui. A gente tem uma sala de urgência que é equipada, são cinco leitos de urgência*

> *e cada leito tem seu monitor. Eu acredito que para um PA, a UE5, ela está montada adequadamente sim. Ela disponibiliza todo o material que é necessário... mas, se for comparar, pelo fluxo, ainda seria pequena.* [...] *É a prefeitura* [que faz a manutenção dos equipamentos] *e a gente sabe como é serviço de prefeitura, tudo um pouco mais demorado. Às vezes, quebra um equipamento e a gente sabe que o conserto não vai ser rápido. Mas, normalmente, a gente consegue trabalhar com o nosso material. De repente, está defasado alguma coisa, algum material não tem para repor, mas a gente tem um setor para estar fazendo um empréstimo. E a gente vai trabalhando dessa forma. Mas, no geral, eu vejo a UE5 muito bem equipada para receber pacientes com gravidade...* (E9 – UE5)

> *Aqui tem uma estrutura boa de medicação, de materiais que nós podemos usar... não deu certo aquele material, eu posso usar outro... É muito difícil não ter aqui o material que eu vou precisar..., vai ter no almoxarifado, vai ter no outro setor, sempre vai ter. Nunca falta. O que pode faltar é algum tipo de medicação, mas, que vem da Prefeitura para nós.* [...] *Eu acho que é bem organizada a estrutura física. Comparado a outros lugares, a outras unidades, é muito organizado.* [...] *Se* [o equipamento] *quebra, vai para manutenção e a gente aguarda, mas, nesse aguardar nós temos para repor... Muito difícil alguma situação que quebrou e não tem outro... acontece? Acontece. Como todos os lugares. Mas, acho que sempre tem um para repor.* [...] *Acho que o que poderia melhorar aqui é a estrutura da medicação, que é pequena, pela demanda de pacientes que a gente tem. Ali é um espaço menor... se tivesse um espaço um pouco maior talvez seria melhor, as queixas seriam menores porque, às vezes, não adianta você ter seis funcionários ali, num espaço pequeno... vai bater um no outro. Entende?* (TE3 – UE5)

A estrutura física, materiais e equipamentos de boa qualidade somados a profissionais qualificados e motivados produzem saúde e são capazes de transformar insumos em resultados, otimizando o trabalho e proporcionando melhor qualidade de vida (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010). Em contrapartida, estudos mostram que uma estrutura física inadequada, ausência de materiais e equipamentos, déficit de RH e ausência de estímulo institucional, acarretam em improvisos e reduzem a qualidade da assistência prestada (SILVEIRA; et al, 2012; SOMENSE; DURAN, 2014; LEMOS; PASSOS, 2012).

Nesta direção, Amestoy et al (2009), pontua que, para o setor público, é necessário que haja um controle de qualidade e de custos nos gerenciamentos dos serviços, visando a disponibilidade dos recursos materiais e tecnológicos para todos os pacientes, de forma igualitária. E, para que isto ocorra de forma eficiente, faz-se necessário que, dentro da equipe de enfermagem, exista uma liderança ativa, comunicação adequada, treinamento prévio de tecnologias, além de satisfação profissional e adequação da estrutura física (KURCGANT, 2005).

Diante do exposto, é visível na categoria temática "*Influência da estrutura física, materiais e equipamentos no cuidado"* que existem divergências entre as percepções dos entrevistados em cada unidade. Contudo, é unânime que, assim como nos artigos

supracitados neste estudo a equipe de enfermagem considera que estes itens vão influenciar diretamente no cuidado prestado. Assim, é necessário que haja um maior investimento dos gestores para a melhora das estruturas físicas, deixando-as em um patamar de qualidade em todas as unidades. Além disso, deve-se investir na criação de um setor de controle de qualidade dos materiais licitados pela prefeitura, tendo assim uma forma de identificar problemas, prevenindo possíveis danos aos funcionários e usuários, além de ser um meio de comunicação direta com os fornecedores destes materiais. Faz-se necessário também o incentivo à educação permanente e ao treinamento prévio de novas tecnologias, e, além disso, deve haver por parte dos gestores das unidades a criação de fluxograma e triagem de atendimento para melhor dispor dos recursos existentes dando prioridade para os usuários que estão em situação crítica, potencializando assim o atendimento.

5.3 TEMA 3 – Avaliação do serviço e da assistência prestada

Ao pedir aos entrevistados para avaliar, em sua perspectiva, a qualidade do cuidado prestado nas unidades de UE, os entrevistados alocados nas UE1, UE2, UE3 e UE4, de maneira geral, a maioria relata que o cuidado prestado poderia ser melhor se fossem fornecidas melhores condições de trabalho, como estrutura física adequada, equipamentos e materiais de boa qualidade; melhores salários e o plano de carreira como estímulo; recursos humanos suficientes para que eles não se sintam sobrecarregados quando alguém se ausenta e que seus companheiros se comprometessem melhor com as propostas do serviço e, além disso, se a população fosse educada para procurar o serviço de uma forma correta. Contudo, os participantes não consideram que o cuidado prestado seja insatisfatório:

> *É bom, mas poderia ser ótimo. Poderia ser melhor. Se todos ajudassem, se todos fizessem seu papel, o atendimento seria maravilhoso. Porque nós temos todas as condições para fazer isso.* [...] *Acho que existem condições de prestar melhor atendimento do que é prestado hoje. É bom, mas deveria ser ótimo.* [...] *Acho que todo serviço, todo profissional deveria colocar um pouquinho mais de amor, prática, conhecimento... Procurar se especializar um pouquinho mais, tentar ajudar o próximo um pouquinho mais e, as pessoas que tem lá em cima, a chefia, deveria também, fazer um pouquinho mais... Ajudando. Porque se eles ajudassem esses funcionários, eles poderiam ajudar melhor a população.* (TE1 – UE1)

> *A gente procura fazer o melhor para o paciente. Por mais que o paciente chegue agitado ou agressivo, a gente procura conversar, fazer o melhor que a gente pode, porque a gente está aqui para prestar o serviço para o paciente. Independente do que ele seja lá fora, a gente vai atender diante do que ele está apresentando* [...] *Acho que poderia ser melhor dependendo da condição, estrutura, número de funcionários, número de equipamento... acredito que poderia ser melhor, sim.* (AE14 – UE4)

> *Acho que a gente, às vezes, encontra situações de muito estresse. A população vem, reclama porque o médico está demorando para chamar... a gente tem esse problema do uso inadequado do SUS, muitas vezes o paciente procura um PA para algo que não há a menor necessidade, que ele poderia muito bem resolver o problema em uma UBS. A gente tem uma demanda muito grande e isso pode provocar, e é muito frequente que ocorra isso, uma insatisfação por parte do usuário.* [...] *O serviço acaba tendo um atendimento mais lento porque existe uma demanda muito grande, ao meu ver, pelo uso inadequado dos serviços de saúde. Infelizmente não há uma campanha, uma divulgação adequada, uma conscientização do uso adequado dos serviços de saúde, porque se houvesse, eu acredito que a gente teria condições de dar uma qualidade maior...* (E3 – UE2)

> *Poderia ser melhor. Não acho nosso cuidado o pior do universo.* [...] *Por essas questões de ter gente, às vezes, que fica lá* [na observação] *e a gente não sabe o que está acontecendo, ou de um dia que está mais movimentado...* [...] *Condição de trabalho... Nem só o número de funcionário, mas a estrutura... a gente tem um fluxo muito grande de pacientes que não deveriam estar aqui, não são pacientes de PA que talvez, por falta de um trabalho da* [Atenção] *Básica, acabam vindo parar aqui. A população, ultimamente, tem sido muito agressiva e isso mexe muito com a cabeça da pessoa, na hora que vai prestar o cuidado, já está atordoado com as coisas. Não acho que isso seja um problema da unidade em si, é maior que isso, é mais a sociedade mesmo... uma coisa mais de gestão.* (E5 – UE3)

Em contrapartida, os trabalhadores entrevistados na UE5 tem uma visão muito boa da qualidade do cuidado prestado. Estes consideram que o cuidado é bom, que os profissionais ali alocados trabalham com satisfação visando o bem-estar do usuário. Na visão deles, poderia ser um cuidado melhor do que eles consideram se não ocorressem imprevistos como a falta de algum medicamento ou insumo em algumas situações ou até mesmo se o fluxo de pacientes atendidos fosse menor.

> *Desde o início, essa unidade foi aberta com o intuito de ser um diferencial para Ribeirão Preto e, desde o primeiro dia, nós trabalhamos a qualidade do atendimento e a humanização. Esse passou a ser o nosso diferencial. A qualidade em atender, o cuidado em atender, a educação em atender... tudo faz diferença na hora do atendimento ao paciente. Hoje, nós podemos dizer que, em dois anos de unidade aberta, nós somos um referencial para Ribeirão Preto.* [...] *É difícil, pois o número de atendimentos passa a ser um pouco além do que estava preconizado, mas, em contrapartida, a gente fica satisfeita. Por quê? Dentro da região que era para nós atendermos, acaba que outros distritos, vir para o nosso atendimento por notar que nós somos diferenciados, que o atendimento é pontualmente diferenciado de outros lugares e aí a gente fica muito satisfeito, que é onde tem nosso retorno de trabalho. Nós conseguimos visualizar a satisfação do cliente.* (E10 – UE5) *Pela estrutura física, carinho, respeito que nós temos com os pacientes... todo*

> *lugar tem seus defeitos, tem suas negligências, mas o básico nós temos para oferecer para o paciente. Com certeza tem. Tem que melhorar estrutura? Tem que melhorar benefício? Tem que melhorar satisfação? Tem. Mas o que o cliente precisa, com certeza, ele vai ter aqui. Nunca falta médico, vai sempre ter um funcionário para ajudar...* [...] *Acho que nós aprendemos muito e os funcionários que estão aqui são pessoas muito humanas que vão respeitar o usuário sempre. A gente aprendeu a ter muita humanização, muito respeito pela pessoa, pela dor que ela está sentindo... na pediatria, às vezes, chega mãe com duas, três crianças... não custa pegar a criança no colo, para medicar, para fazer um outro procedimento, entende? Eu acho que é isso...* [...] *Eu acho que o que poderia melhorar aqui é a estrutura física... e, mais cursos, talvez... a gente pode melhorar.* (TE3 – UE5)

Devido à falta de comunicação entre os serviços de saúde da rede, as unidades de UE acabam adquirindo a função de reguladoras do sistema, o que, consequentemente, acarreta em superlotações (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008), sendo um dos fatores mais importantes apresentados pelos entrevistados deste estudo para que o cuidado prestado não seja, rotineiramente, considerado excelente. Faz-se necessário um investimento maior em pontos como a regulação do acesso dos usuários ao serviço, bem como de investimentos em relação à educação e conscientização dos usuários para procurar o serviço correto em relação as suas queixas, além de conscientizá-los quanto à "resolução rápida dos sintomas" e o seguimento deste tratamento. Além disso, necessita-se avaliar como está a acessibilidade destes usuários em UBS e NSF, visto que, muitas vezes, eles se direcionam as unidades de UE por não conseguir acessibilidade na Atenção Básica. Enquanto não houver uma mudança efetiva na organização dos serviços de saúde, as unidades de UE continuarão sendo usadas de forma inadequada pelos usuários.

A valorização dos profissionais de enfermagem é imprescindível pois é a partir desta valorização que este profissional perceberá o reconhecimento do seu trabalho, auxiliando em seu crescimento, autorrealização e satisfação profissional (AMESTOY; et al, 2009), e, consequentemente havendo melhora do cuidado prestado aos usuários dispostos no serviço e redução das taxas de absenteísmo na equipe.

Frente a estes aspectos, sugere-se que haja investimentos nas áreas de infraestrutura, educação e RH para estimular, capacitar e valorizar estes profissionais e, consequentemente, haver melhora da satisfação profissional e do cuidado prestado ao usuário do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo proposto nesta dissertação, que foi o de analisar a percepção da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) sobre as condições geradoras de absenteísmo e suas implicações na assistência nas unidades de UE das cinco distritais de saúde no município de Ribeirão Preto/SP e as variáveis selecionadas para serem abordadas no estudo, observa-se, que quando se trata do quantitativo de profissionais dispostos nas unidades de UE, este é razoável, há muitas solicitações de hora extras e sobrecarga de trabalho quando ocorrem ausências não previstas.

Tendo em vista o momento atípico da realização do estudo, os profissionais estatutários, quando tirados do conforto e de sua rotina, sem devido aviso prévio e com uma linha de comunicação insatisfatória, se sentem inseguros e frustrados e, portanto, considera-se que há uma falha de comunicação entre gestores e as unidades, causando desmotivação e insatisfação no trabalho. Além disso, quando se trata de comunicação e conflitos, nota-se que ambos estão relacionados e para se evitar ou sanar conflitos é necessário que haja uma linha de comunicação bem definida e eficiente.

Ao se tratar da rotatividade, ela é presente nas unidades e acontece por diversos motivos, podendo ser por transferência, relacionamentos difíceis, dupla jornada de trabalho, dentre outros. A rotatividade prejudica a continuidade do serviço e aumenta os custos relacionados às políticas de RH.

Não existe um plano de carreira efetivo e vigente para as unidades investigadas, o que causa desestímulo por parte dos profissionais na busca por novos conhecimentos e melhores qualificações profissionais. Além disso, o salário é razoável, sendo elevado em relação aos demais serviços de saúde do município, porém há a desvalorização da categoria profissional, sendo a jornada dupla uma das soluções procuradas pelos profissionais para complementar seu piso salarial.

Nas unidades investigadas existem dois tipos de vínculos empregatícios vigentes: o estatutário e CLT. Diante disto, observa-se que o vínculo estatutário possui uma série de benefícios que o vínculo CLT não disponibiliza aos profissionais, sendo um deles a estabilidade, que se não utilizada e administrada de forma correta causa prejuízos para o desenvolvimento do trabalho e comunicação em equipe.

A educação em saúde, nos dias atuais, é fundamental. É necessário que os profissionais estejam em constante aprendizado. Porém, para os entrevistados, de uma forma geral, é um ponto falho da gestão municipal, visto que não existem cursos de aprimoramento e capacitação. Faz-se necessário pontuar que para os profissionais com vínculo empregatício CLT, a disponibilidade da educação permanente se dá pela instituição privada pela qual são contratados.

Ao se tratar da influência da estrutura física, materiais e equipamentos no cuidado, conclui-se que são itens fundamentais e quando se trata das unidades de UE investigadas, interferem diretamente no cuidado prestado. Há falhas estruturais, não há um controle de qualidade dos materiais licitados, não há manutenção preventiva de equipamentos e falta treinamento prévio para novas tecnologias adquiridas pelo serviço. Porém, mesmo com todas as adversidades citadas, conclui-se que, para os entrevistados, o cuidado prestado aos usuários é de boa qualidade. Alguns pontos influenciaram positivamente para que este cuidado fosse de excelente qualidade, dentre eles a melhora das variáveis supracitadas, além de investimentos na educação e conscientização dos usuários do sistema quanto à procura das unidades de UE de forma discriminada.

Diante do exposto, conclui-se que o absenteísmo no trabalho pode ter como origem várias causas e que se faz necessário o seu controle e a resolução, para a efetivação de um cuidado de qualidade, bem como o estímulo aos profissionais desses setores para a busca de novos conhecimentos, gerando uma melhor qualidade de vida.

Os gestores precisam investir em políticas de RH mais concisas e melhor formuladas para que haja a adequação de um quantitativo de profissionais efetivo para os serviços, considerando o percentual de ausências que possam vir a surgir. Além disso, necessita-se de um plano de carreira vigente e melhores salários para a categoria, bem como investimentos em infraestrutura, materiais de qualidade e educação profissional, proporcionando assim, melhores condições de trabalho, e a percepção por parte dos trabalhadores de que os gestores se interessam por eles, resultando em satisfação no trabalho e melhores desempenhos por parte dos profissionais.

É necessário investimento na formação de líderes por parte dos gestores dos serviços envolvidos, pois isso favorece a supervisão e gerenciamento dos profissionais, bem como de conflitos que possam vir a existir no ambiente de trabalho.

Assim, considera-se que o absenteísmo na equipe de enfermagem e as suas condições geradoras influenciam diretamente na assistência prestada aos usuários nas unidades de UE. Espera-se que este estudo possa vir a contribuir como ferramenta para fortalecimento das políticas de RH no SUS e na relação serviço, profissional e assistência à saúde acessível, qualificada e humanizada.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS[2]

ABREU, R. M. D.; GONÇALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. Reasons attributed by professionals of an Intensive Care Unit for the absence at work. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 386-93, maio/jun. 2014.

AMESTOY, S. C.; CESTARI, M. E.; THOFEHRN, M. B.; MILBRATH, V. M.; PORTO, A. R. Características institucionais que interferem na liderança do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 214-20, 2009.

ARASZEWSKI, D.; BOLZAN, M. B.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. O exercício da liderança sob a ótica de enfermeiros de pronto socorro. **Cogitare Enferm.,** Paraná, v. 19, n. 1, p. 41-7, jan./mar. 2014.

BATISTA, A. A. V.; VIEIRA, M. J.; CARDOSO, N. S. C.; CARVALHO, G. R. P. Motivation and dissatisfaction factors in the nurse's work. **Rev. Esc. Enferm. USP,** São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BINDER, M. C. P.; CORDEIRO, R. Sub-registro de acidentes do trabalho em localidade do Estado de São Paulo, 1997. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 409-16, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Políticas de recursos humanos para o SUS**: balanços e perspectivas. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Portaria nº 2607, de 10 de dezembro de 2004**. Brasília, 2004. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil: síntese. Brasília, 2005a. Disponível em: < http://bibspi.planejamento.gov.br/bitstream/handle/iditem/142/S%C3%ADntese%20PNS%202004-2007.pdf?sequence=1>. Acesso em: 04 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família**: documento técnico. Brasília, 2005b. Disponível em:

[2] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001019925.pdf>. Acesso em: 04 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília, 2005c. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 08 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Casa Civil. Subsecretaria de Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011.** Brasília, 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 27 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Relatorio_14_CNS.pdf.>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 06 out. 2015.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, jan./fev. 2012.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Communication process in the nursing team: a based on the dialogue between Berlo and King. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 467-74, 2015.

CAMPOS, E. C.; JULIANI, C. M. C. M.; PALHARES, V. C. O absenteísmo da equipe de enfermagem em unidade de pronto socorro de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 11, n. 2, p. 295-302, 2009.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P.; ANSELMI, M. L.; HAYASHIDA, M.; SANTOS, C. B. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 9, jul.-ago. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO (CREMESP). **Manual de diretoria clínica**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006.

DAOUK-OYRY, L.; ANOUZE, A. L.; OTAKI, F.; DUMIT, N. Y.; OSMAN, I. The JOINT model of nurse absenteeism and turnover: A systematic review. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 51, n. 1, p. 93-110, 2014.

DUARTE, M. L. C.; BOECK, J. N. Teamwork in nursing and the limits and possibilities of the family health strategy. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 709-20, set./dez., 2015.

EL HETTI, L. B.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S.; FPRTUNA, C. M.; MAZIERO, V. G. Permanent/continuing education as management strategies in Mobile Emergency Care Services. **Rev. Eletr. Enf.**, Brasília, v. 15, n. 4, p. 973-82, out./dez. 2013.

FAKIH, F. T.; TANAKA, L. H.; CARMAGNANI, M. I. S. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 378-85, 2012.

FELIX, D.; GONÇALVES, C. A.; GONÇALVES FILHO, C. Services outsourcing: an exploration study in hospitals. **Pré Texto**, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, p. 37-51, 2007.

FERREIRA, E. V.; AMORIM, M. J. D. M.; LEMOS, R. M. C.; FERREIRA, N. S.; SILVA, F. O.; LAUREANO FILHO, J. R. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do estado de Pernambuco. **Rev. Rene,** Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 742-9, out./dez. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-94, fev. 2011.

FORMENTON, A.; MININEL, V. A.; LAUS, A. M. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 42-9, jan.-fev. 2014.

FURLAN, J. A. S.; STANCATO, K. Factors causing the absenteeism of nurses in public and private hospitals. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 60, p. 111-20, jul.-set. 2013.

GAUDINE, A.; SAKS, A. M.; DAWE, D.; BEATON, M. Effects of absenteeism feedback and goal-setting interventions on Nurses' fairness perceptions, discomfort feelings and absenteeism. **J. Nurs. Manag.**, Baltimore/USA, v. 21, n. 1, p. 591-602, 2013.

GEHRING JUNIOR, G.; CORRÊA FILHO, H. R.; NETO, J. D. V.; FERREIRA, N. A.; VIEIRA, S. V. R. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, *[online]*, v. 10, n. 3, p. 401-9, 2007.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI JÚNIOR, J. B. Formas Institucionais da Terceirização de Serviços em Hospitais da Região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório. **Rev. Espaç. Saúde**, Paraná, v. 2, n. 1, 2000.

GOMES, H. O. **Trabalho e saúde das profissionais de enfermagem em urgência e emergência**: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro. 2014. 183 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

GUIMARÃES, A. T.; VAGHETTI, H. H.; LUNARDI FILHO, W. D.; GOMES, G. C. Management of nursing personnel with job security: perceptions of nurses. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 905-11, set.-out. 2011.

GUTIÉRREZ, J. J. B.; DÍAZ, M. C. J.; FRANCO, L. F. E. Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermería hospitalário. **Gac. Sanit.**, *[online]*, v. 27, n. 6, p. 545-51, 2013.

HOLANDA, F. L.; CUNHA, I. C. K. O. Time of permanence of nurses at a school-hospital and expenses related to admission, resignation and hiring of a new professional. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 642-7, set./out. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo populacional de 2010.** 2010. Disponível em: < http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=sao-paulo|ribeirao-preto>. Acesso em: 30 set. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa da população de Ribeirão Preto em 1º de junho de 2014.** 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/default.shtm>. Acesso em: 31 set. 2015.

IVANCHEVICH, J. M. **Gestão de recursos humanos**. 10. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011.

JESUS, M. C. P.; FIGUEIREDO, M. A. G.; SANTOS, S. M. R.; AMAREL, A. M. M.; ROCHA, L. O. R.; THIOLLENT, M. J. M. Permanent education in nursing in a university hospital. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1229-36, 2011.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LACAZ, F. A. C.; VIEIRA, N. P.; CORTIZO, C. T.; JUNQUEIRA, V.; SANTOS, A. P. L.; SANTOS, F. S. Quality of life, work management, and career planning as a primary care technology in the Unified National Health System in São Paulo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 253-63, fev. 2010.

LEMOS, M. C.; PASSOS, J. P. Satisfaction and frustration in the performance of nursing faculty job. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 16, n. 1, p. 48-55, jan./mar. 2012.

LIMA, J. C. A terceirização e os trabalhadores: revisitando algumas questões. **Cad. Psicol. Soc. Trab.,** São Paulo, v. 13, n. 1, p. 17-26, 2010.

MAGALHÃES, N. A. C.; FARIAS, S. N. P.; MAURO, M. Y. C.; DONATO, M. D.; DOMINGOS, A. M. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 224-30, abr.-jun. 2011.

MALIK, A. M. **Gestão de recursos humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, 9).

MARTINATO, M. C. N. B.; SEVERO, D. F.; MARCHAND, E. A. A.; SIQUEIRA, H. C. H. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 160-6, 2010.

MARTINEZ, L. F.; FERREIRA, A. I. Sick at work: presenteeism among nurses in a Portuguese Public Hospital. **Stress Health**, *[online]*, v. 28, n. 1, p 297–304, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, supl. 4, S3-S11, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Competência gerencial do enfermeiro: conhecimento publicado em periódicos brasileiros. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 14, n. 3, p. 553-8, 2009.

MUDALY, P.; NKOZI, Z. Z. Factors influencing nurse absenteeism in a general hospital in Durban, South Africa. **J. Nurs. Manag.**, Baltimore/USA, v. 23, n. 1, p. 623-31, 2015.

NASCIMENTO, G. M. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto - SP**. 2003. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NICOLA, A. L.; ANSELMI, M. L. Nursing staff downsizing at a University Hospital. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 58, n. 2, p. 186-90, mar./abr. 2005.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (NESCON). **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: Nescon, 2007. (Série Nescon de Informes Técnicos, 1).

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-48, 2008.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes com transtorno mental em um serviço de emergência. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 55-62, jan./mar. 2013.

DEL PAI, D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 439-444, 2008.

PARRA, M. T.; MELO, M. R. A. C. Nurse's administrative actions in relation to the absenteeism. **Esc. Anna Nery R. Enferm.,** Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 29-38, abr. 2004.

PASCHOALIN, H. C.; GRIEP, R. H.; LISBOA, M. T. L. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 3, p. 306-11, jul./set. 2012.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em Saúde: da teoria para a prática. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Brasília, 2004. v. 2, p. 51-80.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

REIS, R. J.; LA ROCCA, P. F.; SILVEIRA, A. M.; BONILLA, I. M. L.; GINÉ, A. N.; MARTÍN, M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 616-23, 2003.

REZENDE, R.; BORGES, N. M. A.; FROTA, O. P. Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. **Com. Ciênc. Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 3, p. 243-52, 2012.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Assessoria Técnica Legislativa. Projeto de Lei Complementar nº 232/2012. Dispõe sobre a estruturação do plano de classificação de cargos, vencimentos e carreiras do serviço público municipal da administração direta e autárquica, institui nova tabela de vencimentos, e dá outras providências. 2012. Disponível em: < http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/leis/pesquisa/ver.php?id=34078&chave=>. Acesso em: 08 nov. 2015.

ROELEN, C. A. M.; MAGEROY, N.; RHENEN, W.; GROOTHOFF, J. W.; KLINK, J. J. L.; PALLESEN, S.; BJORVATN, B.; MOEN, B. E. Low job satisfaction does not identify nurses at risk of future sickness absence: Results from a Norwegian cohort study. **Int. J. Nurs. Stud.**, *[online]*, v. 50, n. 1, p. 366-73, 2013.

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

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Evaluation model for human resource management in health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-14, mar. 2010.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 166-72, 2006.

SILVA, N. R. Decisive factors relating to workload in a primary healthcare unit. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3393-402, 2011.

SILVA, N. M.; MUNIZ, H. P. Experiences of workers in the context of precariousness: a case study in the Emergency of University Hospital. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 821-40, 2011.

SILVEIRA, R. S.; FUNCK, C. R.; LUNARDI, V. L.; SILVEIRA, J. T.; AVILA, L. I.; LUNARDI FILHO, W. D.; VIDAL, D. A. S. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enferm. Foco (Brasília)**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 93-6, 2012.

SISTEMA FIRJAN. **Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM)**: ranking dos 100 melhores municípios brasileiros para viver no ano de 2011. 2014. Disponível em: <http://www.firjan.com.br/ifdm/consulta-ao-indice/ifdm-indice-firjan-de-desenvolvimento-municipal-resultado.htm?UF=SP&IdCidade=354340&Indicador=1&Ano=2011>. Acesso em: 30 set. 2015.

SOMENSE, C. B.; DURAN, E. C. M. Hygiene and motivation factors of nursing work in a cardiology Ward. **Rev. Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 82-9, set. 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TUCKER, S. J.; HARRIS, M. R.; PIPE, T. B.; STEVENS, S. R. Nurses' ratings of their health and professional work environments. **AAOHN J.**, *[online]*, v. 58, n. 6, p. 253-67, 2010.

VERSA, G. L. G. S.; MATSUDA, L. M. Job satisfaction of intensive nursing staff of a teaching hospital. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 409-15, maio/jun. 2014.

VERSA, G. L. G. S.; INOUE, K. C.; NICOLA, A. L.; MATSUDA, L. M. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 796-802, out./dez. 2011.

YANO, S. R. T.; SEO, E. S. M. Ferramentas de coleta de dados para análise do absenteísmo e custo direto para a empresa. **InterfacEHS**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 1-19, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento para entrevista semiestruturada.

Caracterização dos Sujeitos

Data nascimento: / /

Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

Categoria Profissional:

Enfermeiro ( ) Técnico em Enfermagem ( ) Auxiliar em Enfermagem ( )

Vínculo Empregatício:

Celetista ( ) Estatutário ( ) Intermediado por empresa privada ( )

Intermediado por Sociedade Civil de Interesse Público ( )

Outros ( ) Qual? _____

Tempo na Função (em anos):

Entrevista número: ____ Data:___/___/____ Local: _____

Início: ___ h ___ min. Término: ___ h ___ min.

Questões Norteadoras

1. Como você considera o quantitativo de pessoal de enfermagem no serviço?
2. Como é para você lidar com a escala mensal e diária do serviço, considerando as faltas, licenças e férias na Equipe de Enfermagem?
3. Como é a permanência do pessoal no serviço (Permanência de tempo no serviço – mudança de unidades)?
4. Existe plano de carreira e salário no serviço? Como você vê a existência ou não deste?
5. Como você considera seu vínculo empregatício?
6. Comente sobre a educação permanente – a importância dela. Vocês contam com essa estratégia aqui no serviço?
7. Você considera que a estrutura física, os equipamentos e materiais influenciam no atendimento? Justifique.
8. Comente sobre a condição de seu trabalho em equipe considerando as relações interpessoais e comunicação no cotidiano do seu trabalho? Você acha que estas condições influenciam um funcionário a ausentar-se?

9. Considerando tudo o que foi discutido, como avalia o cuidado prestado ao usuário pela equipe de enfermagem neste serviço?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a), _____

Venho através deste, convidá-lo a participar da pesquisa "O Impacto do Absenteísmo na Assistência Prestada por Profissionais de Enfermagem em Unidades Distritais do Município de Ribeirão Preto/SP", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante.

Este trabalho tem como objetivo analisar o absenteísmo da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) nas unidades de Pronto Atendimento (PA) dos cinco distritos de saúde no município de Ribeirão Preto/SP entre os anos de 2010 e 2013.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa e voluntariamente responder ao questionário "ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL". O seu nome será mantido em sigilo e as pessoas não serão identificadas. O que lhe pedimos é o tempo, de aproximadamente 20 minutos, que você terá de gastar para responder às perguntas.

Você poderá ser selecionado para participar de um segundo momento da pesquisa por meio de entrevista, cujo tempo será de, aproximadamente, 30 minutos, que você terá de gastar para responder às perguntas. As entrevistas serão gravadas, transcritas, interpretadas, analisadas e guardadas pelo pesquisador em local seguro. Caso você seja selecionado, esta será previamente agendada e realizada no serviço em local reservado a fim de garantir maior privacidade na declaração de respostas e de não lhe acarretar custos.

Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, portanto, para esta pesquisa considera-se que há risco remoto de cansaço e fadiga pelo participante durante realização da entrevista que pode se tornar extensa, no entanto, você poderá solicitar a interrupção a qualquer momento e marcarmos outro dia se assim preferir.

O uso das informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto não haverá outro destino aos dados colhidos.

As informações que você nos der serão muito úteis para que possamos conhecer os fatores envolvidos no absenteísmo das unidades estudadas, para que seja possível a construção de instrumentos e assim proporcionar novas políticas de RH.

VERSO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

A garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;

A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de seu atendimento e tratamento habitual neste serviço;

A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;

O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;

A garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;

Se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias, assinadas pela coordenadora da pesquisa, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Eu, Sr. (a) _____ RG: _____

Abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, Data: _____/_____/_____

ANEXOS

ANEXO A

Comitê de Ética referente ao projeto de pesquisa PPSUS

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 013/2014

Ribeirão Preto, 12 de Fevereiro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 174ª Reunião Ordinária, realizada em 12 de fevereiro de 2014.

Protocolo CAAE: 20588813.0.0000.5393

Projeto: O Impacto do Absenteísmo na Assistência Prestada por Profissionais de Enfermagem nos Distritos de Saúde do Município de Ribeirão Preto/SP.

Pesquisadores: Ione Carvalho Pinto

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

Atenciosamente,

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

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

Comitê de Ética referente ao presente projeto de pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 193/2015, de 03.12.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 203ª Reunião Ordinária, realizada em 02 de dezembro de 2015.

Protocolo CAAE: 50827915.4.0000.5393

Projeto: Absenteísmo na equipe de enfermagem e suas implicações para a assistência prestada em unidades de urgência e emergência.

Pesquisadores: Denise Ferro
Ione Carvalho Pinto (orientadora)

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

Atenciosamente,

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

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Ione Carvalho Pinto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP