



Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

LUCIANA BRASIL MOREIRA DE OLIVEIRA

***ABSENTEÍSMO-DOENÇA***  
***NA EQUIPE DE ENFERMAGEM***  
***EM UM HOSPITAL PÚBLICO***

Belo Horizonte

2014

*Hospital  
Municipal  
Odilon  
Behrens*



LUCIANA BRASIL MOREIRA DE OLIVEIRA

# **ABSENTEÍSMO-DOENÇA NA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

**Área de concentração:** Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marília Alves

Belo Horizonte

2014

Oliveira, Luciana Brasil Moreira de.  
O842a Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem em um hospital público [manuscrito]. / Luciana Brasil Moreira de Oliveira. - - Belo Horizonte: 2014.  
107f.: il.  
Orientador: Marília Alves.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Absenteísmo. 2. Atestado de Saúde. 3. Equipe de Enfermagem. 4. Serviços Hospitalares. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM : WA 440

LUCIANA BRASIL MOREIRA DE OLIVEIRA

## **ABSENTEÍSMO-DOENÇA NA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

**Área de concentração:** Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marília Alves

Aprovado em 05/12/2014 pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marília Alves (Orientadora)

Escola de Enfermagem (UFMG)

---

Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Faculdade de Medicina (UFMG)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adriane Vieira

Escola de Enfermagem (UFMG)

Dedico esse trabalho ao grande amor da  
minha vida: meu marido, amigo e companheiro  
Gustavo Monteiro Vasconcelos.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por estar presente em todas as minhas conquistas e aprendizado, não deixando prosperar o sentimento de desânimo e impotência durante minha caminhada, dando-me forças sempre para superar todas as dificuldades até alcançar meus sonhos.

Em seguida, tenho que agradecer ao meu marido Gustavo, que teve muita serenidade e sabedoria para me acompanhar nesse período, pois muitas vezes tive que priorizar os estudos... Mesmo assim, estava sempre ali ao meu lado, dando-me conforto e aconchego, sem cobranças. Obrigada por existir na minha vida e me proporcionar tanto amor, sem, contudo, perder a leveza.

Agradeço também aos meus pais, que apesar da distância, tenho certeza que torcem pelo meu sucesso, mesmo que às vezes tenham dificuldades de demonstrar esses sentimentos.

Às minhas irmãs Gabriela e Maria Eduarda, que espero poder sempre contribuir para o estímulo à grandiosidade existente dentro delas. Jamais desistam de lutar por tudo aquilo que acreditarem e saibam que estarei por perto para apoiá-las.

Aos meus grandes amigos Christiane e Pablo, que entenderam minhas ausências e estiveram sempre presentes nos momentos mais importantes da minha vida, incluindo a finalização deste trabalho. Amizade é uma das coisas mais nobres que se pode obter nessa vida.

À minha orientadora Marília Alves, pelos ensinamentos, oportunidades e amizade. Obrigada por sempre me guiar e me mostrar os melhores caminhos para o meu crescimento, contribuindo de maneira significativa para a minha formação.

Às professoras Maria José Menezes Brito, Cláudia Maria de Mattos Penna, Isabela Silva Câncio Velloso e Meiriele Tavares Araújo, pela disponibilidade e pelos conhecimentos cedidos a mim nesse percurso.

Agradeço ao amigo Clayton Lima Melo, que me propiciou um enorme crescimento pessoal e profissional, além da amizade e companheirismo de sempre. Foi fundamental para o meu despertar pelo mundo acadêmico e por toda bagagem conquistada para alcançar esse objetivo.

Ao Hospital Municipal Odilon Behrens por possibilitar a realização desse trabalho, além de me oferecer aprendizado contínuo e ter grande relevância na minha formação como enfermeira.

“Ouse, arrisque, não desista jamais e saiba valorizar quem te ama, esses sim merecem seu respeito.

Quanto ao resto, bom, ninguém nunca precisou de restos para ser feliz.”

**Clarice Lispector**

## RESUMO

Trata-se de um estudo sobre o absenteísmo relacionado às doenças que acometem a equipe de enfermagem em um contexto hospitalar, com o objetivo de analisar os índices de absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de um hospital público de Belo Horizonte referente ao ano de 2013. Tem como desdobramentos abordar o absenteísmo-doença por setores assistenciais, tempo de afastamento e principais patologias. Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica, documental contemporânea, com abordagem quantitativa e de caráter transversal. Foi utilizado o estudo de caso único realizado em um hospital público geral, de grande porte, referência em urgência/emergência. A população foi a equipe de enfermagem dos setores assistenciais, abordada por meio de censo, e composta por 1.056 profissionais, sendo 899 de nível fundamental/médio e 157 de nível superior. Os dados foram coletados no banco de dados do hospital e analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* - versão 17 e tratados por meio de estatística descritiva e testes estatísticos (teste Z e Poisson). Os resultados mostram que, dos 1.056 funcionários ativos, 846 apresentaram licenças médicas (80%). A maioria é do sexo feminino (86,4%); entre 31 e 40 anos (41,8%); pertencem ao grupo auxiliar/técnico de enfermagem (84,3%); tem 4 a 5 anos de trabalho no hospital (30,8%) e vínculo estatutário (67,1%). Foram geradas no período 2.848 licenças médicas, totalizando 19.363 dias de trabalho perdidos. Setores que mais apresentaram afastamentos: Clínica Médica (267 licenças e 1.402 dias perdidos), Sala de Emergência (231 licenças e 1.804 dias perdidos) e Cuidado Intermediário Neonatal (215 licenças e 2.196 dias perdidos). Em relação aos meses do ano houve maior número de licenças em Outubro, Maio e Abril e os menores em Dezembro, Fevereiro e Novembro, sendo que o teste Z mostrou diferença significativa entre eles ( $p < 0,05$ ). Quanto à duração, a maioria das licenças médicas são de curta duração (até 2 dias), com 56,6% do total, as de média duração (3 a 15 dias) com 38,6% e as de duração maior que 15 dias, 4,8%. Houve predominância de repetição da apresentação de atestado médico de 1 a 2 vezes (60,1% do total). As principais afecções dos trabalhadores foram: Doenças do sistema muscular e do tecido conjuntivo (18,5%), Doenças do aparelho respiratório (14,4%) e Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,5%). O Índice de Absenteísmo (IA) encontrado para auxiliares/ técnicos foi de 4,91 e para enfermeiros, 5,68 (teste de Poisson com  $p$ -valor  $< 0,01$ ). O IA dos setores de urgência/emergência foi de 5,13 contra 4,85 dos demais setores do estudo ( $p < 0,01$ ). O absenteísmo-doença é um tema contemporâneo e complexo e, por ser dinâmico e multifatorial, exige monitorização e avaliação sistemática por meio de indicadores e em associação com uma Política de Gestão de Pessoas que vise à melhora da qualidade de vida no trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Absenteísmo. Atestado de saúde. Equipe de enfermagem. Serviços Hospitalares.

## ABSTRACT

This is a study on absenteeism related to diseases affecting the nursing staff in a hospital setting, with the aim of analyzing the rates of absenteeism and illness of the nursing staff of a public hospital in Belo Horizonte for the year 2013. Its ramifications address absenteeism and illness by health care sectors, and time off main pathologies. It is a descriptive and analytical, contemporary documentary research with quantitative approach ends the cross-sectional character. The single case study conducted in a public hospital, large, reference in urgent/emergency use. The population was nursing staff that works in attendance sectors, addressed through census and consists of 1056 professionals, 899 elementary/middle level and top level 157. Data were collected from the hospital database and analyzed with the aid of the *Statistical Package for the Social Sciences* - version 17 and processed using descriptive statistics and statistical tests (Z and Poisson test). The results show that out of 1056 active employees, 846 had medical licenses (80%). The majority were female (86,4%); between 31 and 40 years (41,8%); belong to auxiliary/technician nurse (84,3%) group; have 4-5 years of working in the hospital (30,8%) and statutory relationship (67,1%). 2.848 medical leave, totaling 19.363 days lost from work were generated in the period. Sectors that showed removals Medical Clinic (267 licenses and 1.402 days lost), Emergency Room (231 licenses and 1.804 days lost) and Intermediate Neonatal Care (215 licenses and 2.196 days lost). In relation to the months of the year there were more licenses in October, April and May and the lowest in December, February and November, and the Z test showed significant differences ( $p < 0.05$ ). As for the duration, most medical licenses are of short duration (up to two days), with 56,6% of the total, the average duration (3-15 days) with 38,6% and of duration longer than 15 days, 4,8%. There was a predominance of repeat presentation of a medical certificate 1-2 times (60,1% of the total). The main conditions of the workers were: diseases of the muscular system and connective tissue (18,5%), diseases of the respiratory tract (14,4%) and Certain infectious and parasitic diseases (9,5%). Absenteeism Index (AI) found for auxiliary/technician was 4,91 for nurses and 5,68 (Poisson test with  $p$ -value  $< 0,01$ ). The IA of urgent/emergency departments was 5,13 versus 4,85 in other sectors of the study ( $p < 0.01$ ). Absenteeism and illness is a contemporary and complex subject and systematic monitoring and evaluation, to be multifactorial and dynamic demands by means of indicators and in association with People Management Policy that aims to improve quality of work life.

**KEYWORDS:** Absenteeism. Health Certificate. Nursing Team. Hospital Services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 1:</b> Segmento ocupacional do setor saúde e mercado geral de trabalho. Belo Horizonte, 2014 .....	26
<b>GRÁFICO 1:</b> Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licença médica em 2013 quanto ao sexo. Belo Horizonte, 2014.....	52
<b>GRÁFICO 2:</b> Distribuição percentual dos trabalhadores ausentes devido licença médica em 2013 quanto à categoria profissional na equipe de enfermagem. Belo Horizonte, 2014 .....	55
<b>GRÁFICO 3:</b> Distribuição das licenças médicas de acordo os meses de 2013. Belo Horizonte, 2014 .....	70

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> Ocupações no setor saúde de acordo com as categorias profissionais.....	26
<b>TABELA 2:</b> Setores assistenciais classificados de acordo com o Abono de urgência/emergência. Belo Horizonte, 2014. ....	45
<b>TABELA 3:</b> Capítulos do CID 10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Belo Horizonte, 2014.....	48
<b>TABELA 4:</b> Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licenças médicas em 2013 quanto ao sexo. Belo Horizonte, 2014.....	51
<b>TABELA 5:</b> Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licença médica em 2013 em relação à idade. Belo Horizonte, 2014.....	53
<b>TABELA 6:</b> Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licenças médicas em 2013 em relação à categoria profissional na equipe de enfermagem. Belo Horizonte, 2014.....	54
<b>TABELA 7:</b> Distribuição dos trabalhadores ausentes por licenças médicas em 2013 em relação ao tempo de serviço no hospital. Belo Horizonte, 2014. ....	57
<b>TABELA 8:</b> Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licença médica em 2013 em relação ao vínculo empregatício. Belo Horizonte, 2014. ....	58
<b>TABELA 9:</b> Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licença médica em 2013 por setor de trabalho. Belo Horizonte, 2014.....	60
<b>TABELA 10:</b> Descrição dos afastamentos gerados em 2013. Belo Horizonte, 2014. ....	61
<b>TABELA 11:</b> Distribuição dos registros de afastamentos em 2013 de acordo com o perfil da população estudada. Belo Horizonte, 2014. ....	62
<b>TABELA 12:</b> Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação ao sexo. Belo Horizonte, 2014. ....	63
<b>TABELA 13:</b> Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação à faixa etária. Belo Horizonte, 2014. ....	64
<b>TABELA 14:</b> Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação ao tempo de serviço no hospital. Belo Horizonte, 2014.....	64
<b>TABELA 15:</b> Distribuição dos dias de afastamento por categoria profissional. Belo Horizonte, 2014.....	65
<b>TABELA 16:</b> Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação ao vínculo empregatício. Belo Horizonte, 2014.....	66

<b>TABELA 17:</b> Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação ao local de atuação. Belo Horizonte, 2014.....	67
<b>TABELA 18:</b> Distribuição dos afastamentos em 2013 em relação ao mês. Belo Horizonte, 2014.....	68
<b>TABELA 19:</b> Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação ao mês. Belo Horizonte, 2014.....	70
<b>TABELA 20:</b> Distribuição dos afastamentos em 2013 em relação à duração das licenças médicas em dias. Belo Horizonte, 2014.....	70
<b>TABELA 21:</b> Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licenças médicas em 2013 por numero de ocorrências. Belo Horizonte, 2014.....	72
<b>TABELA 22:</b> Distribuição das licenças médicas de acordo com o CID – 10. Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Belo Horizonte, 2014.....	73
<b>TABELA 23:</b> Distribuição dos dias de afastamento de acordo com o CID – 10. Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Belo Horizonte, 2014.....	78
<b>TABELA 24:</b> Índice de Absenteísmo (IA) em relação à categoria profissional dos trabalhadores da enfermagem. Belo Horizonte, 2014.....	80
<b>TABELA 25:</b> Índice de Absenteísmo (IA) em relação ao setor de trabalho e a categoria profissional dos trabalhadores da enfermagem. Belo Horizonte, 2014.....	81
<b>TABELA 26:</b> Absenteísmo por diferentes indicadores em relação ao setor de atuação dos trabalhadores. Belo Horizonte, 2014.....	82
<b>TABELA 27:</b> Distribuição do Índice de Absenteísmo (IA) de acordo com a categoria profissional na equipe de enfermagem e a alocação em setores relacionados à Urgência e não Urgência. Belo Horizonte, 2014.....	84

## LISTA DE SIGLAS

<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
<b>CTI</b>	Centro de Terapia Intensiva
<b>DML</b>	Duração Média da Licença
<b>DORT</b>	Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho
<b>GSAT</b>	Gerência de Saúde do Trabalhador
<b>GSPM</b>	Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica
<b>HMOB</b>	Hospital Municipal Odilon Behrens
<b>IA</b>	Índice de Absenteísmo
<b>IDD</b>	Índice de Duração em Dias
<b>IF</b>	Índice de Frequência
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Seguro Social
<b>LER</b>	Lesões por Esforços Repetitivos
<b>NR</b>	Norma Regulamentadora
<b>PNH</b>	Programa Nacional de Humanização
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFMG</b>	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
2.1. O TRABALHO E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO .....	21
2.2. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM SAÚDE.....	23
2.3. EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS .....	28
2.4. EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR .....	32
2.5. ABSENTEÍSMO E SUAS REPERCUSSÕES .....	37
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	41
3.1. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA .....	41
3.2. CAMPO DE ESTUDO.....	41
3.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	44
3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	45
3.5. COLETA DE DADOS .....	49
3.6. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	49
3.7. ASPECTOS ÉTICOS .....	50
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	51
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA .....	51
4.2. CARACTERIZAÇÃO DAS LICENÇAS MÉDICAS .....	61
4.3. CARACTERIZAÇÃO DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA .....	80
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	88
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91
<b>ANEXO A</b> - Folha de rosto do cadastro na Plataforma Brasil .....	99
<b>ANEXO B</b> - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG .....	100

<b>ANEXO C</b> - Carta de anuência institucional do HMOB .....	101
<b>ANEXO D</b> - Parecer consubstanciado do CEP – UFMG .....	102
<b>ANEXO E</b> - Parecer consubstanciado do CEP – HMOB .....	105

## 1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se vincula ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e apresenta como tema de interesse o absenteísmo relacionado às doenças que acometem a equipe de enfermagem em um contexto hospitalar. A palavra “absenteísmo” tem sua origem no francês (*absentéisme*) e significa falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais, de acordo com Chiavenato (2004) e Gehring Junior *et al.* (2007). Esse fenômeno pode estar relacionado às ausências ocasionadas por licenças médicas, acidentes de trabalho e/ou doenças ocupacionais, por respaldo legal, suspensão imposta pelo patrão ou razões particulares. Apesar de existir várias causas, é importante ressaltar que o absenteísmo, principalmente ocasionado por doenças que geram licenças médicas é considerado o principal motivo das faltas imprevistas no contexto hospitalar (INOUE *et al.*, 2008).

A motivação para essa investigação surgiu a partir da prática profissional da pesquisadora como enfermeira na instituição em que o estudo foi realizado, que se caracteriza como um hospital público geral, de grande porte, referência em urgência/emergência clínica e traumatológica, que apresenta o absenteísmo-doença como um problema recorrente que desgasta a equipe de enfermagem, uma vez que as licenças médicas nem sempre são comunicadas em tempo hábil para que seja providenciada a substituição do trabalhador faltoso. Isso gera um estresse para o enfermeiro, responsável pela minimização do impacto do absenteísmo na escala de serviço e para o técnico de enfermagem que fica sobrecarregado com as elevadas demandas de trabalho, gerando insatisfação e desmotivação no trabalho.

Ressalta-se que a equipe de enfermagem se apresenta como o maior contingente de força de trabalho no ambiente hospitalar e está na linha de frente do atendimento à clientela, convivendo com seus problemas e demandas, decorrentes de problemas de saúde ou não, 24 horas por dia, constitui um dos grupos profissionais mais afetados pelo estresse ocupacional. Além disso, esta equipe está sujeita às condições inadequadas de trabalho, que implicam em longas jornadas, trabalhos em turnos (vespertinos, noturnos, finais de semana e feriados), rodízios, multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensidade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, separação do trabalho intelectual e manual, baixa remuneração em relação à responsabilidade e complexidade das tarefas e controle centralizado nas chefias (SILVA, MARZIALE, 2006; GOMES *et al.*, 2007; SANCINETTI *et al.*, 2009). Assim, considerando a expressão numérica do grupo profissional

e as condições de trabalho, frequentemente se encontram elevados índices de absenteísmo para tal categoria profissional.

Nessa perspectiva, essa pesquisa tem como objeto de estudo o absenteísmo na equipe de enfermagem, focalizando as taxas de absenteísmo-doença e as patologias relacionadas ao fenômeno que acometem a equipe de enfermagem em uma instituição hospitalar. Estudos dessa natureza são necessários porque nem sempre os hospitais fazem as análises necessárias dos dados disponíveis, visando fundamentar a Gestão de Pessoas. Além disso, é um fenômeno dinâmico, multifatorial e o perfil do absenteísmo frequentemente se modifica de acordo com o entorno e a realidade dos hospitais e dos trabalhadores. Em hospitais públicos, geralmente, os índices de absenteísmo-doença são mais elevados que nos hospitais privados em decorrência da estabilidade no emprego, formas de gestão, legislação aplicada à gestão de pessoas, dentre outros fatores.

Matsushita, Adami e Carmagnani (2005) descrevem que a função dos hospitais sofreu várias modificações ao longo do tempo para acompanhar os avanços da medicina, logo a instituição hospitalar atualmente é a mais complexa das organizações de saúde. Essa complexidade reflete diretamente no trabalho da enfermagem e, não raro, observa-se adoecimento ou agudização de quadros clínicos pré-existentes, registrados nos serviços de atenção à saúde do trabalhador, que resultam em licenças médicas ou aposentadorias precoces. Alves, Godoy e Santana (2006) reforçam que as peculiaridades existentes no ambiente hospitalar relacionadas à imprevisibilidade da demanda e do atendimento, associadas às singularidades das relações de trabalho e a intensificação do ritmo laboral, colocadas em prática no hospital afetam diretamente a moral das equipes de trabalho e podem ser percebidas nos baixos níveis de satisfação e motivação pelo aumento de carga laboral e condições desfavoráveis de trabalho.

As mudanças no processo de trabalho, em que as novas tecnologias acentuam a utilização de informatização e automação, trouxeram importantes modificações na organização dos serviços de saúde, especialmente no contexto hospitalar (UMANN *et al.*, 2011). E, ainda, pelo fato do trabalho nos serviços da área da saúde se caracterizar pela complexidade do contato com pessoas em situação de sofrimento e suas subjetividades. Nestes serviços, os profissionais atuam coletivamente por meio da cooperação no trabalho, que se constitui num processo histórico e social, adquirindo, assim, características específicas, marcadas pela divisão técnica e social (ABREU, SIMÕES, 2009; CARVALHO *et al.*, 2010). Diante disso, os serviços de saúde, em particular os hospitais, proporcionam aos seus trabalhadores condições degradantes de trabalho (SILVA, MARZIALE, 2006).

Muito se tem escrito sobre singularidade das organizações de saúde e a necessidade dos hospitais de responderem às demandas individuais dos clientes. Em relação aos serviços de urgência/emergência, devido ao fato das atividades terem que ser realizadas com rapidez e qualidade, por influenciarem no prognóstico, podendo comprometer a vida do paciente, apresentam rotinas e situações que expõem os trabalhadores à dor e sofrimento, carga horária elevada, movimentação de cargas, exposição a agentes químicos, radiações ionizantes entre outros (ALVES, GODOY, SANTANA 2006). Além disso, esses serviços estão sujeitos a um excesso de demanda de atendimento, mesmo após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que acarretou mudanças no sistema de saúde nas últimas décadas para que a população brasileira tenha acesso integral e gratuito. Porém, a população ainda tem dificuldades de acessar outros serviços de saúde, procurando o serviço de urgência/emergência por funcionar 24 horas/dia e pelo alto nível de resolutividade para seu problema imediato (LUDWIG, BONILHA, 2003).

Essas peculiaridades dos serviços de urgência/emergência públicos associadas à superlotação, pacientes acamados nos corredores, tempo de espera elevado geram alta tensão na equipe assistencial e grande pressão para novos atendimentos (BITTENCOURT, HORTALE, 2009). Tais condições consideradas adversas geram desgastes físicos e psicológicos no ambiente de trabalho. Os trabalhadores, na tentativa de se adaptar aos inúmeros agentes estressantes do cotidiano, não raro, lançam mão de mecanismos de fuga como o absenteísmo, a fim de buscar uma solução provisória para o seu conflito com a organização (ALVES, GODOY, SANTANA, 2006). Diante disso, neste estudo trabalha-se com a hipótese de que os setores ligados diretamente ao atendimento de urgência/emergência da instituição apresentam absenteísmo-doença maior quando comparados aos outros setores do hospital.

Apesar do absenteísmo-doença ser considerado um fenômeno multifatorial, refletindo em várias instâncias na vida do indivíduo, desde sua produtividade e qualidade no serviço até no âmbito pessoal, pode ser analisado por meio de taxas criadas para mensuração do mesmo. O absenteísmo, apesar de ser um tema amplamente estudado, continua sendo um grande problema na atualidade, pois gera queda da qualidade da assistência e elevação dos custos institucionais. Torna-se necessário buscar a compreensão do contexto de trabalho e das condições em que o mesmo é realizado, as tecnologias adotadas e as demandas do mercado e de uma clientela cada vez mais exigente, entre outros fatores, que levam ao aumento das cargas laborais e, conseqüentemente, o estresse cotidiano dos profissionais de enfermagem no contexto hospitalar.

O monitoramento e análise dessas situações devem ocorrer frequentemente e podem constituir um importante observatório da Gestão de Pessoas no hospital, por setor de atuação e principais patologias que levam às licenças médicas entre outras variáveis de interesse da organização. Este estudo tem como objetivo geral analisar os índices de absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de um hospital público de Belo Horizonte referente ao ano de 2013. Tem como objetivos específicos:

- Identificar e comparar o índice de absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de cada setor assistencial;
- Verificar se os índices de absenteísmo-doença entre setores de urgência/emergência e os demais setores assistenciais do hospital apresentam diferença significativa;
- Calcular o tempo perdido de trabalho, em dias, ocasionado por problemas de saúde da equipe de enfermagem, dentre outros indicadores indiretos de absenteísmo;
- Identificar as principais patologias relacionadas ao absenteísmo-doença da equipe de enfermagem, de acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10) segundo a Organização Mundial de Saúde (2000).

Com o alcance dos objetivos, esse estudo possibilitará a reflexão sobre a questão do problema no hospital, no intuito de oferecer subsídios para ações de prevenção e controle do absenteísmo na equipe de enfermagem da instituição, contribuindo para a criação de novas possibilidades de tratar a situação, além de contribuir com a produção científica nessa área. Segundo Ferreira *et al.* (2011), conhecer os vários aspectos e causas do absenteísmo sob diferentes perspectivas permite explorar o problema de forma integrada na tentativa de planejar e adotar corretas e efetivas medidas preventivas que favoreçam o trabalhador e seu labor, incluindo a criação de ferramentas de gestão, como os indicadores que possibilitam o acompanhamento do fenômeno citado, além de propiciar a elaboração de políticas institucionais que contemplem a melhora das condições de trabalho e da qualidade de vida do trabalhador. Outro ponto positivo do estudo se refere ao desdobramento dos índices de absenteísmo-doença da instituição por setor assistencial, no intuito de avaliar discrepâncias que possam estar relacionadas às especificidades de demanda de trabalho ou aos reflexos do perfil dos gestores de cada unidade.

Este estudo se justifica por sua aplicação na realidade de um hospital de ensino, pela produção científica contextualizada e pelo fato de apresentar grande relevância no âmbito hospitalar, ampliando o entendimento a respeito do absenteísmo e do perfil dos afastamentos

do trabalho pelos profissionais de enfermagem. Além disso, o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem deve ser avaliado de forma minuciosa, pois resultados de outros estudos sobre o tema, como relato de gerentes de serviços e trabalhadores, apontam altos índices de ocorrência dos mesmos.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. O TRABALHO E SUAS IMPLICAÇÕES NA VIDA: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO

Em linhas gerais, o trabalho é definido como uma atividade resultante do dispêndio de energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e serviços, contribuindo para a reprodução da vida humana, individual e coletiva (CARVALHO *et al.*, 2010). Em um conceito mais amplo, para Marx (1982), o trabalho é concebido como atividade essencialmente humana, de cunho eminentemente social, que é orientada por uma finalidade que dá ao homem a potencialidade de, conscientemente, transformar a natureza e ser por ela transformado, exercendo sua criatividade. Assim, o trabalho é parte essencial da vida das pessoas, seja como fator de crescimento e realização pessoal ou, em uma visão menos idealizada, como meio de produção para a sociedade e meio de sobrevivência e lucratividade para o indivíduo que o pratica (FARIA, BARBOZA, DOMINGOS, 2005; COSTA, VIEIRA, SENA, 2009).

Por suas determinações históricas e econômicas, o trabalho tem papel fundamental como organizador da vida social, contribuindo para a formação da identidade do indivíduo e construção de sua subjetividade, elementos essenciais para a saúde. Entretanto, a forma em que o trabalho está organizado e é executado por grandes contingentes de trabalhadores, na sociedade atual, acentua seus efeitos negativos, além de estabelecer caminhos para a dominação cultural, social e econômica e para a submissão do trabalhador ao capital. Na relação de subordinação, ocorre a desarticulação entre o pensar e o fazer. Para um conjunto de pessoas é reservado o direito de pensar e planejar; para outros cabe apenas a execução, sendo esses, via de regra, pertencentes à base da pirâmide social (NAVARRO, PADILHA, 2007; COSTA, VIEIRA, SENA, 2009).

A análise da relação capital/trabalho revela contradições, pois o mesmo trabalho revestido de simbolismo pela sociedade, que permite que o indivíduo se perceba economicamente produtivo e digno, portador de *status* social e de reconhecimento, pode ser também fonte de sofrimento, de desequilíbrio físico e mental, de dor e frustração. Tudo isso se agrava com o estabelecimento do modelo capitalista e exacerbação dos ditames da administração científica (COSTA, VIEIRA, SENA, 2009; CARVALHO *et al.*, 2010).

Nas últimas décadas, a industrialização da produção, sustentada pela transformação do conhecimento científico, intensificou essas mudanças, as quais se refletem na organização do

trabalho em saúde. A cobrança no trabalho por maior produtividade, associada à redução do contingente de trabalhadores e do tempo para realização de atividades e ao aumento da complexidade das tarefas, pode gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituindo-se um fator responsável por situações de estresse ocupacional (UMANN, GUIDO, FREITAS, 2011).

Estes fatores associados ao consumismo, individualismo, competitividade e agressividade do mercado atual de trabalho são algumas das características do mundo contemporâneo que o trabalhador vivencia, podendo interferir em sua saúde, gerando prejuízo para o profissional. O ambiente competitivo exige elevado dinamismo e intensificação do trabalho, associado ao esforço físico e psicológico, além de um desgaste energético e espiritual, ultrapassando, muitas vezes, o limite da capacidade do trabalhador. Porém, para se manter no mercado de trabalho e garantir o emprego, o trabalhador se submete às exigências da instituição na qual se encontra. E, ainda, as exigências de produtividade e qualidade são intensas e crescentes, como também são elevadas a inconstância e incerteza do emprego (ELIAS, NAVARRO, 2006; MARTINATO *et al.*, 2010).

As demandas crescentes em relação ao trabalho influenciam de certa forma as condições de saúde do trabalhador. Mas a conexão entre trabalho, saúde e doença tem sido observada e refletida pelos homens há séculos, sendo registrada de forma diversificada ao longo dos tempos nas obras de historiadores, filósofos, escritores, médicos, cientistas sociais e artistas (CODO, 2000). Porém, as mudanças ocorridas no cenário político, econômico e social, na segunda metade do século XX, levaram a uma crise de paradigma. O processo saúde-doença passou a ser analisado não como um simples indicador de impacto do trabalho, mas como consequência da relação da produção determinada socialmente (UMANN, GUIDO, FREITAS, 2011).

Em consequência da reestruturação produtiva, principalmente a partir da década de 1990, tem sido discutida a influência da adoção de novas tecnologias e métodos gerenciais sobre a saúde do trabalhador. As relações entre trabalho e saúde do trabalhador conformam um mosaico, caracterizado por diferentes formas de organização e gestão, relações e formas de contrato de trabalho, que refletem sobre o viver, o adoecer e o morrer do trabalhador (ALVES, GODOY, SANTANA, 2006). O trabalho deveria ser considerado uma atividade criativa e prazerosa na vida dos indivíduos, com possibilidades de favorecer o desenvolvimento de habilidades físicas e mentais, além de melhorar a qualidade de vida com base em uma remuneração adequada e satisfatória. Espera-se também que o horário seja compatível com a saúde do trabalhador e que proporcione tranquilidade e alegria para a sua

vida e a de sua família. No entanto, a realidade se mostra de forma diferente, pois o ambiente das organizações apresenta, em seu cotidiano, trabalhadores que vendem o único bem disponível, a sua força de trabalho em troca da sobrevivência, constituindo um cenário privilegiado para a observação de conflitos gerados nesses ambientes (ALVES, GODOY, SANTANA, 2006).

O estresse no trabalho tem se convertido numa das principais causas de afastamento em vários seguimentos laborais. A aparição desse fenômeno pode ser atribuída às exigências da organização do trabalho (PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2007). Corroborando com essa ideia, Vilela e Vidal (2010) complementam que a organização do trabalho exerce sobre o homem um impacto no aparelho psíquico que, em certas condições, faz emergir sofrimentos relacionados à sua história individual, portadora de projetos, de esperanças, de desejos e de uma organização de trabalho que a ignora.

Dessa maneira, novas doenças surgem decorrentes de mudanças introduzidas no mundo de trabalho. Uma das consequências para o aparelho psíquico dos trabalhadores resulta na Síndrome de *Burnout*, que corresponde à resposta emocional às situações de estresse crônico em razão de relações intensas de trabalho com outras pessoas ou outros profissionais que apresentam grandes expectativas com relação ao desenvolvimento profissional e dedicação à profissão e não alcançam o retorno esperado. O conceito de *Burnout* mais aceito hoje é aquele relacionado à multidimensionalidade da doença que envolve três esferas: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. A exaustão emocional tem como definição o esgotamento de recursos emocionais para lidar com situações do dia a dia no trabalho e fora dele. A despersonalização envolve sentimentos negativos ou bloqueios dos sentimentos em relação às pessoas que entram em contato com o profissional. E a falta de realização profissional é a incapacidade que o trabalhador tem de ver sua atividade com um aspecto positivo, havendo recriminações por não alcançar seus objetivos (VILELA, VIDAL, 2010).

## 2.2. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde não apresenta características típicas do trabalho industrial ou agrícola, pois está inserido no setor terciário ou de serviços da economia, que se apresenta como atividades “improdutivas” e trabalho intangível do ponto de vista da valorização material do processo capitalista. Apesar disso, sofreu influência das organizações produtivas

hegemônicas, como o taylorismo e o fordismo e tem sofrido influência das mudanças tecnológicas e dos modos de organização dos processos de trabalho de outros setores da economia. Atualmente, o trabalho em saúde é majoritariamente institucionalizado e o ato assistencial resulta de um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde, porém o médico ainda continua sendo o elemento central desse processo. Esta categoria profissional decide sobre os diagnósticos e a terapêutica, delegando partes do trabalho aos demais profissionais. Assim, a assistência se torna fragmentada, resultante de um trabalho compartimentalizado e parcelado, que ao mesmo tempo mantém características do trabalho artesanal (MERHY, 2007; PENA, MINAYO-GOMEZ, 2010; KURCGANT *et al.*, 2011). Por suas características, o trabalho em saúde apresenta algumas peculiaridades, tais como:

- Intangibilidade: funda-se na incapacidade de percepção pelos nossos sentidos sensoriais, como tato ou órgãos dos sentidos (PENA, MINAYO-GOMEZ, 2010);
- Imaterialidade: não propicia a geração e acumulação de riqueza (PENA, MINAYO-GOMEZ, 2010; KURCGANT *et al.*, 2011);
- Simultaneidade: deve ser vista como elemento fundamental da distinção do serviço. No caso, a produção do serviço ocorre no momento em que ele é consumido e desta característica importante deriva a impossibilidade do estoque (PENA, MINAYO-GOMEZ, 2010; KURCGANT *et al.*, 2011);
- Coprodução: constrói-se pela relação interativa entre trabalhador e consumidor. Nessa relação simultânea com a co-presença, ambos estão expostos a riscos por estarem no mesmo território onde ocorrem as práticas de serviço (PENA, MINAYO-GOMEZ, 2010).

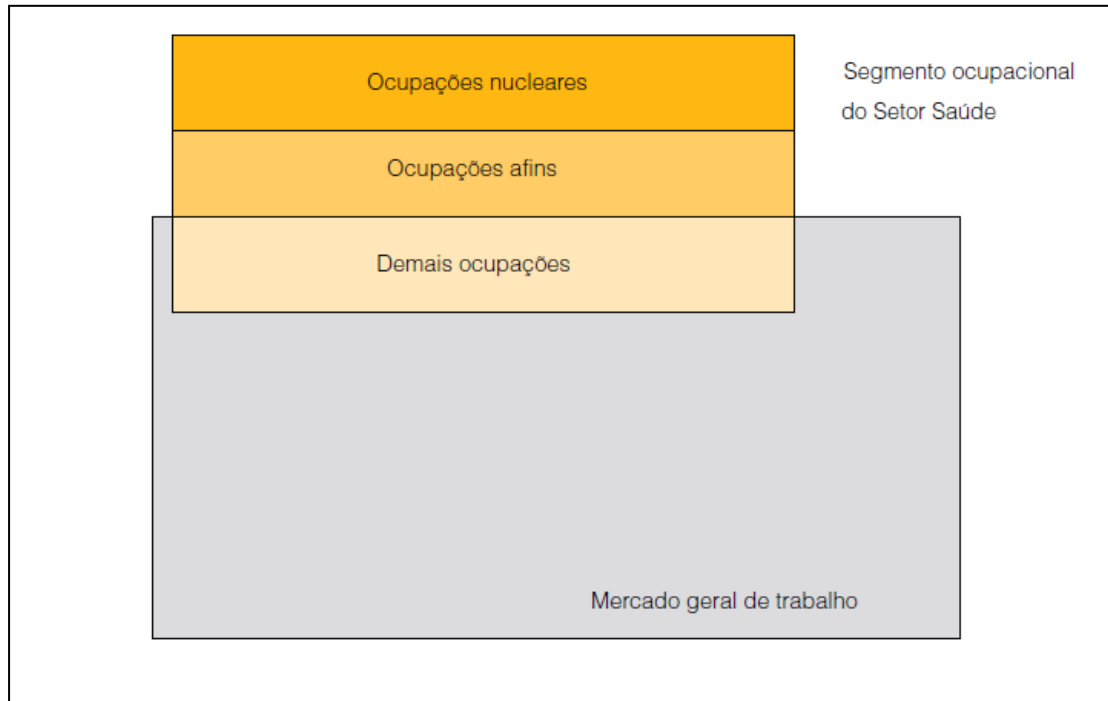
Outra peculiaridade do trabalho em saúde é que há o encontro do agente produtor com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos e tecnologias em geral) e o agente consumidor, tornando-o parte da ação do produtor. Mas nesse processo, o consumidor se torna agente da ação, uma vez que coloca suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos no seu modo de sentir e elaborar as necessidades de saúde (MERHY, 2007). Outro aspecto que merece destaque refere-se às relações psicossociais diversas presentes no cotidiano do serviço, que redimensionam a própria organização do trabalho diante da possibilidade de lidar diretamente com situações existenciais limítrofes como a morte – no caso dos serviços de saúde – ou o sofrimento extremo do consumidor. Esses conflitos geram tensões e traumas psíquicos decorrentes de agressões físicas e verbais

variadas e que podem, não raramente, resultar em desfechos trágicos (PENA, MINAYO-GOMEZ, 2010).

A centralidade do trabalho em saúde se reitera por sua especificidade no que se refere a uma atividade marcada por riscos irreversíveis, no qual é preciso que procedimentos prévios sejam adotados para reduzir a possibilidade de ocorrência dos mesmos. Isso explicita uma dimensão relevante do ramo de atendimento em saúde: a irreversibilidade de procedimentos realizados de modo não adequado. É inquestionável a impossibilidade de serem eliminados totalmente esses e outros riscos relacionados à prestação do serviço de atendimento à saúde. Contudo, é inegável a necessidade da busca para reduzir sua probabilidade, regulando as diversas funções voltadas para a atividade-fim por meio do estabelecimento das profissões e da regulamentação de procedimentos. Essa não é uma característica exclusiva do setor saúde. Outros segmentos de atividade são objetos de regulamentação com o objetivo de se reduzir a emergência do risco (DEDECCA, 2008).

O trabalho em saúde é considerado trabalho vivo em ato, ou seja, o resultado produzido, que é o cuidado, é consumido no mesmo momento de sua produção, sendo que seu resultado traz a particularidade de certa materialidade simbólica. Associado a isso, os trabalhadores se apoderam de várias tecnologias que estão envolvidas no processo para realização da atividade-fim, podendo ser classificadas em: leves (as relações do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão em uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde) e duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais) (MERHY, 2007).

O trabalho na área da saúde expressa um segmento relevante na estrutura complexa do mercado de trabalho, sendo caracterizado por uma considerável gama de ocupações, incluindo aquelas associadas a profissões específicas para as políticas de saúde que são denominadas ocupações nucleares, que dependem da disponibilidade de trabalho existente para esse segmento ocupacional específico. As demais ocupações são caracterizadas por qualificações não específicas aos segmentos dessa estrutura produtiva da assistência em saúde, podendo ser supridas sem maiores restrições pelo mercado geral de trabalho. Na Figura 1, pode-se observar a segmentação de trabalho no setor de saúde, sendo que parte das ocupações pode ser incorporada ao mercado geral de trabalho e a outra não, conforme Dedecca (2008).



**FIGURA 1:** Segmento ocupacional do setor saúde e mercado geral de trabalho. Belo Horizonte, 2014.

**Fonte:** Adaptado de Dedecca (2008).

A TAB. 1 mostra as ocupações no setor da saúde classificadas de acordo com suas categorias profissionais em setor saúde nuclear e setor saúde expandido.

**TABELA 1:** Ocupações no setor saúde de acordo com as categorias profissionais.

Nível	Descrição
<b>Núcleo</b>	Médicos Cirurgiões-dentistas Enfermeiros (nível superior) Auxiliares de enfermagem (nível técnico) Auxiliares de enfermagem prática (não-diplomados) e auxiliares de laboratório Psicólogos Terapeutas (fisioterapeutas e fonoaudiólogos) e trabalhos assemelhados de nível superior Acupunturistas, técnicos em ortopedia, fisioterapia, protéticos e assemelhados
<b>Afins</b>	Biologistas, bacteriologistas e trabalhos assemelhados Farmacêuticos e farmacologistas Nutricionistas e trabalhos assemelhados Assistentes sociais Ortoptistas e ópticos Operadores de equipamentos médicos e odontológicos
<b>Demais</b>	Demais ocupações

**Fonte:** Adaptado de Dedecca (2008).

O nível classificado como nuclear é composto pelas ocupações diretas e identificadas tradicionalmente com o setor de saúde. Para as ocupações nucleares, existe uma regulação extensa do trabalho e estão sujeitas à disponibilidade de trabalho para o segmento ocupacional específico. As ocupações nucleares de Medicina e Enfermagem são objetos de regulamentação pública específica. Na experiência brasileira, tanto o Ministério da Saúde como os Conselhos Profissionais ordenam o exercício das profissões associadas às ocupações nucleares. O segundo nível sintetiza o esforço de mensurar as atividades e as ocupações derivadas dos serviços de atenção e são ordenadas por regulamentação pública específica própria ou não do setor saúde, tais como as ocupações de biólogo, assistente social e técnico de laboratório (DEDECCA, 2008).

Em relação às demais ocupações, não há qualquer regulamentação específica, sendo, em sua maioria, vinculadas a treinamento no próprio trabalho, sem maiores requerimentos específicos propiciados pelo sistema educacional. São os casos, por exemplo, dos motoristas, maqueiros e prestadores de serviço no ramo da limpeza e alimentação. O enfoque na estrutura ocupacional amplia o debate sobre o trabalho no setor saúde, ao incorporar ocupações que escapam da perspectiva inscrita na discussão sobre recursos humanos. É fundamental adotar uma perspectiva que considera que as diversas ocupações são imprescindíveis para o bom desempenho da política de atendimento à saúde, independentemente da posição de cada ocupação em relação ao objetivo fim da política. Contudo, é fundamental reconhecer que a estrutura ocupacional do setor saúde se organiza a partir daquele segmento chamado nuclear (DEDECCA, 2008).

Um perfil mais favorável de qualificação é uma característica importante das ocupações do setor saúde. Por estarem diretamente relacionadas com a atividade-fim, as ocupações nucleares tendem a ser aquelas de maior qualificação, situação imposta pela regulamentação pública existente. Tanto as ocupações de Medicina como de Enfermagem exigem processos de educação formal de natureza geral e especializada para seu exercício. A formação superior básica mais o período de residência são obrigatórios para o exercício da profissão de médico. Exigências são também impostas para exercer as diversas ocupações de enfermagem. Mesmo que de maneira diferente e menos intensa, a regulamentação das ocupações do setor saúde tende a gerar efeitos sobre os demais segmentos, acarretando a exigência de níveis mínimos de escolaridade e formação ou treinamento específico para a realização de uma determinada função (DEDECCA, 2008).

As condições de trabalho impostas atualmente na área da saúde, através das políticas públicas e privativas, estão aquém do que se deseja e se espera: jornadas de trabalho

ininterruptas de segunda a segunda, totalizando mais de 30 horas semanais, pressão interna exercida decorrente da sobrecarga de atividades devido à alta demanda de pacientes que necessitam de internações, alta rotatividade dos profissionais que, após período de adaptação e conhecimento geral sobre a unidade, despedem-se da instituição em busca de novos horizontes profissionais e salariais (FERREIRA *et al.*, 2011).

Além das condições de trabalho, o profissional de saúde está sujeito a diversos fatores nocivos de acordo com a sua atividade no ambiente laboral, tais como as condições físicas, organizacionais, administrativas ou técnicas existentes nos locais de trabalho, que propiciam a ocorrência de acidentes de trabalho e/ou adoecimento. Os principais riscos que o ambiente dos serviços de saúde apresenta são, de acordo com Haag, Lopes e Schuck (2001), classificados em:

- a) físicos: ruídos, temperatura, radiação;
- b) químicos: substâncias orgânicas e inorgânicas;
- c) biológicos: vírus, bactérias, protozoários e parasitas;
- d) ergonômicos e/ou mecânicos: traumatismos, períodos prolongados em pé, manuseio de cargas pesadas e longos períodos em posturas inadequadas;
- e) psicossociais.

Para minimizar os diversos riscos a que o profissional de saúde está exposto, o Ministério da Saúde criou, em 2005, a Norma Regulamentadora (NR) 32, que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como aqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Para fins de aplicação da NR 32, entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade (BRASIL, 2005).

### 2.3. EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS

Nas comunidades primitivas, as doenças estavam relacionadas à magia e ao sobrenatural, sendo atribuídas aos deuses. Para a obtenção da cura, sacrifícios e penitências eram vistos como a maneira de livrar o corpo das impurezas e dos maus espíritos. Posteriormente na era pré-cristã, o tratamento temporário dos doentes passou a ser realizado em casas reservadas onde as práticas vinculadas ao cuidado estavam diretamente conectadas

ao conhecimento médico. Mesmo não havendo menção a hospitais, surgiram leis civis e religiosas que recomendavam dar hospitalidade e facilitar o auxílio a enfermos e desamparados, sendo que médicos, mantidos pelo Estado, tratavam gratuitamente os doentes durante as guerras e mesmo aqueles que realizavam longas viagens (PAIXÃO, 1963; BORBA, LISBOA, 2006).

Na Idade Média, o advento do Cristianismo trouxe profundas mudanças sociais e uma nova visão humanística, porém a conotação caritativa do ato de cuidar ainda se manteve bastante arraigada. As atividades assistenciais cabiam a religiosos, leigos, viúvas, damas da sociedade ou virgens que se consagravam à devoção de Deus. Essas pessoas almejavam o salvamento da alma através do cuidado ao próximo, geralmente pobres, enfermos, órfãos, velhos, aleijados e peregrinos. Os hospitais eram construídos fora da zona urbana devido a fortes características de segregação social (PAIXÃO, 1963; BELLATO, PASTI, TAKEDA, 1997; BORBA, LISBOA, 2006). O ensino da medicina e a organização dos serviços sanitários incrementaram a fundação dos hospitais. A partir do século VI, lutas longas e ferozes contra invasores fizeram com que, além da guerra, a peste e a fome assolassem as regiões. Sabe-se que existiam os médicos práticos, mas a concentração dos hospitais em torno dos mosteiros e bispados fizeram com que as ordens religiosas, voltadas à diminuição do sofrimento e miséria humanos, mais da alma do que do corpo, tivessem predominância (BORBA, LISBOA, 2006).

Inicia-se no século XIII, o movimento para subtrair os hospitais da influência monástica medieval. A prosperidade das cidades europeias e o aumento da riqueza e poder da burguesia incentivaram as autoridades municipais a suplementar e, depois, assumir o encargo das atividades da Igreja, incluindo a realização de práticas médicas. Com a queda do cristianismo e a implantação da reforma religiosa, o hospital passou a ser uma instituição de responsabilidade do Estado, perdendo sua influência religiosa. Muitos religiosos foram expulsos, obrigando o fechamento de um grande número de estabelecimentos, pois não dispunham de pessoal suficiente para a continuidade da assistência. Com isso, houve um período crítico em que foi necessário o recrutamento de pessoal remunerado, todavia de moral duvidosa dentro de um sistema livre de qualquer forma de organização. Dessa maneira, os doentes apresentavam péssimas condições de higiene, escassez de alimentação e negligência de cuidados (PAIXÃO, 1963; BELLATO, PASTI, TAKEDA, 1997; BORBA, LISBOA, 2006).

Durante o Renascimento, as transformações econômicas e sociais alteraram o caráter de inserção dos hospitais na vida urbana. A emergência da burguesia refletiu na melhora das

condições de vida das cidades, que passaram a atuar como foco de atração desordenada de migrações e deslocamentos de cunho comercial. O estabelecimento de hospitais modernos emergiu da conversão gradual do hospital geral, decorrente da secularização das entidades cristãs de atenção às doenças (BORBA, LISBOA, 2006). O hospital como instrumento terapêutico pode ser considerado uma invenção relativamente nova, que começou a existir ao final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado à cura aparece claramente em torno de 1870. Antes desse período, era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, fazendo o papel de separação e exclusão (FOUCAULT, 2010).

Em meados do século XIX, a situação hospitalar se mantinha insalubre, porém a decadência da metafísica e a ascensão do positivismo como concepção científica propiciou grandes avanços na área da saúde. Com isso, houve grande desenvolvimento da medicina, especialmente da teoria bacteriológica, com o uso de antissépticos e novos métodos assépticos, acarretando em uma drástica diminuição do número de mortes por infecção. Ainda, a introdução da anestesia permitiu a realização de cirurgias sem dor e com mais possibilidades de êxito. Todos esses avanços contribuíram para alterar a imagem do hospital, que deixou de ser um local onde os pobres ficavam alocados para aguardar a morte, transformando-se em lugar onde os enfermos podiam se curar. Sob o signo dessas modificações, duas práticas até então independentes, a Medicina e a Enfermagem, vêm se encontrar no mesmo espaço geográfico e social para a cura da doença, passando a se complementar desde então. Mediante as pestes existentes no século XIX e o início de organização para o controle da saúde pública, ocorreram aperfeiçoamento no abastecimento da água e nos sistemas de esgotos. Grande parte da medicina científica do século XIX teve sua origem nas expectativas de saúde pública que se desenvolveram no final do século XVIII (BELLATO, PASTI, TAKEDA, 1997; BORBA, LISBOA, 2006; KRUSE, 2006).

O primeiro fator para essa transformação sobre a imagem do hospital não ocorreu pela busca de uma ação positiva do hospital sobre a doença ou o doente, mas simplesmente pela anulação dos efeitos negativos sobre o mesmo. Ou seja, inicialmente não houve a procura pela medicalização do hospital, mas sim a busca da purificação dos efeitos nocivos que a desordem acarretava. Logo, a introdução de mecanismos disciplinares no confuso espaço do hospital propiciou sua medicalização. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar a propagação das epidemias explicaram o alinhamento disciplinar a que foram submetidos os hospitais. Mas, ao mesmo tempo em que ocorria a disciplinarização, esse poder foi confiado aos médicos, propiciando a transformação do saber médico (FOUCAULT, 2010).

É na Idade Moderna que surgiram a descentralização, a segregação de atividades complementares e a coexistência de pessoal administrativo, médico e auxiliar dentro das instituições hospitalares. Na Idade Contemporânea cresce a descentralização, aumenta a complexidade das estruturas organizacionais e a diversidade de funções (BORBA, LISBOA, 2006). Diante disso, torna-se importante ressaltar que a função dos hospitais sofreu várias modificações, no intuito de acompanhar a evolução da medicina. Atualmente, o hospital é considerado a mais complexa das organizações de saúde, face à diversidade de profissionais, usuários, tecnologias, relações interpessoais, processos de trabalho, formas de organização e espaços que alberga. Além disso, manifesta-se por sua peculiaridade diante da imprevisibilidade da demanda e do atendimento que contempla necessidades individuais dos clientes. Essa singularidade das relações em serviço e a intensificação das demandas organizacionais, colocadas em prática no hospital afetam diretamente as equipes, podendo ser percebidas com baixos níveis de satisfação e motivação, devido ao aumento da carga laboral e das condições desfavoráveis de trabalho (MATSUSHITA, ADAMI, CARMAGNANI, 2005; ALVES, GODOY, SANTANA, 2006).

Assim, a organização hospitalar, por apresentar condições insalubres, deveria ter como principais objetivos a satisfação do trabalhador e atenção personalizada ao paciente, uma vez que a busca pela eficiência traz a qualidade, produtividade e atenção à clientela como temas dominantes na busca do progresso e sobrevivência da instituição e, particularmente, os recursos humanos assumem relevância estratégica no desenvolvimento do trabalho. No entanto, muitas instituições são extremamente burocráticas e a gerência de enfermagem não tem participação efetiva na formulação dos planos institucionais, piorando a situação do trabalhador da equipe de enfermagem, que constitui elevado percentual da sua força de trabalho, responsável pelo maior número de ações desenvolvidas com a clientela e elevada produtividade no trabalho (FARIA, BARBOZA, DOMINGOS, 2005; SILVA, MARZIALE, 2006; LAUS, ANSELMINI, 2008). Para minimizar o impacto dessa insalubridade, o hospital deveria ser, necessariamente, um local onde atitudes positivas relacionadas à manutenção de saúde e melhoria das condições de trabalho precisariam ser programadas e enfatizadas. A manutenção de um nível elevado de bem estar físico e mental dos trabalhadores no ambiente hospitalar pode favorecer a melhoria da assistência prestada aos pacientes (ALVES, GODOY, SANTANA, 2006).

Atualmente, a análise do trabalho no hospital relacionado às condições ambientais, políticas e gerenciais pode trazer à tona a gênese de uma série de agravantes da integridade e da saúde do trabalhador. No entanto, a maioria dos hospitais possui uma estrutura político-

administrativa pouco flexível, dificultando a autonomia dos trabalhadores, o que o torna um ambiente caracterizado por estrutura formal rígida que dificulta a comunicação entre as pessoas, além de expor seus trabalhadores a riscos físicos, ergonômicos, mecânicos, psicológicos e sociais. Mesmo com a utilização máxima de suas faculdades intelectuais e psicoafetivas de aprendizagem, os trabalhadores tem dificuldades de se adaptar à estrutura organizacional. Os parâmetros administrativos, utilizados na gestão de recursos humanos e aplicados à maioria das instituições de saúde, são inespecíficos e inadequados, contribuindo para a fuga do trabalho (COSTA, VIEIRA, SENA, 2009; FERREIRA *et al.*, 2011).

#### 2.4. EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR

No período antes de Cristo, alguns registros mostraram que existiam pessoas que possuíam habilidades e conhecimentos, inclusive sobre o preparo de remédios, para cuidar dos doentes. Sacerdotes, feiticeiros e mulheres em geral prestavam esses cuidados. Na Idade Média, os cuidados aos doentes passaram para as mãos dos religiosos, desenvolvendo-se muito nos séculos XI e XII com a organização das Cruzadas, expedições militares a serviço da Igreja. Com o advento das ordens seculares no século XIII, foi que se deu o que se poderia chamar de introdução da enfermagem em hospitais, através das religiosas, cujo trabalho era revestido da filosofia de amor ao próximo. Tal concepção de enfermagem permaneceu por muitos séculos, exercida por religiosas que não possuíam conhecimentos que pudessem fundamentar suas atividades. No entanto, no mesmo século, com o desenvolvimento das cidades, houve transformação do caráter das atividades médicas em prática técnico-profissional, cuja profissionalização era até então combatida pela Igreja. Na prática urbano-corporativista, a medicina se constituiu como profissão e não como sacerdócio, mas o mesmo não ocorreu com a enfermagem (PAIXÃO, 1963; MELO, 1986; BELLATO, PASTI, TAKEDA, 1997).

No século XVI, a Reforma Protestante trouxe consequências para a enfermagem, pois houve fechamento de hospitais e expulsão dos religiosos que lá atuavam. A partir de então, passou-se a recrutar pessoal leigo e remunerado para executar o serviço de enfermagem, em sua maioria, mulheres marginalizadas, que em troca de baixos salários prestavam serviços variados, entre eles o cuidado aos doentes. Tal panorama da enfermagem permaneceu até a Revolução Industrial e o fortalecimento do capitalismo como modo de produção, quando

começaram a surgir movimentos de reformas visando à elevação da moral e profissional do pessoal dos hospitais e do serviço oferecido (PAIXÃO, 1963; MELO, 1986; BELLATO, PASTI, TAKEDA, 1997).

O país onde a enfermagem se institucionalizou, a Inglaterra do século XIX, passava então por um processo de desenvolvimento econômico capitalista, originando o que se convencionou chamar de Revolução Industrial, iniciada na metade do século XVIII, que foi precedida por uma acumulação prévia de capital. Com a transformação radical na estruturação da indústria, graças ao aperfeiçoamento e invenção de máquinas, passou a existir um interesse maior pela saúde pública como forma de evitar a escassez de mão de obra para a indústria florescente. Contudo, o progresso econômico trouxe poucos benefícios à maioria da população trabalhadora da Inglaterra e as condições de vida e saúde da época eram devastadoras, sendo que a tuberculose, escarlatina e o tifo foram tidos como os maiores flagelos entre os trabalhadores. Neste quadro que Florence Nightingale, em 1854, recebeu o convite do governo inglês para trabalhar nos hospitais militares durante a Guerra da Criméia, de cuja experiência ela desenvolveria mais tarde as concepções da profissão, dando início ao período intitulado de enfermagem moderna (MELO, 1986; GEOVANINI *et al.*, 1995 GOMES *et al.*, 1997; COSTA *et al.*, 2009).

Florence Nightingale era membro da aristocracia inglesa, cuja família detinha poder econômico, social e político, e, como toda mulher de sua classe social, fora educada para o casamento. Desde cedo, demonstrava certo interesse em cuidar de pessoas doentes e registrou várias vezes em seus diários a necessidade de executar o trabalho para o qual teria sido escolhida segundo a vontade divina. Sua abnegação em modificar as condições de saúde da sociedade no final do século XIX marcou profundamente a história. A educação aristocrática em que fora criada lhe permitiu ter acesso a vários idiomas, à matemática, religião e filosofia e seus estágios com as Irmãs de caridade propiciaram os primeiros passos da disciplina na enfermagem (MELO, 1986; COSTA *et al.*, 2009).

Com o brilhante trabalho na organização dos hospitais e, em consequência da redução da mortalidade entre os soldados, Florence recebeu do governo inglês doações em dinheiro para a instituição do Fundo Nightingale. Apenas em 1860, Florence começou a aplicar o dinheiro doado ao fundo com o propósito de treinar enfermeiras com a instalação da Escola Nightingale no St. Thomas' Hospital, após coordenar uma série de investigações sobre os hospitais londrinos. A possibilidade de treinar mulheres para o desempenho de trabalho assalariado refletia o interesse do capitalismo na utilização da mão-de-obra feminina. Apesar da posição que cabia à mulher no século passado no desempenho dos trabalhos domésticos, a

emergência do capitalismo mudou tal posição, principalmente entre as mulheres de classe social mais baixa (MELO, 1986; GEOVANINI *et al.*, 1995; GOMES *et al.*, 1997; COSTA *et al.*, 2009).

O modelo nightingaliano teve como proposta inicial a moralização da profissão, introduzindo mulheres de classe alta na enfermagem. Diante disso, a enfermagem moderna nasce produzindo a divisão social entre as duas categorias distintas: *lady nurse* e *nurse*. As primeiras, oriundas de classe social mais elevada, eram preparadas para o ensino e supervisão, além de serem responsáveis por atividades mais complexas herdadas da prática médica. As *nurses* eram de classe social inferior e por isso executavam o trabalho manual da enfermagem moderna, sendo responsáveis pelo cuidado direto ao paciente. Além disso, o desenvolvimento da profissão dentro do hospital implicou necessariamente uma grande divisão do trabalho entre as profissões existentes, principalmente mediante a nova função do médico na sociedade de detentor do saber e responsável pela organização hospitalar (MELO, 1986; GEOVANINI *et al.*, 1995; GOMES *et al.*, 1997; ELIAS, NAVARRO, 2006).

Coube à enfermagem moderna, não como atividade empírica, mas agora com uma roupagem científica normatizada e institucionalizada cumprir seu novo papel. Em 1897, foi aprovado o *Metropolitan Poor Act*, que estabelecia a utilização de enfermeiras habilitadas para este serviço. Por sua vez, a nova profissão institucionalizada não ficou restrita à Inglaterra. Logo o Sistema Nightingale de preparo de novas enfermeiras alcançou outros países, dentre eles: Canadá, Austrália, Escócia e Estados Unidos (PAIXÃO, 1963; GEOVANINI *et al.*, 1995; LUNARDI, 1998; KRUSE, 2006).

No Brasil, em 1923 foi criada a primeira escola de enfermagem no Rio de Janeiro, financiada pela Fundação Rockefeller, sob a orientação de enfermeiras norte-americanas treinadas no Sistema Nightingale com a missão de cooperação técnica para o desenvolvimento da enfermagem no país, sendo também denominada de Missão Parsons. O principal marco foi o surgimento do Serviço de Enfermeira, no Departamento Nacional de Saúde Pública e, posteriormente, a criação da primeira escola de enfermagem, em 1923, permeada pelo modelo nightingaliano. Essa escola recebeu o nome de Anna Nery, figura conhecida como mãe dos brasileiros que, embora não apresentasse um preparo técnico-científico para atuar como enfermeira, sobressaiu-se pelo ótimo desempenho na Guerra do Paraguai (PAIXÃO, 1963; KRUSE, 2006).

Na década de 1940 e a eclosão da Segunda Guerra Mundial, houve estímulo do desenvolvimento urbano-industrial com o crescente número de assalariados urbanos. Ocorreu também a expansão da Saúde Pública e os hospitais passaram a ser o centro de supremacia da

atenção médica sobre as medidas sanitárias de modo geral. O novo hospital, agora incorporado de tecnologia desenvolvida, exigia pessoal qualificado e capacitado. Logo, foi reforçada a enfermagem como uma ciência humana, de pessoas e experiências de relacionamento com um campo de conhecimento, fundamentações e práticas que abrangem o estado de saúde e doença, portanto, que exige do profissional competência técnica e capacidade de reflexão, análise crítica e aprofundamento constante dos conhecimentos técnico-científicos (MELO, 1986; BECKER, OLIVEIRA, 2008).

No ambiente hospitalar, concomitante ao acréscimo de sua complexidade, houve crescente aumento da demanda de trabalho para a equipe de enfermagem, que constitui o maior contingente de trabalhadores de um hospital, com responsabilidade pela assistência e gestão nas 24 horas de funcionamento da instituição. Dessa maneira, representa parcela significativa dos recursos humanos alocados, incidindo de forma relevante nos custos globais da organização. A enfermagem é uma profissão que requer, além do conteúdo científico e habilidade psicomotora, sensibilidade para o desenvolvimento de um trabalho eficaz, pois cuida do indivíduo de forma integral e humanista. Por outro lado, sabe-se que o trabalho de enfermagem é árduo, uma vez que lida diretamente com o sofrimento e está exposto a vários riscos no ambiente de trabalho, destacando-se por suas características relacionadas a gênero, hierarquia, sobrecarga, tanto física quanto emocional (GOMES *et al.*, 2007; BECKER, OLIVEIRA, 2008; COSTA, VIEIRA, SENA, 2009; ABREU, SIMÕES, 2009; CARVALHO *et al.*, 2010)

A enfermagem é uma profissão que ao longo do tempo vem construindo e desconstruindo a sua história, pois sua relação com a sociedade é permeada por conceitos, preconceitos e estereótipos. Por conseguinte, a enfermagem se apresenta atualmente como uma prática profissional desgastada por ainda apresentar resquícios marcantes do seu contexto histórico. Cabe ressaltar que a existência de categorias e divisão de trabalho também dificulta o seu reconhecimento social, uma vez que os usuários dos serviços de saúde, por desconhecerem a existência dessa divisão hierárquica, tendem a confundir seus agentes. Outro ponto nevrálgico é o fato da enfermagem moderna ainda ser vista como profissão complementar à prática médica, ou seja, um suporte do trabalho médico, subordinado a este, além de executora de trabalhos manuais dissociados do saber (GEOVANINI *et al.*, 1995; MOURA, MAGALHÃES, CHAVES, 2001; COSTA *et al.*, 2009).

Frequentemente, os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos às condições inadequadas de trabalho, que implicam em longas jornadas, trabalhos em turnos (vespertinos, noturnos, finais de semana e feriados), rodízios, multiplicidade de funções, repetitividade e

monotonia, intensidade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, separação do trabalho intelectual e manual, baixa remuneração em relação à responsabilidade e complexidade das tarefas e controle nas chefias, desencadeando acidentes e doenças em decorrência de prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores. Estes fatores provocam agravos à saúde, que podem ser de natureza física ou psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, de eliminação, fadiga, agravos nos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses, fatos que muitas vezes levam a acidentes de trabalho e licenças para tratamento de saúde (SILVA, MARZIALE, 2006; GOMES *et al.*, 2007; BECKER, OLIVEIRA, 2008; ABREU, SIMÕES, 2009; SANCINETTI *et al.*, 2009).

Em relação aos fatores ergonômicos, destacam-se os problemas ósteo-músculo-articulares entre os trabalhadores da enfermagem. Os agentes psicossociais causadores de danos à saúde associam-se ao contato frequente com a dor, o sofrimento e a morte, principalmente pela contenção de emoções, visto que tal profissional não pode expressar seus dissabores e fraquezas na presença do paciente, adquirindo desse modo um comportamento estereotipado. O sofrimento do paciente nem sempre pode ser aliviado, principalmente quando se trata de doentes terminais, quando não há mais nada a fazer para manter sua vida. Essa agonia de se sentir impotente frente à situação traduz para o profissional uma insatisfação pessoal que o distancia de seus objetivos como cuidador, desencadeando sentimentos de insegurança, ansiedade e medo (GOMES *et al.*, 2007; BECKER, OLIVEIRA, 2008; ABREU, SIMÕES, 2009; SANCINETTI *et al.*, 2009).

Ainda é preciso ponderar que na enfermagem, profissão majoritariamente feminina desde os primórdios, as profissionais desenvolvem seu trabalho remunerado e, ao mesmo tempo, gerenciam sua vida como pessoa, esposa e mãe, um somatório de atribuições realizadas que contribui, muitas vezes, para seu desgaste físico e emocional. Neste sentido, a dupla atividade no trabalho e no lar pode implicar em sobrecarga física, preocupações e pouco repouso, desencadeando agravos à saúde (SPINDOLA, SANTOS, 2003; GEHRING JÚNIOR *et al.*, 2007; PADILHA, VAGUETTI, BRODERSEN, 2006; UMANN, GUIDO, FREITAS, 2011).

Assim, pode-se inferir que a enfermagem é uma das categorias em que os profissionais estão sujeitos às inadequadas condições de trabalho e à insalubridade do ambiente. O impacto do trabalho sobre os profissionais leva à sobrecarga mental e física que, aliada à precariedade das condições de trabalho e aos baixos salários, pode desencadear ansiedade, insatisfação, estresse, tensão e, conseqüentemente, ausências não justificadas ou justificadas por licenças

médicas, denominadas absenteísmo (LAUS, ANSELMI, 2008; COSTA, VIEIRA, SENA, 2009; ABREU, SIMÕES, 2009; UMANN *et al.*, 2011).

## 2.5. ABSENTEÍSMO E SUAS REPERCUSSÕES

A palavra “absenteísmo” tem sua origem no francês (*absentéisme*) e significa a falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais (GEHRING JÚNIOR *et al.*, 2007). É também conhecido como ausentismo ou absentismo, cuja definição pode ser caracterizada como o hábito de não comparecer ou de estar ausente ao trabalho; falta de assiduidade, ou seja, ausências ao trabalho quando deveria estar presente, designando as faltas por motivos alheios à previsão da chefia do serviço (GIOMO *et al.*, 2009). Pode ser mensurado pela soma dos períodos em que o trabalhador se ausenta do trabalho, sendo que essa ausência não é motivada por desemprego, segundo Chiavenato (2004). As ausências planejadas dentro de uma jornada de trabalho legal são consideradas ausências previstas, incluindo férias, folgas (descanso semanal remunerado) e feriados não coincidentes com os domingos, não sendo contempladas na análise do absenteísmo. As ausências laborais justificadas mais prolongadas, principalmente para o tratamento de saúde são também denominadas afastamentos (CUCOLO, PERROCA, 2008; INOUE, MATSUDA, SILVA, 2008; SANCINETTI *et al.*, 2011; CARNEIRO, FAGUNDES, 2012; FAKIH, TANAKA, CARMAGNANI, 2012).

O absenteísmo pode ser classificado, de acordo com Abreu e Simões (2009) e Sancinetti *et al.* (2009), como: a) voluntário - ausência do trabalho por razões particulares não justificadas por doença; b) legal - faltas amparadas por lei, tais como gestação, gala, nojo, doação de sangue e serviço militar; c) compulsório - impedimento ao trabalho devido à suspensão imposta pelo patrão; d) por patologia profissional - ausências ocasionadas por acidente de trabalho ou doença profissional e e) por doença - inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico, com exceção dos infortúnios profissionais. O absenteísmo-doença é o principal motivo das faltas imprevistas em unidades hospitalares, sobretudo nas instituições públicas de saúde (INOUE *et al.*, 2008).

O absenteísmo por doença reflete o estado de saúde dos trabalhadores e causa impactos econômicos importantes, gerando custos elevados às empresas e à seguridade social. Além de aspectos relacionados diretamente à saúde, diversos fatores determinam ausências ao trabalho, como a cultura organizacional, a ausência de estratégias de valorização do trabalhador, *Burnout* e estresse, o ambiente psicossocial desfavorável, a insatisfação laboral, a condição socioeconômica dos trabalhadores, a ausência de controle e o baixo apoio social no

trabalho. Poucos dias de ausência estão associados, principalmente, à cultura organizacional que permite faltas ou a insatisfação dos trabalhadores com o seu trabalho relacionada mais à estrutura e ao processo laboral do que aos problemas de saúde. O absentismo de longa duração é considerado reflexo das condições de saúde e de problemas familiares. Os afastamentos por doença poderiam ser mais bem explicados pela influência de mecanismos complexos de inter-relação de fatores do indivíduo e do ambiente físico e social (FERREIRA *et al.*, 2012).

Diante do exposto, a etiologia do absentismo tem caráter multifatorial, sendo que nem sempre as causas estão no próprio trabalhador, podendo estar relacionada a fatores dependentes da atividade laboral, perilaborais, do meio externo ao ambiente de trabalho, patologias prévias sofridas pelos trabalhadores, fatores individuais e fatores dependentes do sistema administrativo e de gestão, como por exemplo, a precária integração do empregado à organização e os impactos psicológicos de uma direção deficiente. A periculosidade e a insalubridade do trabalho de enfermagem são caracterizadas pela exposição a microrganismos patogênicos (risco biológico), a radiações (risco físico) e a substâncias tóxicas (risco químico), entre outros agentes citados. O que se refere ao caráter penoso deste trabalho, pode-se dizer que seja influenciado pela grande quantidade de atividades que exigem esforço físico, más condições do ambiente de trabalho e tensões existentes nas relações interpessoais. Nesse contexto, o ambiente de trabalho na enfermagem pode ser um agente catalisador do processo de desgaste do trabalhador, culminando em doenças (CHIAVENATO, 2004; GOMES *et al.*, 2007; MARTINATO *et al.*, 2010; FAKIH, TANAKA, CARMAGNANI, 2012).

Além da rica exposição aos riscos existentes no recinto hospitalar, o ambiente de trabalho como variável social pode ser fonte importante de sofrimento mental. Os fatores do ambiente relacionados ao processo saúde-doença incluem: ruído, iluminação inadequada, temperaturas extremas, vibração, estética, higiene e cuidado. Como fatores relacionados à organização do trabalho apontam-se: conteúdo da tarefa, horário de trabalho, sobrecarga ou subcarga de trabalho físico e mental, participação e envolvimento no trabalho, relações interpessoais no trabalho, ritmo do trabalho e pressão do tempo e impossibilidade de ascensão funcional pela ausência de implantação de plano de cargos e salários (BECKER, OLIVEIRA, 2008).

O absentismo constitui um problema administrativo oneroso e complexo para as organizações. No hospital, torna-se ainda mais problemático, pois a assistência ao cliente internado não pode ser adiada sob pena de prejudicar sua recuperação. Como consequências dessas ausências, verifica-se a desorganização do trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho,

insatisfação dos trabalhadores, queda na qualidade e quantidade do trabalho realizado e aumento do custo operacional. Além disso, desencadeia problemas também para os enfermeiros que ocupam cargos de chefia, pois têm sob sua responsabilidade a resolução de todos os problemas administrativos existentes no setor, incluindo a cobertura da escala de serviço, seja por remanejamento setorial, por geração de horas extras ou mesmo replanejamento das ações e atividades a serem desenvolvidas durante o turno de trabalho (SILVA, MARZIALE, 2006; GIOMO *et al.*, 2009; CARNEIRO, FAGUNDES, 2012).

A organização e o processo de trabalho constituem fatores preponderantes para que as atividades laborais da enfermagem fluam sem interferências e com o mínimo de desgastes motor e psicocognitivo dos trabalhadores. É de suma importância que os gestores privilegiem os aspectos subjetivos e objetivos do trabalhador, minimizando, quando possível, o risco ocupacional representado por um conjunto de circunstâncias cujo potencial de causar um efeito adverso pode levar à morte, a lesões, a doenças e danos à saúde, à propriedade ou ao meio ambiente ao qual o coletivo de trabalho está exposto (CARVALHO *et al.*, 2010). Para reduzir o absenteísmo e suas consequências, é necessário compreendê-lo a fim de melhorar a humanização dos hospitais, facilitar as escalas de trabalho, diminuir dias duvidosos por dias de efetivo trabalho, evitar transtornos e apertos na última hora acarretados por ausências não previstas e aumentar o grau de satisfação dos trabalhadores (SILVA, MARZIALE, 2006).

Quanto às políticas gerenciais, pode ser resgatado, na concretização do gerenciamento em saúde, o fato dessas políticas serem influenciadas e até determinadas pelo contexto social, político, econômico, educacional e de saúde vigente nos diferentes momentos da sociedade. Decorrente desse contexto, a construção de indicadores se mostra como um instrumento imprescindível para a avaliação de serviços de saúde. Indicador pode ser definido como uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado, ou uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade assistencial e atividades desenvolvidas de um serviço. Remete a algo que está sendo evidenciado, revelado, demonstrado, tornado patente. O indicador chama a atenção para determinado aspecto do produto ou serviço (LIMA, KURCGANT, 2009; SANCINETTI *et al.*, 2011).

A construção de indicadores, como importante ferramenta da qualidade, visa à avaliação de serviços de saúde e exige a explicitação de referenciais de apoio sob a ótica dos diferentes elementos constitutivos das estruturas institucionais, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada. Na área de saúde, decorrente das características do trabalho desenvolvido, a qualidade adquiriu um significado particular e diferenciado das

demais atividades envolvidas na produção de bens e serviços. Nessa área de atuação humana, qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao paciente/família, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se, essencialmente, os valores sociais existentes (LIMA, KURCGANT, 2009).

Nesse contexto, a taxa de absenteísmo pode ser utilizada como um importante indicador de avaliação de saúde dos trabalhadores e das condições em que o trabalho é realizado, como também da política de recursos humanos da instituição e do serviço de atenção à saúde do trabalhador (UMANN *et al.*, 2011). Infelizmente, no gerenciamento em enfermagem, especificamente no que diz respeito à gestão de recursos humanos, o uso de indicadores não tem sido adotado como ferramenta de avaliação, no cotidiano das instituições, devido ao reduzido número existente (LIMA, KURCGANT, 2009).

Na década de 2000, ainda com o horizonte da qualidade, a adoção de indicadores para a avaliação do gerenciamento de serviços de saúde foca o gerenciamento de recursos humanos segundo o paradigma que considera a dimensão humana como o centro da discussão uma vez que anseios, expectativas e satisfação das pessoas responsáveis por concretizar esses propósitos são vitais para o alcance das metas institucionais (LIMA, KURCGANT, 2009). Nessa perspectiva, é imprescindível que os gerentes de enfermagem monitorem o índice de ausências dos profissionais de enfermagem e lancem mão de um quantitativo de pessoal adicional para cobertura das ausências, evitando a sobrecarga de trabalho e a elevação do absenteísmo dos trabalhadores que interfere, diretamente, na segurança e qualidade da assistência prestada (SANCINETTI *et al.*, 2011).

No Brasil, apesar dos elevados índices de absenteísmo-doença em hospitais, somente nas últimas décadas ocorreram esforços, ainda isolados, visando responder às questões relacionadas a esse fenômeno, às categorias mais afetadas, às doenças mais frequentes e às diferenças entre as diversas unidades de trabalho. Estudos epidemiológicos sobre o perfil de adoecimento destes profissionais se mostram escassos no Brasil, sugerindo que a categoria necessita de maiores investigações nesse sentido, pois pouco se conhece sobre o perfil das morbidades associadas ao afastamento do trabalho destes profissionais (ABREU, SIMÕES, 2009).

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica, documental contemporânea, com abordagem quantitativa e de caráter transversal. A pesquisa descritiva tem a característica de descrever um fenômeno, a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, lugar e/ou características dos indivíduos. O método quantitativo emprega técnicas estatísticas para garantir a precisão dos resultados e a realização de inferências fidedignas. A investigação do tipo transversal tem por objetivo verificar a prevalência ou frequência de uma característica de um grupo de indivíduos, descrevendo a realidade em um dado momento ou ponto do tempo (GOLDIM, 2000; POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; MOTTA, 2006). Na pesquisa documental contemporânea, é possível ilustrar um contexto em que um evento acontece a partir de dados e informações previamente reunidos e organizados, os quais se denominam de fonte secundária (MOREIRA, 2005).

Para atender aos objetivos do estudo, foi utilizado como estratégia de pesquisa o estudo de caso, que contribui para os conhecimentos adquiridos sobre os fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados. O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos. Logo, constitui-se como uma estratégia abrangente (YIN, 2005). Esse delineamento metodológico permitirá aprofundar o conhecimento acerca do absenteísmo-doença da equipe de enfermagem, por se tratar de um tema contemporâneo, estudado em seu contexto de ocorrência, ou seja, o ambiente hospitalar.

#### 3.2. CAMPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo de caso único, de caráter típico e representativo, em que o local escolhido foi o Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB), situado à Rua Formiga, nº 50, bairro São Cristóvão, Belo Horizonte, Minas Gerais. Optou-se por este hospital pelo fato de ser um centro de alta complexidade e referência no âmbito hospitalar, principalmente no setor de urgência/emergência, além de se interessar por projetos voltados para a qualidade da

assistência prestada ao cliente. Apresenta excelência técnica, tratamento humanizado pautado na ética, sendo seu atendimento direcionado exclusivamente ao SUS.

A principal porta de entrada para o usuário no hospital é o Pronto-Socorro que atende urgências clínicas e traumatológicas nas especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, odontologia e cirurgia (cirurgia geral e pediátrica, neurocirurgia, ortopedia, plástica, bucomaxilofacial, ginecologia e obstetrícia), com um atendimento médio de 420 pacientes por dia. O HMOB dispõe de 487 leitos distribuídos em três andares e em duas unidades externas (Hospital Nossa Senhora Aparecida e Núcleo de Cirurgia Ambulatorial). Desses, 90 leitos possuem equipamentos de terapia intensiva. Os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis são banco de sangue, análise clínica, radiologia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, endoscopia digestiva e respiratória, ecocardiografia, hemodinâmica e anatomia patológica (BELO HORIZONTE, 2010).

O HMOB tem como missão atender de forma humanizada e eficiente as pessoas que necessitam de cuidados de urgência/emergência, garantindo a integralidade da atenção, assim como contribuir para o processo de ensino em consonância com as diretrizes da política municipal de saúde. Sua visão consiste em ser um hospital de excelência no atendimento de urgência/emergência clínica e cirúrgica do município de Belo Horizonte, além de ser uma das referências nacionais em gestão pública hospitalar, prezando pela valorização dos profissionais da área da saúde com enfoque em alguns valores, tais como: responsabilização, gestão participativa, humanização, qualidade, segurança, conhecimento e valorização dos profissionais (BELO HORIZONTE, 2010).

Percorrendo o histórico da instituição, sua inauguração ocorreu no dia 30 de março de 1944 na gestão do então prefeito Dr. Juscelino Kubistcheck. A construção do hospital teve projeto arquitetônico concebido pelo arquiteto Raffaello Berti, no estilo *Art Déco*. Inicialmente, o atendimento era destinado aos funcionários da Prefeitura. Mas a partir de 1989, o hospital foi integrado ao SUS, assumindo com esta mudança, a atenção universal aos usuários do sistema público de saúde. Assim, na lógica da territorialização e responsabilização sanitária adotada na gestão do SUS, o HMOB tem papel fundamental na regulação das urgências/emergências e participa do fórum do Sistema de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde. Este fórum tem por objetivo a construção de uma Rede que integre a Atenção Básica e de Especialidades com todas as portas de urgências do município. Assim, cada Unidade de Urgência deve responsabilizar-se pelo suporte a determinada região e/ou especialidades. Portanto, o HMOB é referência para usuários da Regional Noroeste e para as Unidades de Pronto Atendimento das Regionais Oeste, Pampulha

e Nordeste de Belo Horizonte. É referência também em diversas especialidades como neurologia, odontologia, traumatologia, cirurgia vascular e cirurgia bucomaxilofacial. Porém, na prática, muitos usuários atendidos são oriundos de outras cidades da Região Metropolitana e de outros municípios do Estado (BELO HORIZONTE, 2010).

Desde 2003, o hospital se encontra com diversas obras de reforma, ampliação e construções. Destacam-se as seguintes obras realizadas: Centro de Imagem, Diagnóstico e Apoio Terapêutico, Hidroterapia, Semi-internações feminina, masculina e pediátrica, Terapia Ocupacional, Anexo Administrativo, Centro de Terapia Intensiva (CTI) do 1º andar, Sinalização Interna, Ambulatório, CTI Neonatal, Ortopedia e Odontologia do Pronto-Socorro, Sala de Emergência, Sistema de Climatização do Pronto-Socorro, Unidades de Internação, Blocos Cirúrgicos, dentre outros. Foram adquiridos diversos equipamentos de última geração, como tomógrafos, aparelhos de ultrassonografia, focos cirúrgicos, mesas cirúrgicas e aparelho de anestesia. No mesmo ano, iniciou o seu modelo de gestão participativa com a criação de diversos colegiados de unidades, colegiado gestor e a reinstalação do Conselho Local de Saúde. A Gestão Participativa no HMOB é entendida como um modelo político institucional para aprimorar as relações entre trabalhadores, usuários e direção, bem como para a realização de processos democráticos comprometidos com a humanização, eficiência e qualificação da atenção aos usuários (BELO HORIZONTE, 2010).

Em 2004, o hospital se tornou um Centro de Educação e Pesquisa por proporcionar estágios nas áreas de medicina, fisioterapia, nutrição, enfermagem, informática, serviços administrativos, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, dentre outros. Pela excelência alcançada, foi credenciado pelos Ministérios da Educação e da Saúde como Hospital de Ensino. Tal fato possibilitou a “contratualização” com o Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde por meio da pactuação de objetivos e metas a serem cumpridas pela instituição. No mesmo ano foi pautado o marco na Radicalização da Humanização à Atenção e da Gestão. Adotando os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), o hospital vem buscando aprimorar o cuidado humanizado através de diretrizes como: visita aberta aos pacientes e a criação dos direitos do acompanhante; acolhimento com Classificação de risco; Clínica Ampliada; Ambiência e Ouvidoria. Pelos avanços alcançados com a implantação da PNH, o HMOB tornou-se referência nacional de implantação dessa política, servindo de referência para vários hospitais do Brasil (BELO HORIZONTE, 2010).

Em comemoração aos 66 anos do HMOB, 2010 foi definido como o “Marco da Segurança do Paciente”. Desta forma, diversas ações, que visam à melhoria da segurança do paciente, estão sendo desenvolvidas no hospital. Uma delas é o sistema de notificação de

eventos adversos “Relatar é legal”, disponível para ser acessado na Intranet do HMOB. Outra ação é a criação do Comitê da Segurança do Paciente, com o objetivo de oferecer apoio na construção e monitoramento de projetos sobre a segurança do paciente e gerenciamento de risco, além de promover a conscientização quanto à importância do tema (BELO HORIZONTE, 2010).

### 3.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi obtida através de censo realizado em cada setor assistencial do HMOB através das escalas mensais da enfermagem, sendo composta por 1056 trabalhadores pertencentes à equipe de enfermagem, sendo que todos constam como ativos no quadro da instituição, independente de seu vínculo empregatício. Encontram-se lotados nas unidades assistenciais em que é pago o Abono de urgência/emergência (Tipo I, II, III e IV). Os maiores valores pagos são correspondentes ao Abono I e II para os funcionários que trabalham nos setores considerados críticos do hospital, ou seja, que estão disponíveis para atendimento às situações de urgência/emergência e à livre demanda. Os demais setores que comportam os Abonos III e IV são aqueles que prestam assistência ao paciente de maneira direta ou indireta, porém com situações menos frequentes de urgência/emergência e que não estão sujeitos ao atendimento direto à porta aberta da instituição. Os setores administrativos e gerenciais não são contemplados com o referido abono por não se tratar de unidades assistências, sendo excluídos do estudo.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: pertencer à equipe de enfermagem, ser trabalhador ativo na instituição, atuar em setores assistenciais (Abonos de urgência/emergência tipo I, II, III ou IV) e apresentar licença médica no período de 01 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2013. Os critérios de exclusão utilizados foram: licenças médicas que não foram protocoladas no ano de 2013, sendo entregues ao setor Gerência de Saúde do Trabalhador (GSAT) no ano de 2012, mas que contemplaram dias no ano subsequente e trabalhadores da enfermagem lotados em setores administrativos e gerenciais (sem Abono de urgência/emergência).

A TAB. 2 abaixo contempla os setores assistências da instituição que foram incluídos nessa pesquisa, sendo categorizados como setores de urgência/emergência (Abono I e II) e Não urgência/emergência (Abono III e IV). Esta informação sobre o tipo de abono que cada setor recebe foi fornecida pelo Departamento Pessoal do HMOB.

**TABELA 2:** Setores assistenciais classificados de acordo com o Abono de urgência/emergência. Belo Horizonte, 2014.

SETOR ASSISTENCIAL	ABONO DE URGÊNCIA
Agência Transfusional	II
Ambulatório	IV
Banco de Leite	III
Bloco Cirúrgico da Emergência	I
Bloco Cirúrgico Eletivo	II
Bloco Obstétrico	II
Central de Materiais e Esterilização	III
Clínica Cirúrgica	III
Clínica Médica	III
Clínica Pós Operatório	III
Clínica Vascular	III
CTI Adulto – 1º andar	II
CTI Adulto – 2º andar	II
CTI Adulto – 3º andar	II
CTI Neonatal	II
CTI Pediátrico	II
Cuidado Intermediário Neonatal	II
Maternidade	III
Pediatria	III
Pronto-atendimento	I
Sala de Emergência Adulto	I
Unidade de Acidente Vascular Cerebral	III
Unidade de Diagnósticos por Imagem	II
Urgência Pediátrica	I

**Fonte:** Departamento Pessoal do HMOB.

### 3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável dependente, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), é a variável que interessa ao pesquisador, pois está diretamente relacionada à hipótese elaborada, que pode ser

ocasionada ou depende de outra variável, denominada independente. Ou seja, a variável independente é o antecedente ao fato, tendo a variável dependente como consequente ao mesmo. Neste sentido, a variável dependente do estudo foi absenteísmo-doença da equipe de enfermagem, quanto ao seu índice e tempo de afastamento. O Índice de Absenteísmo (IA) reflete a porcentagem do tempo não trabalhado em decorrência das ausências em relação ao volume de atividade esperada. Nestes termos, segundo Chiavenato (2004), o índice deve considerar um determinado período de tempo e pode ser calculado pela seguinte fórmula:

$$\text{Índice de absenteísmo (IA)}: \frac{\text{Número total de dias perdidos por ausência ao trabalho}}{\text{Efetivo médio no período x número de dias de trabalho}} \times 100$$

Vários índices são descritos e podem ser utilizados como indicadores. A *International Commission on Occupational Health* criou, na década de 1960, uma série de indicadores de absenteísmo-doença, simplificados em 1978, prevalecendo até os dias de hoje (MENDES, 2013). Serão utilizados os três principais nesse estudo, conforme citado abaixo:

$$\text{Índice de duração de dias (IDD)*}: \frac{\text{Número total de dias de ausência por ano}}{\text{População sob risco}}$$

$$\text{Índice de frequência (IF)}: \frac{\text{Número de licenças médicas por ano}}{\text{População sob risco}}$$

$$\text{Duração média da licença (DML)}: \frac{\text{Número de dias perdidos no período}}{\text{Número total de licenças}}$$

O indicador de Índice de duração de dias (IDD) também é denominado de Índice de Gravidade ou Incapacidade e o indicador de Duração média da licença (DML), de Taxa de severidade segundo Santos e Matos (2010). Vários outros índices e nomenclaturas são usados para o estudo do absenteísmo de acordo com alguns países e autores, incluindo as analogias feitas com outros indicadores epidemiológicos. Por isso, existem alguns sinônimos para as taxas apresentadas. Diante disso, faz-se necessária a padronização e a aplicação de alguns indicadores, bem como sua nomenclatura, utilização e relevância, pois essa não padronização dificulta a comparação dos dados entre as instituições e o estabelecimento de parâmetros (PRIMO, 2008).

Apesar da multifatorialidade relacionada ao absenteísmo-doença, as variáveis independentes selecionadas, que podem interferir no surgimento do fenômeno estudado, baseadas na literatura são:

- Sexo;
- Idade;
- Vínculo empregatício;
- Tempo de serviço na instituição;
- Categoria profissional dentro da equipe de enfermagem – refere-se ao trabalhador analisado se enquadrar como auxiliar/técnico de enfermagem ou enfermeiro;
- Setor de trabalho – local onde o trabalhador da instituição se encontra lotado e exerce suas atividades laborais;
- Meses do ano – as licenças médicas foram agrupadas de acordo com os meses do ano a fim de detectar algum agravo de doença que esteja relacionado à sazonalidade ou a algum outro evento;
- Patologias relacionadas às licenças médicas da equipe de enfermagem – referem-se ao tipo de doença que ocasionou o afastamento do trabalhador, sendo categorizado de acordo com 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10) segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), conforme mostra a TAB. 3 abaixo:

**TABELA 3:** Capítulos do CID - 10. Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Belo Horizonte, 2014.

<b>CAPÍTULO</b>	<b>CÓDIGOS</b>	<b>TÍTULO</b>
I	A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II	C00-D48	Neoplasias (Tumores)
III	D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
IV	E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
V	F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais
VI	G00-G99	Doenças do sistema nervoso
VII	H00-H59	Doenças do olho e anexos
VIII	H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastóide
IX	I00-I99	Doenças do aparelho circulatório
X	J00-J99	Doenças do aparelho respiratório
XI	K00-K93	Doenças do aparelho digestivo
XII	L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII	M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV	N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário
XV	O00-O99	Gravidez, parto e puerpério
XVI	P00-P96	Algumas afecções originadas no período perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformações congênitas, deformidade e anomalias cromossômicas
XVIII	R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte
XIX	S00-T98	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
XX	V01-Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade
XXI	Z00-Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

**Fonte:** Adaptado de Organização Mundial de Saúde (2000).

### 3.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu a partir de 22/03/2014 por meio da busca do banco de dados da GSAT do HMOB (fonte secundária), setor que registra os atestados médicos recebidos dos trabalhadores ativos do hospital. Durante a coleta, a identificação dos trabalhadores foi preservada, uma vez que a pesquisadora responsável pelo estudo trabalha na instituição em questão. Tal procedimento visou evitar a exposição dos participantes da pesquisa. Diante disso, o nome dos trabalhadores foi substituído por um número de identificação, sendo coletados apenas dados referentes ao sexo, idade, categoria profissional, setor e vínculo empregatício para caracterização da população estudada, além dos dados referentes ao número de dias de afastamento do trabalho e o motivo de agravo que gerou o atestado médico. A utilização dessas informações contidas nos registros do setor constituiu uma fonte econômica de dados, haja vista que houve redução do tempo e do custo em relação à coleta de dados do presente estudo.

### 3.6. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados foi utilizada análise estatística descritiva, por meio do cálculo de frequências. A distribuição de frequência é um método de organização sistemática de valores numéricos para imposição de ordem dos dados (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). As informações coletadas foram processadas e representadas em tabelas ou gráficos, com distribuição de frequências, sendo analisadas em sua expressão numérica e associadas aos dados da literatura. Os dados coletados foram tabulados e submetidos a análises uni- bi- e multivariadas com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)* – versão 17, com o intuito de elaborar o tratamento estatístico para responder as questões levantadas pela pesquisa.

Inicialmente foi realizada a descrição das características dos trabalhadores de acordo com o tempo de afastamento dos mesmos, por meio de tabelas contendo a frequência absoluta do número de registros de afastamento e o número total de dias perdidos para a instituição segundo as características sócio-demográficas. Para avaliar a relação entre características sócio-demográficas e tempo de afastamento foram utilizadas tabelas que cruzam a frequência absoluta e relativa destas características.

A idade, o tempo de serviço e o tempo de afastamento foram descritos também em relação à sua média e desvio padrão. Tabelas de frequência foram utilizadas para descrever a distribuição do número de dias de afastamento em relação às características dos funcionários e o teste Z de comparação de proporções foi utilizado para comparar os grupos em relação à distribuição dos dias perdidos. Para os casos em que o subgrupo não foi adequado ao teste Z, utilizou-se o teste Exato de Fisher. No caso de comparações múltiplas, ou seja, com mais de dois grupos foi utilizado o critério de Bonferroni, que realiza alguns ajustamentos para superar o problema de se ter um nível de significância que aumenta à medida que os testes individuais são realizados (TRIOLA, 2008).

O teste de Poisson foi utilizado para avaliar a existência de diferenças significativas entre as taxas de absenteísmo dos grupos de trabalhadores da equipe de enfermagem lotados nos setores de urgência (Abono tipo I e II) daqueles lotados nos setores considerados de não urgência (Abono tipo III e IV). Para determinar se as associações e diferenças encontradas foram estatisticamente significativas, utilizou-se o nível de significância de 5%. Assim consideraram-se como significativas associações e diferenças cuja probabilidade de significância do teste, p-valor, fosse menor ou igual a 0,05.

### 3.7. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi cadastrado na base *online* da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde em 18/10/2013, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFMG em 19/12/2013 sob o parecer número 501.116 e, em 22/03/2014, pelo HMOB sob o parecer número 604.621-0. Tal procedimento teve o objetivo de assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a utilização das informações somente para fins científicos como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A apresentação dos resultados se inicia pelo perfil da população estudada que apresentou licenças médicas no ano de 2013, no que tange às características biodemográficas, como: sexo, faixa etária, tempo de serviço na instituição, categoria profissional, vínculo empregatício e setor de trabalho. Durante a análise dos dados secundários obtidos, foi observado que dois trabalhadores tinham dados sobre as licenças, mas não tinham descrição de algumas características citadas acima, permanecendo no estudo para não alterar os cálculos e análises sobre o absenteísmo-doença.

Dos 1056 trabalhadores da equipe de enfermagem ativos na instituição, 846 apresentaram licenças médicas entregues na GSAT no ano de 2013. Isso significa que aproximadamente 80% apresentaram pelo menos um atestado médico no período estudado. Segundo estudo de Primo (2008), esse valor representou 63% para mesma categoria profissional, sendo similar para Castro, Bernardino e Ribeiro (2008), correspondendo a 68%. Com isso, pode-se pensar que o atestado médico é, muitas vezes, uma estratégia defensiva que o trabalhador encontra para fugir de situações indesejáveis, conflituosas e até mesmo para demonstrar insatisfação (CASTRO, BERNARDINO, RIBEIRO, 2008).

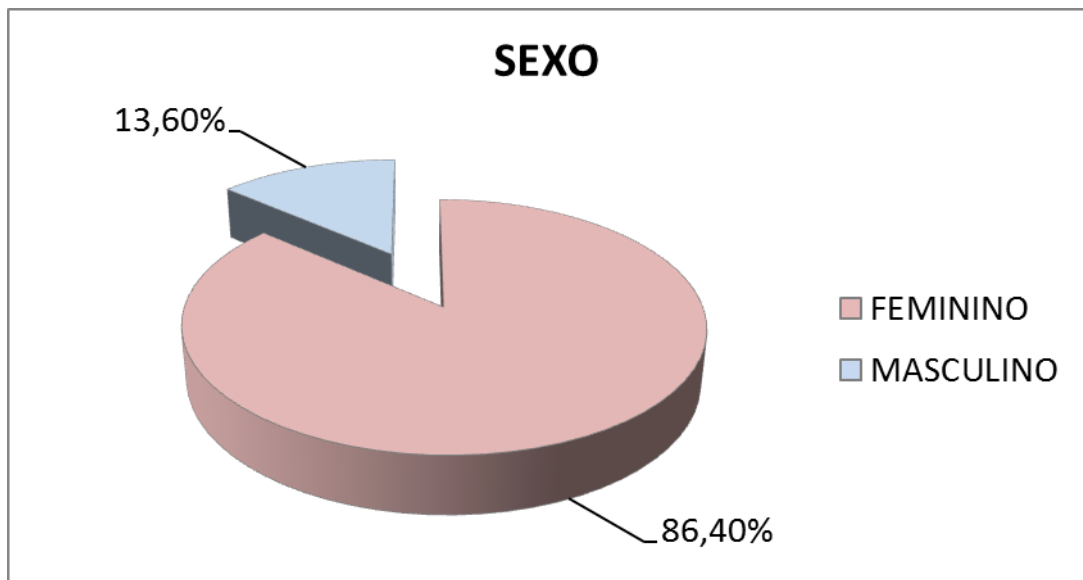
Ao se caracterizar essa população quanto ao sexo, conforme os dados da TAB. 4, foi possível perceber que 86,4% das licenças médicas na instituição foram provenientes de trabalhadores do sexo feminino e 13,6% são do sexo masculino.

**TABELA 4:** Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licenças médicas em 2013 quanto ao sexo. Belo Horizonte, 2014.

SEXO	Nº FUNCIONÁRIOS	FREQUÊNCIA RELATIVA
Feminino	731	86,4%
Masculino	115	13,6%
<b>TOTAL</b>	<b>846</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Essa predominância do sexo feminino está em concordância com o estudo de Reis *et al.* (2003), que 66,8% das licenças são provenientes do sexo feminino, sendo que as mulheres apresentam 1,47 vezes mais licenças que os homens ( $p < 0,05$ ). Estudos mais recentes também reforçam esse dado, demonstrando que o sexo feminino equivale à grande maioria das ausências da equipe de enfermagem, alcançando até 91% do total (RIBOLDI, 2008; COSTA, VIEIRA, SENA, 2009; MARTINS *et al.*, 2009; PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2010). Os dados da TAB. 4 podem ser mais bem visualizados de acordo com sua frequência relativa em relação ao sexo no Gráfico 1 mostrado abaixo.



**GRÁFICO 1:** Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licença médica em 2013 quanto ao sexo. Belo Horizonte, 2014.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Ressalta-se que, na Enfermagem, a predominância feminina é notória, sendo decorrente de fatores históricos. A divisão social no trabalho impôs à mulher atividades de cuidados a doentes, crianças e idosos. Como o hospital era considerado espaço privilegiado para a profissionalização do trabalho doméstico, as mulheres foram assumindo esse campo, principalmente como profissionais da enfermagem, sendo considerada prática eminentemente feminina. Assim, o trabalho doméstico foi incorporado ao trabalho em saúde. Mantiveram-se para as mulheres as características de subordinação e de mão de obra barata com caráter servil. Os reflexos estão nos salários mais baixos e na jornada dupla de trabalho (ALVES, GODOY, 2001). Estes postos de trabalho historicamente vinculados ao devotamento e

abnegação femininos foram cultivados pelas comunidades religiosas e mascararam a sua penosidade (HAAG, LOPES, SCHUCK, 2001; BARBOZA, SOLER, 2003; ELIAS, NAVARRO, 2006).

Além da parte histórica, a predominância do sexo feminino na apresentação das licenças médicas pode estar relacionada à dupla jornada de trabalho, não sendo caracterizada apenas por dois empregos, mas sim pelos afazeres domésticos que estão incluídos na sua jornada normal. A mulher também carrega consigo outros problemas que não são somente pessoais, mas relacionados com filhos, marido, reuniões de escola e outras atividades nas quais os homens geralmente não se sentem obrigados a participar. Outra peculiaridade feminina que pode ser refletida no perfil de morbidade da mulher está relacionada aos distúrbios ligados ao ciclo hormonal (FERNANDES *et al.*, 2011). A TAB. 5 mostra a distribuição dos funcionários que apresentaram licença médica em 2013 em relação à idade.

**TABELA 5:** Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licença médica em 2013 em relação à idade. Belo Horizonte, 2014.

<b>IDADE</b>	<b>Nº FUNCIONÁRIOS</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA</b>	<b>FREQUÊNCIA ACUMULADA</b>
Até 30 anos	143	16,9%	16,9%
Entre 31 e 40 anos	354	41,8%	58,7%
Entre 41 e 50 anos	211	24,9%	83,6%
Entre 51 e 60 anos	116	13,7%	97,3%
Mais de 60 anos	20	2,4%	99,7%
Não descrito	2	0,3%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>846</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

A idade média da população estudada foi de 39,4 anos, com desvio padrão de 9,3 anos. Na Tabela 5, foi observada que a maior concentração de trabalhadores ausentes ocorreu na faixa etária de 31 a 40 anos (41,8%), com redução da frequência com o aumento da idade a partir da faixa etária de 41 anos. Esse dado pode ser visualizado no estudo de Barboza e Soler (2003), que mostrou 44,7% para a mesma faixa etária, com decréscimo para as faixas etárias a partir de 41 anos, totalizando 21,7%. Corroborando com Silva *et al.* (2012), a distribuição das licenças médicas até a faixa etária de 40 anos representa 51,9%, restando 48,1% para a faixa etária de 41 a 60 anos. Outro estudo verificou que a faixa etária predominante para

apresentação de licenças médicas foi de 18 a 37 anos, que pode estar relacionado com o ritmo de trabalho intenso, vida familiar com filhos na infância e possibilidade de duplo vínculo de trabalho (FERNANDES *et al.*, 2011).

O oposto foi percebido através do estudo de Primo, Pinheiro e Sakurai (2010), no qual o número de trabalhadores doentes aumentou com o acréscimo de idade. Outros estudos também mostraram que os trabalhadores ausentes devido à licença médica apresentaram idade maior que 40 anos, alcançando de 53,2 a 60,7% do total (RIBOLDI, 2008; MARTINS *et al.*, 2009). Esse fato pode ser justificado pela literatura com o aumento das doenças crônico-degenerativas que acometem a população de maior faixa etária. Além disso, a idade está associada à instabilidade de ritmos circadianos, distúrbios do sono, depressão e um declínio na capacidade física e na saúde, favorecendo, portanto, uma intolerância progressiva por parte do trabalhador. Assim, a faixa etária é um fator de risco adicional para o desenvolvimento de problemas de saúde e do denominado “envelhecimento precoce”, que pode atingir os trabalhadores ainda em idade produtiva (FISCHER, MORENO, ROTENBERG, 2003; PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2010).

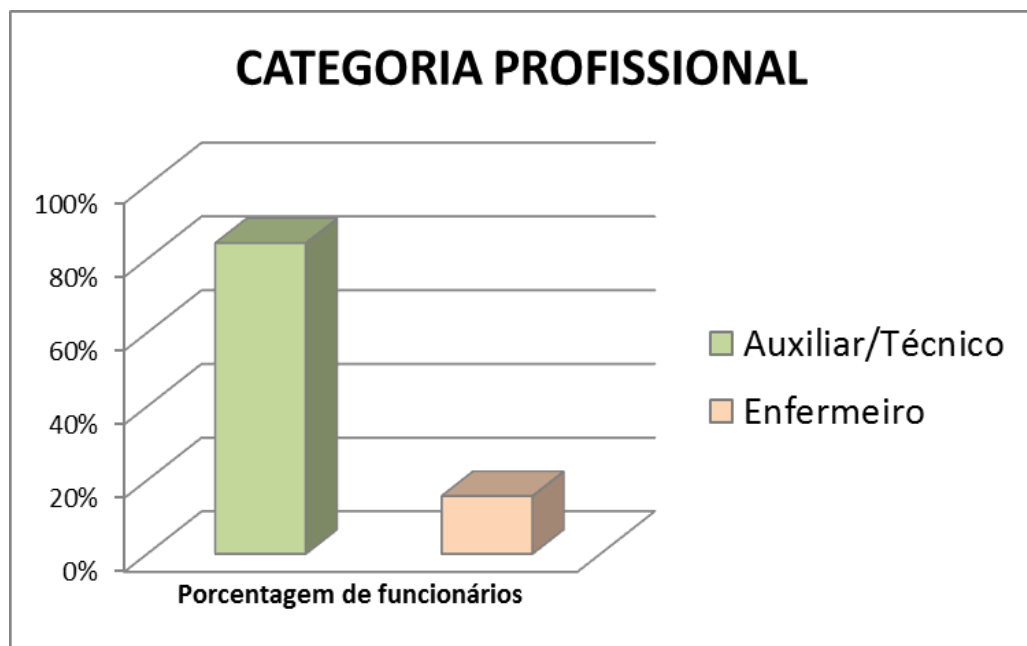
A faixa etária acima de 60 anos representa apenas 2,4% dos afastamentos no total. Essa porcentagem inferior corrobora com o estudo de Abreu e Simões (2009), na qual essa faixa etária representa 3.39%. Isso pode ser justificado pelo reduzido número de profissionais com estas idades na instituição, devido ao benefício da aposentadoria por idade ou tempo de serviço. Porém, com o aumento da expectativa de vida e de trabalhadores com idade superior, a avaliação desses profissionais quanto ao envelhecimento e comprometimento da capacidade funcional deve ser realizada sistematicamente (FISCHER, MORENO, ROTENBERG, 2003). Em relação à categoria profissional, a TAB. 6 especifica a distribuição dos trabalhadores que apresentaram licenças médicas de acordo com a categoria profissional dentro da equipe de enfermagem no ano de 2013.

**TABELA 6:** Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licenças médicas em 2013 em relação à categoria profissional na equipe de enfermagem. Belo Horizonte, 2014.

CATEGORIA	Nº FUNCIONÁRIOS	FREQUÊNCIA RELATIVA
Auxiliar/Técnico	713	84,3%
Enfermeiro	133	15,7%
<b>TOTAL</b>	<b>846</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

A grande maioria dos profissionais que apresentou licenças médicas pertence à categoria de auxiliar/técnico de enfermagem, equivalendo a 84,3% do total, conforme demonstrado no Gráfico 2. A categoria de nível superior (enfermeiro) apresenta a menor porcentagem de licenças médicas geradas (15,7%). Estudos recentes demonstram que o somatório das licenças médias da equipe de enfermagem do nível fundamental e médio pode variar de 78,6% a 86,5% em relação à equipe de nível superior – de 13,5 a 21,4% (RIBOLDI, 2008; COSTA, VIEIRA, SENA, 2009; ESTORCE, KURGANT, 2011).



**GRÁFICO 2:** Distribuição percentual dos trabalhadores ausentes devido licença médica em 2013 quanto à categoria profissional na equipe de enfermagem. Belo Horizonte, 2014.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Em resumo, Alves e Godoy (2001) afirmaram que quanto mais baixo o nível hierárquico ocupado pelos trabalhadores da equipe de enfermagem, maior a probabilidade de afastamentos por motivo de doença. Isso pode ser justificado pela natureza operacional das atividades realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem, como por exemplo: promover higiene e conforto dos pacientes; fazer encaminhamentos e pedidos de materiais para exames; relatar intercorrências e observações dos pacientes; aferir sinais vitais; medir e registrar diureses/drenagens; executar procedimentos de admissão, alta, cuidados pós-morte e

transferências; oferecer dieta; promover mudanças de decúbito; dentre outros (SILVA *et al.*, 2012).

A menor frequência em relação aos afastamentos de enfermeiros ao trabalho pode ser atribuída ao fato de que, sendo o profissional que responde pela equipe de enfermagem, a responsabilidade do cargo pode determinar uma presença mais constante (REIS *et al.*, 2003). Além disso, apresentam certa flexibilidade e maior probabilidade de arranjos na escala e obtenção de folga para descanso e tratamento em domicílio. Considerando também que os enfermeiros têm atribuições majoritariamente administrativas na maioria dos setores ficam expostos a cargas de trabalho com menor desgaste físico, justificando a menor frequência e duração dos afastamentos (ESTORCE, KURCGANT, 2011).

Associado aos fatores citados, pode-se relacionar o menor número de afastamentos entre enfermeiros com a presença do trabalhador, ainda que doente, no seu local de trabalho. Esse fenômeno é conhecido como presenteísmo e começou a ser estudado na França na década de 1950, voltando à discussão recentemente. Porém esse tema continua ainda incipiente no Brasil. Segundo Carvalho (2014), os presenteístas geram situações piores do que os absenteístas por apresentarem uma queda considerável na produtividade do seu trabalho. Entre os sintomas mais comuns do presenteísmo, podem-se destacar: cefaleia, lombalgia, dores musculares, cansaço, ansiedade, angústia, irritação, depressão, distúrbios do sono e distúrbios gástricos (PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2007; CARVALHO, 2014).

Um estudo, de caráter qualitativo, realizado em um hospital na Austrália comprovou essa ideia sobre o presenteísmo, mostrando que a maioria dos enfermeiros trabalha mesmo quando está doente, em decorrência de diversos motivos, dentre eles: dificuldade que a coordenação apresenta para cobertura das ausências comunicadas mesmo em tempo hábil; presença de sentimento de culpa por não estar doente o suficiente a ponto de não comparecer ao trabalho; forte senso de responsabilidade com a equipe que supervisiona; preocupação com as consequências geradas com sua ausência em relação à queda da qualidade do cuidado ao paciente e a reação negativa e descrente dos colegas de trabalho no que se refere à veracidade da licença médica (CROUT, CHANG, CIOFFI, 2005).

A TAB. 7 se refere à distribuição dos trabalhadores ausentes por licenças médicas em relação ao tempo de serviço no hospital.

**TABELA 7:** Distribuição dos trabalhadores ausentes por licenças médicas em 2013 em relação ao tempo de serviço no hospital. Belo Horizonte, 2014.

<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>	<b>Nº FUNCIONÁRIOS</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA</b>	<b>FREQUÊNCIA ACUMULADA</b>
Até 1 ano	155	18,3%	18,3%
Entre 1 e 3 anos	98	11,6%	29,9%
Entre 4 e 5 anos	261	30,8%	60,7%
Entre 6 e 7 anos	170	20,1%	80,8%
Mais de 7 anos	160	18,9%	99,7%
Não descrito	2	0,3%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>846</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

O tempo médio de serviço na instituição corresponde a 7 anos, com desvio padrão de 6,7. De acordo com a Tabela 7, os trabalhadores com até 1 ano de instituição representaram 18,3% do total e entre 1 a 3 anos foi equivalente a 11,6%, cujo somatório representou a minoria, ou seja, apenas 29,9% em relação aos demais. A porcentagem dos profissionais com menos de 1 ano apresentar 18,3% das licenças pode estar relacionado ao impacto gerado pelo período de adaptação profissional ou à existência de alguma agudização de doenças crônicas preexistentes. Deve-se pensar em um aspecto interessante em relação à diferença existente entre às licenças médicas e o tempo de serviço dos trabalhadores de uma instituição pública, tendo sido verificado que a frequência do absenteísmo é menor entre os profissionais com menos tempo de serviço. Isto pode estar relacionado à necessidade de cumprimento do estágio probatório, o qual determina que a estabilidade é adquirida após um período de 3 anos (ABREU, SIMÕES, 2009). Esse fato pode ser reforçado com o aumento significativo do número de trabalhadores afastados imediatamente após o término do estágio probatório, na faixa entre 4 a 5 anos de instituição (30,8%).

No que se refere ao vínculo com a instituição, a TAB. 8 ilustra a distribuição dessa variável com o número de trabalhadores absenteístas.

**TABELA 8:** Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licença médica em 2013 em relação ao vínculo empregatício. Belo Horizonte, 2014.

VÍNCULO	Nº FUNCIONÁRIOS	FREQUÊNCIA RELATIVA
Estatutário	568	67,1%
Celetista	158	18,7%
Contrato	114	13,5%
Cedido da Prefeitura	4	0,5%
Não descrito	2	0,2%
<b>TOTAL</b>	<b>846</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Os trabalhadores estatutários representaram 67,1% daqueles com afastamentos na instituição. Esse dado corrobora com o estudo de Reis *et al.* (2003), mostrando que os estatutários correspondem a 68,4% dos trabalhadores que apresentaram licença médica, ou seja, têm 1,53 vezes mais de chance de apresentar atestado médico que os demais funcionários ( $p < 0,05$ ). Tanto para Andrade *et al.* (2008) quanto para Abreu e Simões (2009), esse valor é majoritário para os estatutários, estabelecendo-se entre 69,45 a 76,75% nos estudos citados.

De acordo com estudo de Primo, Pinheiro e Sakurai (2007), que foi realizado para investigar o absenteísmo entre profissionais de saúde, demonstrou que as instituições públicas têm taxas mais altas de absenteísmo do que as privadas. Isto pode ser explicado pelo fato de os indivíduos se sentirem mais seguros nas instituições públicas e a estabilidade no emprego favorece o absenteísmo do hospital público (REIS *et al.*, 2003). Foi percebido esse fato também para o vínculo celetista na instituição em estudo, pois este grupo apresenta certa estabilidade, haja vista que foram selecionados por meio de concurso público e já estão na instituição há muitos anos. Os celetistas se encontram em segundo lugar entre os colaboradores mais faltosos quando comparados os vínculos profissionais, representando 18,7% do total. O oposto acontece com os trabalhadores contratados que apresentam menor frequência de colaboradores afastados (13,6%), visto que não possuem estabilidade no emprego e convivem com a insegurança de serem desligados do serviço por causa do

absenteísmo. A TAB. 9 mostra a descrição dos trabalhadores afastados em 2013 em relação ao setor de lotação.

**TABELA 9:** Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licença médica em 2013 por setor de trabalho. Belo Horizonte, 2014.

SETOR	Nº FUNCIONÁRIOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA
Sala de Emergência Adulto	72	8,5%
Clínica Médica	69	8,2%
Cuidado Intermediário Neonatal	68	8,0%
Clínica Cirúrgica	54	6,4%
Pronto-atendimento	54	6,4%
CTI Adulto – 3º andar	46	5,4%
Pediatria	45	5,3%
CTI Adulto – 1º andar	44	5,2%
CTI Adulto – 2º andar	43	5,1%
Bloco Obstétrico	41	4,8%
CTI Pediátrico	37	4,4%
Clínica Pós Operatório	32	3,8%
CTI Neonatal	32	3,8%
Maternidade	31	3,7%
Ambulatório	29	3,4%
Bloco Cirúrgico da Emergência	29	3,4%
Unidade de Acidente Vascular Cerebral	27	3,2%
Central de Materiais e Esterilização	21	2,5%
Clínica Vascular	19	2,2%
Urgência Pediátrica	18	2,1%
Bloco Cirúrgico Eletivo	17	2,0%
Unidade de Diagnósticos por Imagem	9	1,1%
Banco de Leite	5	0,6%
Agência Transfusional	4	0,5%
<b>TOTAL</b>	<b>846</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Os setores que tiveram maior número de trabalhadores com licença médica foram: Sala de Emergência Adulto (8,5%), Clínica Médica (8,2%) e Cuidado Intermediário Neonatal (8,0%). Em relação à Sala de Emergência Adulto, pode-se justificar pelo fato dos

profissionais que atuam em serviços de emergência conviverem com altas demandas físicas e emocionais, em que a dor e a morte são frequentes. Suas atividades são marcadas por riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica e psicossocial. Além disso, algumas características dos serviços públicos de emergência apresentam situações que podem levar ao maior absenteísmo dos trabalhadores, tais como: superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde, relações conflitantes pela tensão da experiência dos usuários e familiares e precariedade dos recursos humanos e materiais. Tais predisponentes consolidam um cotidiano de atividades no qual a equipe de enfermagem está inserida, caracterizado pela fadiga e eventos inesperados, favorecendo o comprometimento do trabalho e da saúde dos profissionais (LAUTERT, PAI, 2008).

Em relação ao setor de internação (Clínica Médica), pode se justificar o segundo lugar em relação aos trabalhadores com mais atestados médicos devido ao perfil de atendimento. O setor apresenta muito dinamismo de suas rotinas, principalmente no período diurno, devido ao fluxo intenso de pessoas e realização de procedimentos e cuidados, tais como: banho, medicações, cirurgias, visitas médicas, visita de familiares, exames dentro e fora do hospital. O perfil da clientela neste setor também influencia, pois há alto grau de dependência dos pacientes em relação à assistência de equipe de enfermagem, sendo que a maioria dos pacientes internados nesse setor necessita de banho de leito, mudança de decúbito rigorosa, troca de curativos de feridas extensas, pois são acamados e com idade avançada (SILVA *et al.*, 2012).

Em terceiro lugar se encontra o setor de Cuidado Intermediário Neonatal, que apresenta um perfil de atendimento de pacientes neonatos um pouco menos instáveis do ponto de vista clínico do que o CTI Neonatal, porém com diferentes diagnósticos e prognósticos, cujos cuidados são realizados por profissionais que detêm determinadas competências e habilidades, tanto com o aporte tecnológico quanto com a especificidade dos pacientes (CASTRO, BERNARDINO, RIBEIRO, 2008).

O percentual dos trabalhadores absentistas lotados nos diversos CTI's se apresentaram com valores aproximados quando comparados entre si: CTI 3º andar (5,4%), CTI 2º andar (5,2%), CTI 1º andar (5,1%), CTI Pediátrico (4,4%) e CTI Neonatal (3,8%). Esses setores, apesar de estarem em espaços físicos diferentes, contemplam a mesma natureza assistencial, diferenciando-se em relação às rotinas e condutas gerenciais. Com o somatório de todos eles, obteve um percentual elevado de trabalhadores faltosos na equipe de enfermagem (23,9% do total). Isso pode estar relacionado pelo fato das Unidades de Terapia Intensiva apresentar maior carga de trabalho do que outros setores por causa do predomínio de atividades

complexas pela concentração de capital humano e tecnológico sofisticado (INOUE, MATSUDA, SILVA, 2008). A assistência nesses setores é considerada como uma das mais complexas do sistema de saúde, pelo fato dos pacientes mais graves nas unidades hospitalares estarem alocados sob esse cuidado, demandando o uso inevitável de tecnologias avançadas e principalmente exigindo pessoal capacitado para tomada de decisões rápidas e adoção de condutas imediatas (INOUE *et al.*, 2008).

O absenteísmo é considerado problema administrativo para qualquer organização, sendo ainda mais para instituições de saúde, pois além de gerar custos/prejuízos para a instituição pode interferir na produtividade dos trabalhadores, comprometer a qualidade da assistência e afetar a recuperação dos clientes. Além disso, o absenteísmo se torna ainda mais visível e problemático nos ambientes críticos, cujos cuidados e recursos tecnológicos requerem mão de obra qualificada, dificilmente substituível (CASTRO, BERNARDINO, RIBEIRO, 2008).

#### 4.2. CARACTERIZAÇÃO DAS LICENÇAS MÉDICAS

Esta seção foi construída para caracterização das licenças médicas geradas na instituição no ano de 2013. Conforme a TAB. 10 abaixo foram encontradas 2.848 licenças médicas no período citado, gerando 19.363 dias perdidos para a instituição, resultando em 161.112 horas de prejuízo institucional. A média de dias de afastamento corresponde a 6,8 dias, com desvio padrão de 20,6.

**TABELA 10:** Descrição dos afastamentos gerados em 2013. Belo Horizonte, 2014.

REGISTROS	DIAS PERDIDOS	HORAS PERDIDAS
2.848	19.363	161.112

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

A caracterização dos afastamentos encontrados foi similar à descrição da população que apresentou licença médica, como demonstra a TAB. 11.

**TABELA 11:** Distribuição dos registros de afastamentos em 2013 de acordo com o perfil da população estudada. Belo Horizonte, 2014.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>REGISTROS</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA</b>
<b>SEXO</b>		
Feminino	2.494	87,6%
Masculino	354	12,4%
<b>IDADE</b>		
Até 30 anos	471	16,5%
31 a 40 anos	1.266	44,5%
41 a 50 anos	691	24,3%
51 a 60 anos	347	12,2%
Mais de 60 anos	69	2,4%
Não descrito	4	0,1%
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>		
Auxiliar/Técnico	2.538	89,1%
Enfermeiro	310	10,9%
<b>TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO</b>		
Até 1 ano	371	13,0%
1 a 3 anos	396	13,9%
4 a 5 anos	862	30,3%
6 a 7 anos	695	24,4%
Mais de 7 anos	520	18,3%
Não descrito	4	0,1%
<b>VÍNCULO EMPREGATÍCIO</b>		
Estatutário	2.039	71,6%
Celetista	522	18,4%
Contrato	279	9,8%
Cedido da Prefeitura	4	0,1%
Não descrito	4	0,1%
<b>TOTAL</b>	<b>2.848</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

O número de registros de atestados médicos apresentados no período estudado foram provenientes de trabalhadores, em sua maioria, do sexo feminino – 2.494 registros (87,6%), com idade predominante entre 31 a 40 anos – 1.266 registros (44,5%) que apresentaram entre 4 a 5 anos de instituição – 862 registros (30,3%). Em relação à categoria profissional, os auxiliares/técnicos de enfermagem apresentaram 2.538 atestados médicos, equivalente a 89,1% do total e em relação ao vínculo empregatício, os estatutários tiveram mais licenças médicas (2.039), correspondendo a 71,6%. A TAB. 12 mostra a distribuição dos dias de afastamento em relação ao sexo.

**TABELA 12:** Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação ao sexo. Belo Horizonte, 2014.

<b>SEXO</b>	<b>DIAS PERDIDOS</b>	<b>%</b>	<b>P-valor &lt; 0,05 *</b>
Feminino	17.290	89,3	A
Masculino	2.073	10,7	B
<b>TOTAL</b>	<b>19.363</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

\* P-valor obtido através do Teste Z de comparação de proporções de dois grupos independentes. Indicadores distintos indicam diferença significativa.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Os 2.494 atestados médicos apresentados à GSAT no ano de 2013 por trabalhadores do sexo feminino (87,6%) geraram 17.290 dias perdidos, que correspondem a 89,3% dos 19.363 dias perdidos pela instituição. Foi observado, com a aplicação do teste Z, que existe relação entre os dias de afastamento e o sexo feminino ( $p < 0,05$ ). Além disso, existe diferença significativa entre os dias de afastamentos gerados pelo sexo feminino e masculino, haja vista a representação do p-valor por letras diferentes (A e B). A TAB. 13 descreve a relação entre os dias de afastamento e à faixa etária. A faixa etária predominante para a apresentação de licenças médicas foi de 31 a 40 anos, correspondendo a 1.266 registros de afastamentos, gerando 9.610 dias perdidos de trabalho. O teste estatístico mostrou diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre dias de afastamento e faixa etária.

**TABELA 13:** Distribuição dos dias de afastamentos em 2013 em relação à faixa etária. Belo Horizonte, 2014.

<b>IDADE</b>	<b>DIAS PERDIDOS</b>	<b>%</b>	<b>P-valor &lt; 0,05 *</b>
Até 30 anos	4.221	21,8	B
Entre 31 e 40 anos	9.610	49,7	A
Entre 41 e 50 anos	3.471	17,9	C
Entre 51 e 60 anos	1.712	8,8	D
Mais de 60 anos	341	1,8	E
Não descrito	8	0,0	F
<b>TOTAL</b>	<b>19.363</b>	<b>100,0</b>	

\*P-valor obtido através do teste Z de comparação de proporções de dois grupos independentes, com a utilização do critério de Bonferroni // Indicadores distintos indicam diferença significativa.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Houve diferença significativa entre todas as faixas etárias quando comparadas entre si, pois apresentaram p-valor representado por diferentes letras (A, B, C, D, E e F). A TAB. 14 se refere à comparação estatística entre dias de afastamentos em relação ao tempo de serviço na instituição.

**TABELA 14:** Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação ao tempo de serviço no hospital. Belo Horizonte, 2014.

<b>TEMPO DE SERVIÇO</b>	<b>DIAS PERDIDOS</b>	<b>%</b>	<b>P-valor &lt; 0,05</b>
Até 1 ano	2.050	10,6	C
Entre 2 e 3 anos	2.936	15,2	B
Entre 4 e 5 anos	6.262	32,3	A
Entre 6 e 7 anos	6.025	31,1	A
Mais de 7 anos	2.082	10,8	C
Não descrito	8	0,0	D
<b>TOTAL</b>	<b>19.363</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

\*P-valor obtido através do teste Z de comparação de proporções de dois grupos independentes, com a utilização do critério de Bonferroni // Indicadores distintos indicam diferença significativa.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Os afastamentos foram predominantes entre os trabalhadores com tempo de serviço na instituição entre 4 e 5 anos. Foram identificados 862 atestados médicos, que geraram 6.262 dias perdidos de trabalho. Não houve diferença significativa entre a faixa etária de 4 a 5 anos e 6 a 7 anos (p-valor representado pela letra A) e até 1 ano e mais de 7 anos (p-valor representado pela letra C). A TAB. 15 apresenta a distribuição dos dias de afastamento em relação à categoria profissional.

**TABELA 15:** Distribuição dos dias de afastamento por categoria profissional. Belo Horizonte, 2014.

CATEGORIA	DIAS PERDIDOS	%	P-valor < 0,05 *
Auxiliar/Técnico	16.110	83,2	A
Enfermeiro	3.253	16,8	B
<b>TOTAL</b>	<b>19.363</b>	<b>100,0</b>	-

\*P-valor obtido através do teste Z de comparação de proporções de dois grupos independentes. Indicadores distintos indicam diferença significativa.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

A categoria profissional de auxiliar/técnico de enfermagem apresentou a maior quantidade de dias perdidos em relação à categoria de enfermeiros, sendo gerados 2.538 atestados médicos (89,1%), que corresponderam a 16.110 dias perdidos para a instituição, ou seja, 83,2% do total. A categoria enfermeiro apresentou 310 atestados médicos (10,9%) que geraram 3.523 dias perdidos (16,8%). Com a aplicação do teste Z, foi possível demonstrar que existe relação entre os dias de afastamento e a categoria profissional ( $p < 0,05$ ). A diferença significativa entre as categorias profissionais de auxiliar/técnico de enfermagem e enfermeiro foi explicitada pelo fato do p-valor ter sido representado letras diferentes (A e B). Em relação ao vínculo empregatício, a TAB. 16 mostra a distribuição dos dias de afastamentos no que diz respeito a essa variável.

**TABELA 16:** Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação ao vínculo empregatício. Belo Horizonte, 2014.

VÍNCULO	DIAS PERDIDOS	%	P-valor < 0,05 *
Estatutário	16.019	82,8	A
Celetista	2.095	10,8	B
Contrato	1.236	6,4	C
Cedidos da Prefeitura	5	0,0	D
Não descrito	8	0,0	D
<b>TOTAL</b>	<b>19.363</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

\*P-valor obtido através do teste Z de comparação de proporções de dois grupos independentes, com a utilização do critério de Bonferroni // Indicadores distintos indicam diferença significativa.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Trabalhadores pertencentes ao vínculo estatutário na instituição apresentaram 2.039 licenças médicas no período estudado (71,6%), representando 16.019 dias perdidos para a instituição, equivalente a 82,8% do total. Em segundo lugar se encontraram os trabalhadores celetistas com 522 atestados médicos (18,4%) que geraram 2.095 dias perdidos para a instituição. Os trabalhadores contratados apresentaram 279 atestados médicos (9,8%) que geraram 1.236 dias perdidos (6,4%). Os trabalhadores cedidos pela Prefeitura e os não descritos geraram valores próximos de 0% em relação aos dias perdidos para instituição. Houve diferença significativa entre os vínculos quando comparados entre si, pois o p-valor foi diferente para todas as categorias (representado pelas letras A, B, C e D), exceto quando comparados os dias de afastamento dos trabalhadores cedidos da Prefeitura e os não descritos que apresentaram o mesmo p-valor (representado pela letra D). Com isso, pode-se dizer que há significância entre os dias de afastamento e o vínculo estatutário ( $p < 0,05$ ). A TAB. 17 mostra a distribuição dos dias de afastamento por setor assistencial do hospital.

**TABELA 17:** Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação ao local de atuação. Belo Horizonte, 2014.

LOTAÇÃO	REGISTROS	DIAS PERDIDOS	%	P-valor < 0,05 *
Cuidado Intermediário Neonatal	215	2.196	11,3%	A
Sala de Emergência Adulto	231	1.804	9,3%	B
Pediatria	147	1.740	9,0%	B
Pronto-atendimento	174	1.696	8,8%	B
Clínica Médica	267	1.402	7,2%	C
Clínica Cirúrgica	197	1.331	6,9%	C
CTI Adulto – 3º andar	140	1.319	6,8%	C
Ambulatório	213	930	4,8%	D
CTI Adulto – 1º andar	132	919	4,7%	D,E
Maternidade	101	864	4,5%	D,E
CTI Adulto – 2º andar	144	782	4,0%	E
Bloco Cirúrgico Eletivo	49	683	3,5%	E
Bloco Obstétrico	113	533	2,85	F
CTI Neonatal	95	512	2,6%	F
Bloco Cirúrgico da Emergência	128	504	2,6%	F
CTI Pediátrico	90	497	2,6%	F
Clínica Pós Operatório	125	362	1,95	G
Urgência Pediátrica	38	302	1,65	G,H
Unidade de Acidente Vascular Cerebral	93	291	1,5%	G,H
Unidade de Diagnóstico por Imagem	29	255	1,3%	H
Clínica Vascular	63	236	1,2%	H
Central de Materiais e Esterilização	40	111	0,6%	I
Banco de Leite	18	68	0,4%	I
Agência Transfusional	6	26	0,1%	J
<b>TOTAL</b>	<b>2.848</b>	<b>19.363</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>

\*P-valor obtido através do teste Z de comparação de proporções de dois grupos independentes, com a utilização do critério de Bonferroni // Indicadores distintos indicam diferença significativa

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

O setor de Cuidado Intermediário Neonatal se encontra em terceiro lugar nos registros de atestados médicos, com 215 registros, mas está em primeiro lugar no quesito dias de afastamento, com 2.196, equivalente a 11,3% do total. Isso significa que as licenças médicas geradas nesse setor correspondem a um maior número de dias de afastamento. A Sala de

Emergência Adulto se encontra em segundo lugar tanto nos registros de afastamentos (231 licenças médicas) quanto em relação aos dias de afastamentos gerados (1.804 dias), o que equivale a 9,3% do total de dias perdidos. A Clínica Médica se encontra em primeiro lugar no número de licenças médicas, com 267 registros, mas está em quinto lugar em dias de afastamento (1.402 dias), mostrando que as licenças médicas desse setor tiveram uma duração mais curta.

De acordo com o nível de significância, pode-se dizer que, através da aplicação do teste Z, não houve diferença significativa entre a Sala de Emergência Adulto, Pediatria e Pronto-atendimento (p-valor representado pela letra B). Isso também pode ser aplicado à Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e CTI 3º andar, que têm o p-valor representado pela letra C. Ou seja, os setores que apresentaram a mesma letra para simbolizar o p-valor, não tiveram diferença significativa entre si, somente em relação aos demais setores que apresentaram letras diferentes para se referir ao p-valor. Em relação aos setores com nível de significância aceitável (p-valor < 0,05), podem ser citados o setor de Cuidado Intermediário Neonatal (p-valor representado pela letra A) em relação à Sala de Emergência Adulto, Pediatria e Pronto-atendimento (p-valor representado pela letra B) e em relação à Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e CTI 3º Andar (p-valor representado pela letra C) e assim sucessivamente.

A TAB. 18 mostra os registros de afastamento em relação ao mês do ano de 2013.

**TABELA 18:** Distribuição dos afastamentos em 2013 em relação ao mês. Belo Horizonte, 2014.

MÊS	REGISTROS	DIAS PERDIDOS	HORAS PERDIDAS
JAN/13	207	1.550	12.372
FEV/13	196	1.328	12.351
MAR/13	265	1.872	17.469
ABR/13	259	1.512	11.347
MAI/13	284	1.959	16.297
JUN/13	244	1.525	12.361
JUL/13	230	1.144	10.678
AGO/13	253	1.471	12.163
SET/13	241	1.880	15.787
OUT/13	285	2.183	18.199
NOV/13	202	1.788	14.022
DEZ/13	182	1.151	8.066
<b>TOTAL</b>	<b>2.848</b>	<b>19.363</b>	<b>161.112</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Foi observado que os meses com maior número de registros de afastamentos foram Outubro (285), seguido por Maio (284) e Abril (259). Os meses com menor número de licenças médicas foram Dezembro (182), Fevereiro (196) e Novembro (202). A TAB. 19 mostra diferença significativa entre o número de dias perdidos em relação aos meses do ano de 2013.

**TABELA 19:** Distribuição dos dias de afastamento em 2013 em relação ao mês. Belo Horizonte, 2014.

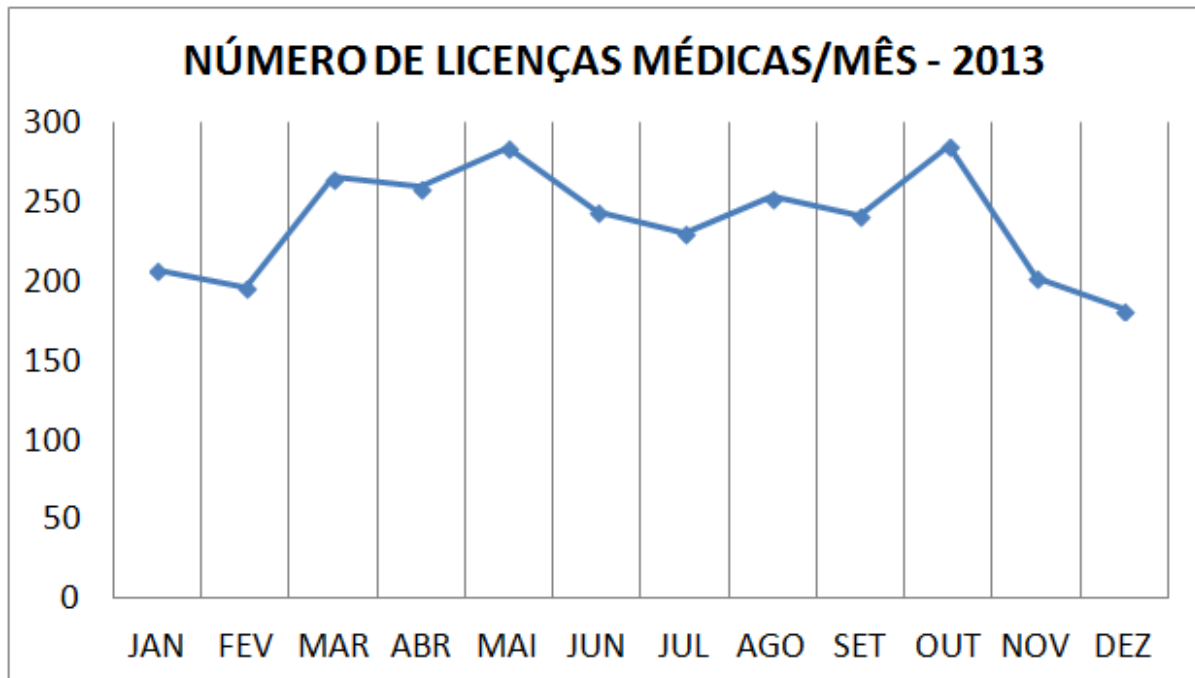
MÊS	DIAS PERDIDOS	%	P-valor < 0,05 *
JAN/13	1.550	8,0%	C
FEV/13	1.328	6,9%	D
MAR/13	1.872	9,7%	B
ABR/13	1.512	7,8%	C
MAI/13	1.959	10,1%	B
JUN/13	1.525	7,9%	C
JUL/13	1.144	5,9%	E
AGO/13	1.471	7,65	C,D
SET/13	1.880	9,7%	B
OUT/13	2.183	11,3%	A
NOV/13	1.788	9,2%	B
DEZ/13	1.151	5,9%	E
<b>TOTAL</b>	<b>19.363</b>	<b>100%</b>	-

\*P-valor obtido através do teste Z de comparação de proporções de dois grupos independentes, com a utilização do critério de Bonferroni // Indicadores distintos indicam diferença significativa.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

De acordo com a TAB. 19, os meses com maior número de dias perdidos foram Outubro (2.183), seguido por Maio (1.959) e Setembro (1.880). Além disso, pode-se observar existe diferença significativa em relação aos dias de afastamento e os meses do ano, o que mostra que os afastamentos oscilam ao longo do ano, não apresentando uniformidade entre as licenças médicas apresentadas. Não houve diferença significativa entre os meses: Março, Maio, Setembro e Novembro (p-valor representado pela letra B). O mesmo ocorreu com os meses de Janeiro, Abril, Junho e Agosto (p-valor representado pela letra C). O Gráfico 3

mostra a oscilação da quantidade de licenças médicas ao longo do ano de 2013, reforçando a variação do número de licenças em alguns períodos do ano. Isso pode ser demonstrado pelo fato de ter havido diferença significativa entre Outubro (p-valor representado pela letra A) e Março, Maio, Setembro e Novembro (p-valor representado pela letra B).



**GRÁFICO 3:** Distribuição das licenças médicas de acordo com os meses de 2013. Belo Horizonte, 2014.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

A TAB. 20 foi utilizada para demonstrar a descrição dos afastamentos gerados no ano de 2013 em relação à sua duração mensurada em dias.

**TABELA 20:** Distribuição dos afastamentos em 2013 em relação à duração das licenças médicas em dias. Belo Horizonte, 2014.

DIAS DE AFASTAMENTO	REGISTROS	FREQUÊNCIA RELATIVA
Até 2 dias	1.611	56,6%
3 a 4 dias	506	17,8%
De 5 a 10 dias	392	13,8%
De 11 a 15 dias	201	7,0%
Mais de 15 dias	138	4,8%
<b>TOTAL</b>	<b>2.848</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Foi observado que a maioria as licenças médicas são consideradas de curta duração (até 2 dias), correspondendo a 56,6% do total. As licenças médicas com duração de 3 a 15 dias correspondem a 38,6% e as de duração maior que 15 dias, 4,8%. Esses dados corroboram com o estudo de Silva e Marziale (2000), no qual as licenças médicas de até 2 dias representaram 79,2%, de 3 a 15 dias representaram 11,9% e maior que 15 dias, 8,9%. O oposto ocorreu no estudo de Primo (2008) realizado em um hospital universitário em que as licenças médicas de 1 a 2 dias de duração representaram apenas 7,7%, de 3 a 15 dias representaram 31% e maior de 15 dias, 61,3%.

De acordo com a literatura, afastamentos de curta duração têm relação predominante com a organização e com os fatores de estresse no trabalho: constrangimentos pessoais, tensão organizacional, limitações na carreira e sobrecarga no trabalho. O absenteísmo de curta duração (um dia) é influenciado mais pela motivação do trabalhador em comparecer ao trabalho do que propriamente pela enfermidade que o acomete. Nessa lógica, a frequência do absenteísmo de curta duração seria um indicador de apuração desse “absenteísmo voluntário” e de como estaria o clima organizacional (PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2010). Condições inadequadas de trabalho, frequentemente encontradas no ambiente hospitalar, são fontes geradoras de doenças e agravos à saúde dos trabalhadores que lançam mão de mecanismos de fuga, como o absenteísmo-doença, tendo em vista que o sofrimento provocado pela situação de trabalho e pela insatisfação com a administração concorre para tal atitude (ALVES, GODOY, 2001).

Os atestados médicos de maior duração (mais de 15 dias) nesse estudo equivalem a 4,8% do total encontrado no hospital em 2013. Destaca-se que quanto maior o período do afastamento, maior será o número de trabalhadores necessários para a substituição, podendo acarretar em prejuízos na assistência, bem como sobrecarga de trabalho e desgaste dos demais integrantes da equipe. As licenças de maior duração, geralmente, envolvem problemas de saúde mais sérios e, por sua vez, têm relação direta com o adoecimento propriamente dito (CASTRO, BERNARDINO, RIBEIRO, 2008; PRIMO, PINHEIRO, SAKURAI, 2010). A TAB. 21 mostra o número de trabalhadores que apresentaram licença médica em 2013 e a quantidade de repetição do fato.

**TABELA 21:** Distribuição dos trabalhadores que apresentaram licenças médicas em 2013 por número de ocorrências. Belo Horizonte, 2014.

<b>Nº DE EPISÓDIOS</b>	<b>Auxiliar/Técnico</b>	<b>%</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
1	229	32,1%	68	51,1%	297	35,1%
2	178	25,0%	33	24,8%	211	25,0%
3	84	11,8%	12	9,0%	96	11,3%
4	57	8,0%	7	5,3%	64	7,6%
5	61	8,5%	8	6,0%	69	8,2%
6 ou mais	104	14,6%	5	3,8%	109	12,8%
<b>TOTAL</b>	<b>713</b>	<b>100%</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>	<b>846</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Foi possível observar que a maioria dos trabalhadores da equipe de enfermagem, ou seja, 297 membros apresentaram apenas 1 episódio de licença médica, totalizando 35,1%. 211 trabalhadores apresentaram atestado médico por 2 vezes (25%), 96 por 3 vezes (11,3%), 64 por 4 vezes (7,6%), 69 por 5 vezes (8,2%) e 109 por 6 ou mais vezes (12,8%). Com isso, foi possível perceber que houve predominância de repetição da apresentação do atestado médico por 1 (35,1%) a 2 vezes (25,0%), representando 60,1% do total. Para Mininel *et al.* (2013), houve a mesma predominância para os trabalhadores que apresentaram atestado médico poucas vezes, principalmente 1 (62,89%) a 2 episódios de afastamento (21,14%), totalizando 84,03%. Já os trabalhadores com 3 episódios representaram 9,03%, 4 episódios com 2,08% e 5 ou mais episódios com 4,86% do total.

No presente estudo, os trabalhadores que apresentaram 6 ou mais episódios de afastamento apresentaram um quantitativo expressivo, correspondendo a 12,8%. Esses funcionários merecem um cuidado especial, pois a recorrência de notificação por um mesmo trabalhador deve ser analisada detalhadamente no intuito de se buscar situações que possam indicar que as condições de trabalho não estão apropriadas ou são desfavoráveis para o trabalhador ou, ainda, possam representar alguma condição de saúde do trabalhador que não está devidamente tratada, gerando recidivas frequentes. Em relação às principais doenças que acometeram a população estudada, a TAB. 22 demonstra a descrição dos afastamentos em relação ao CID registrado nas licenças médicas apresentadas pelos trabalhadores.

**TABELA 22:** Distribuição das licenças médicas de acordo com o CID – 10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Belo Horizonte, 2014.

CAPÍTULO CID*	REGISTROS	% REGISTROS	DIAS PERDIDOS
XIII	523	18,5%	1.639
X	409	14,4%	873
I	271	9,5%	790
XII	261	9,1%	3.599
XVIII	203	7,1%	418
V	135	4,7%	1.025
XIX	131	4,6%	674
XXI	116	4,1%	406
GSPM**	107	3,7%	6.031
XI	99	3,5%	291
XIV	94	3,3%	390
Não descrito	88	3,1%	693
VI	86	3,0%	196
VIII	73	2,7%	235
IX	71	2,5%	475
XV	53	1,9%	260
VII	47	1,6%	218
XX	38	1,3%	146
IV	14	0,5%	153
II	12	0,4%	124
INSS**	10	0,3%	680
III	5	0,2%	39
XVI	1	0%	7
XVII	1	0%	1
<b>TOTAL</b>	<b>2.848</b>	<b>100%</b>	<b>19.363</b>

\* I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias / II - Neoplasias / III - Doença do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários / IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas / V - Transtornos mentais e comportamentais / VI - Doenças do sistema nervoso / VII - Doença dos olhos e anexos / VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastoide / XIX - Doença do aparelho circulatório / X - Doença do aparelho respiratório / XI - Doença do aparelho digestivo / XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo / XIII - Doenças do sistema muscular e do tecido conjuntivo / XIV - Doenças do aparelho geniturinário / XV - Gravidez, parto e puerpério / XVI - Afecções originadas no período perinatal / XVII - Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas / XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e de laboratório, não classificados em outra parte / XIX - Lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas / XX - Causas externas de morbidade e mortalidade / XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

\*\* GSPM - Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica // INSS - Instituto Nacional de Seguro Social.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Ressalta-se que algumas licenças médicas não contêm o diagnóstico ou CID no estudo (Não descrito), representando 88 registros que geraram 693 dias perdidos (3,1% do total). Tal fato ocorreu em concordância à Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, na qual o médico-assistente deve colocar o diagnóstico no atestado médico somente quando expressamente autorizado pelo cliente (BRASIL, 2002).

No presente estudo, as principais afecções que acometeram a equipe de enfermagem por número de registros de licença médica em 2013 foram: Capítulo XIII - Doenças do sistema muscular e do tecido conjuntivo (18,5%), Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório (14,4%) e Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (9,5%). Para Abreu e Simões (2009), as Doenças do Sistema Muscular e do Tecido Conjuntivo equivaleram a 18,86% das licenças apresentadas. Em seguida, encontraram-se as licenças decorrentes de Fatores que influenciam o estado de saúde e contato com os serviços de saúde com 12,86% do total, sendo esse grupo muito abrangente por incluir pessoas que entraram em contato com outros serviços de saúde para exame e investigação; além das demais situações não especificadas que não se enquadram em outro CID. Grande parte dos motivos apresentados foi classificada neste grupo por não se identificar a doença de base e por ele incluir os atestados relacionados ao acompanhamento de familiares com acometimento de saúde. Em terceiro lugar estão as Doenças do aparelho respiratório (10,48%), que podem ser relacionadas pela exposição dos funcionários ao ambiente hospitalar, em especial agentes biológicos e químicos que aumentam à predisposição a infecção do trato respiratório (ABREU, SIMÕES, 2009).

No estudo de Reis *et al.* (2003), houve uma diferença entre os principais diagnósticos que produziram afastamentos: Doenças do aparelho respiratório (18,2%), Doenças do sistema osteomuscular (13,4%) e Algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,7%). Para Alves, Godoy e Santana (2006), os principais motivos de absenteísmo-doença da equipe de enfermagem foram: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14,4%), Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde (13,1%) e Doenças do aparelho respiratório (12,5%). Já no estudo de Primo (2008), os principais acometimentos dos trabalhadores de saúde foram: Doenças do aparelho respiratório (16,9%), Doença do sistema osteomuscular (15,30%), transtornos mentais (10,2%) e doenças infecto-parasitárias (8,9%).

Segundo Evangelos, Burdorf e Kalokerinou (2006), a desordem musculoesquelética está em posição proeminente nas ocupações da área da saúde. Pôde-se perceber tal fato

porque apesar dos diversos estudos apresentarem algumas diferenças no que se referiram às principais morbidades que acometeram os trabalhadores da equipe de enfermagem, as Doenças referentes ao sistema muscular e do tecido conjuntivo foram presentes em todos eles. Isso ocorre pelo fato da equipe de enfermagem estar frente a algumas situações no cotidiano de trabalho como: recursos materiais inadequados, posturas repetitivas e viciosas, fatores ligados à organização do trabalho como ritmo laboral acentuado, fragmentação de tarefas e rotatividade de setores, que contribuem para acentuação dos riscos biomecânicos associados (ABREU, SIMÕES, 2009). Um estudo canadense mostra como é recorrente a desordem do sistema musculoesquelético ao identificar que 25% dos trabalhadores da equipe de enfermagem apresentaram dor relacionada a esse sistema em grande parte do tempo ou durante todo o tempo de trabalho (O'BRIEN-PALLAS *et al.*, 2004).

Outro fator relevante no presente estudo é o fato do hospital em questão ser referência em urgência/emergência, o que muitas vezes leva os trabalhadores a desenvolverem técnicas de mobilização de pacientes críticos, ou seja, totalmente dependentes de cuidados de enfermagem, por longos períodos de tempo, agravado pelo número insuficiente de trabalhadores para atender às demandas. Isso repercute também na piora das condições de ergonomia do trabalho. Essa condição pode ser reforçada pelo fato de que os CID's mais recorrentes do Capítulo XIII foram: M54.5 (dor lombar baixa), M25.5 (dor articular) e M54.2 (cervicalgia).

Na literatura, as principais alterações relacionadas que podem afetar o sistema musculoesquelético são, principalmente, as lombalgias e as lesões por esforços repetitivos (LER) ou distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho (DORT) (SALERNO, 2014). As lombalgias podem ocorrer em virtude de um esforço físico agudo, ocasionadas por dois motivos diferentes: o mais comum é a dor por contração da musculatura paravertebral, decorrente de esforço repetido ou mau jeito. Costuma ser alteração benigna, com boa evolução, independente do tratamento. A outra causa é a dor por compressão radicular, em geral associada ao aumento de pressão ou degeneração do disco intervertebral na qual, além de dor nas costas propriamente dita, pode ocorrer também irradiação para nádegas, coxas, pernas e pés (SALERNO, 2014).

Um estudo iraniano reforçou que a enfermagem é uma ocupação particularmente estressante pelo fato de estar disponível para atender as demandas dos pacientes a qualquer hora, o que pode gerar sobrecarga de trabalho, manutenção de posições não ergonômicas por longos períodos de tempo e manipulação de excesso de peso, podendo essa categoria profissional ser facilmente associada à maior chance de apresentarem lombalgia. Existem

algumas evidências de associações da lombalgia com o gênero, pois as mulheres pertencentes à equipe de enfermagem apresentaram taxas maiores do acometimento do que os homens ( $p = 0,02$ ). Outra associação feita foi entre lombalgia e a idade, demonstrando que quanto maior a idade, maior a chance de apresentar o acometimento ( $p = 0,0001$ ) (MOHSENI-BANDPEI *et al.*, 2006).

Outro estudo conduzido na Universidade de Geneva, Suíça, que incluiu diversas categorias profissionais, no qual a amostra foi selecionada de forma randomizada e aplicou a utilização de um questionário, conseguiu reforçar a associação de que lombalgia foi predominante em mulheres, com idade acima de 40 anos, Índice de Massa Corporal  $> 25$ , com menor escolaridade e pertencentes à equipe de enfermagem (nível médio). Esses achados foram diretamente relacionados ao tipo de trabalho que essa população está sujeita, pois frequentemente carregam peso, lidam no manejo direto de pacientes, ficam em posições mantidas por longos períodos, trabalham mais de 8 horas/dia, além de plantões noturnos (GENEVAY *et al.*, 2011).

Corroborando com os demais autores, Evangelos *et al.* (2011) realizaram um estudo com 350 trabalhadores de enfermagem que trabalhavam em 6 hospitais do sudoeste da Grécia e reforçaram a ideia de que a lombalgia tem sido muito frequente nessa categoria profissional, acometendo de 35 a 75% dos profissionais. Além disso, de maneira geral, as doenças musculoesqueléticas estão aumentando e têm relação direta com as doenças crônicas. Isso reforça o fato desses acometimentos apresentarem maior ocorrência com o aumento da idade, sendo que para idade  $\leq 30$  anos o *Odds Ratio* foi de 1, entre 31 a 44 anos foi de 1,38 e para  $\geq 45$  anos, foi de 3,92.

A outra causa recorrente na literatura de problemas no sistema osteomuscular é a LER/DORT, sendo definida como um conjunto de doenças de trabalho que acometem tendões, sinóvias, músculos, nervos, fâscias e ligamentos, de maneira isolada ou associada, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo não somente os membros superiores, mas principalmente a região escapular e o pescoço. Os principais fatores para desenvolvimento dessa patologia são: prolongada posição de segmentos corporais em tensão estática, manutenção de postura inadequada ao executar tarefas, uso inadequado de ferramentas, pausas inadequadas para descanso e o excesso de horas extras de trabalho. Ocorre mais frequentemente em mulheres por não terem o mesmo potencial de desenvolvimento muscular que os homens, pois apresentam menor número de fibras musculares e menor capacidade de armazenar glicogênio em energia útil. Além disso, tendem a apresentar ossos mais leves e curtos, com áreas de junção mais reduzida (BIANCO, 2014).

Em segundo lugar em relação às doenças associadas ao absenteísmo-doença nesse estudo estão as Doenças do aparelho respiratório, representando 14,4% do total. Os CID's mais recorrentes foram: J00 (nasofaringite aguda), J01 (sinusite aguda), J03 (amigdalite aguda) e J11 (Influenza – gripe). Houve predominância dessas causas nos meses de maio a agosto, o que pode ser relacionado com o período de inverno e, portanto a sazonalidade deve ser considerada. Em terceiro lugar estão os atestados classificados no Capítulo I do CID descrito como Algumas doenças infecciosas e parasitárias com 9,5% do total. Os CID's mais recorrentes foram: A09 (diarreia e gastroenterite de origem infecciosa), A90 (dengue) – com ocorrência principalmente nos meses de março e abril/2013 e B34.9 (infecção viral não especificada). As doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho apresentam algumas características que as distinguem dos demais grupos, pois os agentes etiológicos podem ou não estar relacionados à natureza ocupacional. Isso ocorre porque os agentes etiológicos estão disseminados no meio ambiente, dependentes de condições ambientais e de saneamento e da prevalência dos agravos na população geral, vulneráveis às políticas gerais de vigilância e da qualidade dos serviços de saúde. A delimitação entre o ambiente de trabalho e o ambiente externo é frequentemente pouco precisa. As consequências para a saúde da exposição do trabalhador a fatores de risco biológico presentes em situações de trabalho incluem quadros de infecção aguda e crônica, parasitoses e reações alérgicas e tóxicas a plantas e animais. As infecções podem ser causadas por bactérias, vírus, riquétsias, clamídias e fungos e as parasitoses estão associadas a protozoários, helmintos e artrópodes. Algumas dessas doenças infecciosas e parasitárias são transmitidas por artrópodes que atuam como hospedeiros intermediários. No caso dos trabalhadores da saúde, é importante ressaltar a exposição direta desses em relação ao paciente e o contato com as secreções e fluidos biológicos, sendo que muitas dessas doenças são originalmente zoonoses, podendo estar relacionadas ao trabalho. Dada à amplitude das situações de exposição e o caráter endêmico de muitas dessas doenças, torna-se, por vezes, difícil estabelecer a relação direta com o trabalho (BRASIL, 2001).

Segundo Primo (2008), o absenteísmo-doença ainda que justificado mediante licença médica, não significa que tais ausências sejam exclusivamente por causas médicas. A tendência do senso comum é considerar o absenteísmo como indicador direto de morbidade do grupo estudado. Porém esse fenômeno deve ser analisado à luz de sua complexidade. Construindo um pouco mais o entendimento sobre as doenças relacionadas ao absenteísmo nesse estudo, a TAB. 23 mostra a distribuição dos dias de afastamento em relação ao CID.

**TABELA 23:** Distribuição dos dias de afastamento de acordo com o CID – 10. Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. Belo Horizonte, 2014.

<b>CAPÍTULO CID</b>	<b>DIAS PERDIDOS</b>	<b>%</b>	<b>P-valor &lt; 0,05 *</b>
GSPM**	6.031	31,1	A
XII	3.599	18,6	B
XIII	1.639	8,4	C
V	1.025	5,3	D
X	873	4,5	E
I	790	4,1	E,F
Não descrito	693	3,6	F
INSS**	680	3,5	F
XIX	674	3,5	F
IX	475	2,4	G
XVIII	418	2,2	G
XXI	406	2,1	G
XIV	390	2,0	G
XI	291	1,5	H
XV	260	1,3	H,I
VIII	235	1,2	H,I
VII	218	1,1	H,I
VI	196	1,0	I
IV	153	0,8	I,J
XX	146	0,7	I,J
II	124	0,6	J
III	39	0,2	K
XVI	7	0,0	L
XVII	1	0,0	L
<b>TOTAL</b>	<b>19.363</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

\* I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias / II - Neoplasias / III - Doença do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários / IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas / V - Transtornos mentais e comportamentais / VI - Doenças do sistema nervoso / VII - Doença dos olhos e anexos / VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastoide / XIX - Doença do aparelho circulatório / X - Doença do aparelho respiratório / XI - Doença do aparelho digestivo / XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo / XIII - Doenças do sistema muscular e do tecido conjuntivo / XIV - Doenças do aparelho geniturinário / XV - Gravidez, parto e puerpério / XVI - Afecções originadas no período perinatal / XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas / XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e de laboratório, não classificados em outra parte / XIX - Lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas / XX - Causas externas de morbidade e mortalidade / XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

\*\* GSPM - Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica // INSS - Instituto Nacional de Seguro Social.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

A TAB. 23, diferentemente da anterior (TAB. 22) que foi organizada de acordo com o número de registros de licenças médicas, consta o número de dias de afastamento gerado pelas licenças médicas. Na TAB. 23, os atestados provenientes da Gerência de Saúde do Servidor e de Perícia Médica (GSPM) se encontram em 1º lugar, correspondendo a 6.031 dias perdidos para a instituição. Porém encontra-se em 9º lugar na ocorrência dos registros de afastamento (TAB. 22), com 107 licenças médicas, o que equivale a 3,7% do total. Isso pode ser explicado pelo fato da GSPM ser o órgão da Prefeitura de Belo Horizonte responsável pela inspeção médica dos servidores do quadro efetivo da instituição quando apresentam licenças prolongadas (superior a 15 dias), conforme Portaria nº 11.824 de 29 de Junho de 2009, que estabelece o procedimento para concessão da licença médica para tratamento de saúde (BELO, HORIZONTE, 2009).

O mesmo acontece com os atestados médicos provenientes do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que, de acordo com a TAB. 22, corresponderam a apenas 10 licenças médicas (21º lugar), porém consta na TAB. 23 em 8º lugar com 680 dias perdidos para a instituição. O INSS é um órgão do Estado que é responsável pela perícia médica também dos servidores com licença médica superior a 15 dias vinculados ao Regime Geral da Previdência Social, sendo que nesse estudo estão incluídos os celetistas e o contrato administrativo.

No presente estudo, as principais afecções que acometeram os trabalhadores da equipe de enfermagem por número de dias perdidos de trabalho em 2013 foram: Capítulo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo (18,6%), Capítulo XIII – Doenças do sistema muscular e do tecido conjuntivo (8,4%) e Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais (5,3%). As Doenças da pele e do tecido subcutâneo corresponderam 18,6% dos dias perdidos para a instituição (3.599 dias), sendo que os CID's mais recorrente foram o L002 (Abscesso cutâneo, furúnculo ou antraz) e L60 (Afecções das unhas). As Doenças do sistema muscular e do tecido conjuntivo representaram 8,4% dos dias perdidos (1.639) e apresentaram como CID's mais recorrentes: M54.5 (dor lombar baixa), M25.5 (dor articular) e M54.2 (cervicalgia). Os transtornos mentais e comportamentais representaram 5,3% dos dias perdidos (1.025 dias), com os principais CID's para Episódios depressivos (F31), Outros transtornos ansiosos (F41) e Reações ao “*stress*” grave e transtornos de adaptação (F43).

### 4.3. CARACTERIZAÇÃO DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA

Esta seção avalia os índices de absenteísmo do hospital, desdobrados por categoria profissional dentro da equipe de enfermagem e a lotação dos trabalhadores. Inicialmente é feita a descrição do absenteísmo por categoria profissional, conforme mostra a TAB. 24.

**TABELA 24:** Índice de Absenteísmo (IA) em relação à categoria profissional dos trabalhadores da enfermagem. Belo Horizonte, 2014.

SETOR	Auxiliar/Técnico	Enfermeiro	TOTAL	P-valor*
TOTAL	4,91	5,68	5,02	< 0,01

\*P-valor obtido através do Teste de Poisson.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Segundo Marras (2000), o valor ideal de Índice de Absenteísmo (IA) é de 2,7 e para Santos e Matos (2010), o valor de referência utilizado foi o da Organização Internacional do Trabalho, que é de 2,5 para o mesmo indicador. Porém esses valores não são específicos por ramo ou setor de atuação, não podendo ser considerados fidedignos para serem utilizados em qualquer instituição. Logo, esses valores podem ser subestimados e estarem fora da realidade nacional. Não foram encontrados estudos internacionais que apresentem valores de referência para o IA, até mesmo pela dificuldade de cálculo dos indicadores relacionados ao absenteísmo por não haver padronização dos mesmos.

De acordo com os valores de referência citados, os IA's da instituição tanto para auxiliares/técnicos quanto para enfermeiros estão elevados. Ainda foi possível identificar que o absenteísmo é maior no grupo dos enfermeiros, sendo de 5,68 homens faltantes/dia para cada 100 funcionários/dia, seguido pelos auxiliares/técnicos de enfermagem com 4,91. Esta diferença é significativa de acordo com o teste de Poisson, cujo p-valor foi menor que 0,01. Alguns estudos comprovam que o IA da equipe de enfermagem é maior que em relação aos demais. Por exemplo, no estudo de Primo (2008), o IA foi de 5,3 para o hospital e 6,75 para a equipe de enfermagem, não havendo separação entre nível fundamental/médio e superior.

A TAB. 25 relaciona os índices de absenteísmo em relação à categoria profissional dentro da equipe de enfermagem e o setor de trabalho.

**TABELA 25:** Índice de Absenteísmo (IA) em relação ao setor de trabalho e a categoria profissional dos trabalhadores de enfermagem. Belo Horizonte, 2014.

<b>SETOR</b>	<b>Auxiliar/ Técnico</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>TOTAL</b>
Cuidado Intermediário Neonatal	13,73	20,18	14,67
Bloco Cirúrgico Eletivo	9,23	19,73	10,40
Ambulatório	9,63	1,46	8,79
Pediatria	8,60	9,18	8,67
CTI Adulto – 3º andar	7,21	11,43	7,86
CTI Adulto – 1º andar	6,33	9,75	6,99
Clínica Cirúrgica	6,94	0,55	6,18
CTI Adulto – 2º andar	5,13	9,35	5,95
Maternidade	5,92	5,91	5,92
Unidade de Diagnósticos por Imagem	5,82	-	5,82
Sala de Emergência Adulto	5,99	3,90	5,68
Clínica Médica	5,04	9,65	5,65
Pronto-atendimento	3,40	7,12	4,01
Bloco Obstétrico	3,48	3,46	3,48
Banco de Leite	3,51	1,10	3,11
CTI Pediátrico	3,48	0,05	3,03
Urgência Pediátrica	1,20	9,18	2,85
Bloco Cirúrgico da Emergência	3,24	0,27	2,76
Clínica Vascular	2,25	2,51	2,31
Clínica Pós Operatório	1,90	3,84	2,16
Unidade de Acidente Vascular Cerebral	2,30	0,23	1,99
CTI Neonatal	2,07	1,00	1,90
Agência Transfusional	0,79	0,00	0,71
Central de Materiais e Esterilização	0,74	0,41	0,71
<b>TOTAL</b>	<b>4,91</b>	<b>5,68</b>	<b>5,02</b>

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

O IA foi maior para o setor de Cuidado Intermediário Neonatal com 14,67. Em segundo lugar, encontra-se o Bloco Cirúrgico Eletivo com 10,40 e, em seguida, o Ambulatório com 8,79. Os CTI's tiveram o IA variando de 2,07 a 7,21 quando comparados ao estudo de Inoue, Matsuda e Silva (2008), que foi de 2,55. No estudo de Primo (2008), o IA no Ambulatório foi de 5,25, Internação de 4,51 e Urgência de 4,52. O IA médio para a equipe de enfermagem na instituição em questão foi de 5,02, sendo que para a categoria auxiliar/técnico de enfermagem, o IA foi de 4,91 em detrimento de 5,68 para enfermeiros. O estudo de O'Brien-Pallas *et al.* (2004), apud Akyeampong (1999), relata que o absenteísmo entre enfermeiras canadenses apresenta um valor elevado e que cresceu de 6,8 em 1986 para

8,5 para a força de trabalho em 1999 e se tornou o mais caro para a instituição e para o sistema de saúde. A TAB. 26 a seguir mostra os resultados dos cálculos de absenteísmo por diferentes indicadores em relação ao setor de trabalho.

**TABELA 26:** Absenteísmo por diferentes indicadores em relação ao setor de trabalho dos trabalhadores. Belo Horizonte, 2014.

<b>SETOR</b>	<b>IA</b>	<b>IDD</b>	<b>IF</b>	<b>DML</b>
Cuidado Intermediário Neonatal	14,67	53,54	5,24	10,21
Bloco Cirúrgico Eletivo	10,40	37,94	2,72	13,93
Ambulatório	8,79	32,06	7,34	4,36
Pediatria	8,67	31,63	2,67	11,83
CTI Adulto – 3º andar	7,86	28,67	3,04	9,42
CTI Adulto – 1º andar	6,99	25,52	3,66	6,96
Clínica Cirúrgica	6,18	22,55	3,33	6,86
CTI Adulto – 2º andar	5,95	21,72	4,00	5,43
Maternidade	5,92	21,60	2,52	8,55
Unidade de Diagnósticos por Imagem	5,82	21,25	2,41	8,79
Sala de Emergência Adulto	5,68	20,73	2,65	7,80
Clínica Médica	5,65	20,61	3,92	5,25
Pronto-atendimento	4,01	14,62	1,50	9,74
Bloco Obstétrico	3,48	12,69	2,69	4,71
Banco de Leite	3,11	11,33	3,00	3,77
CTI Pediátrico	3,03	11,04	2,00	5,52
Urgência Pediátrica	2,85	10,41	1,31	7,94
Bloco Cirúrgico da Emergência	2,76	10,08	2,56	3,93
Clínica Vascular	2,31	8,42	2,25	3,74
Clínica Pós Operatório	2,16	7,86	2,71	2,89
Unidade de Acidente Vascular Cerebral	1,99	7,27	2,32	3,12
CTI Neonatal	1,90	6,91	1,28	5,38
Agência Transfusional	0,71	2,60	0,6	4,33
Central de Materiais e Esterilização	0,71	2,58	0,93	2,77
<b>MÉDIA</b>	<b>5,02</b>	<b>18,48</b>	<b>2,77</b>	<b>6,55</b>

\* IA - Índice de absenteísmo / IDD - Índice de Duração de Dias / IF - Índice de Frequência / DML - Duração Média de Licença

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

O presente estudo apresentou um IA médio de 5,02, com IDD de 18,48; IF de 2,77 e DML de 6,55. De acordo com o estudo de Mesa e Kaempffer (2004), após o levantamento de dados de absenteísmo por 30 anos em diversos segmentos da economia no Chile (hospitolar, mineração, industrial e universitário) comprovou que o setor hospitalar apresenta as taxas mais altas de absenteísmo, com IDD de 14,3, IF de 1,3 e DML de 10,6. Quando se compara esses dados com alguns estudos realizados no Brasil, de acordo com Primo (2008), observou-se que o IA variou de 1,23 a 6,82. Com um levantamento realizado nos estudos de Alves (1994), Godoy (2001) e Reis *et al.* (2003), o IDD variou de 3,0 a 16,9 e DML oscilou entre 3,9 a 27,9. O estudo de Alves (1994) demonstrou que todas as taxas de absenteísmo da equipe de enfermagem em questão foram maiores quando comparados os hospitais públicos em detrimento dos privados. O estudo de Godoy (2001) apresentou o menor IA, pois se tratou de um estudo do absenteísmo-doença de um hospital público universitário, incluindo todas as categorias profissionais, não apenas a equipe de enfermagem como os estudos de Alves (1994) e Reis *et al.* (2003).

O absenteísmo-doença pode ser visto como uma resposta à condição de saúde, mas também como uma estratégia cognitiva de resposta do trabalhador, submetida a uma escala de valores coletivos e individuais. Estudos qualitativos mostram que atestados médicos podem ser motivados por demais causas sociais e psicológicas motivadas pela organização do trabalho como: discriminação, falta de oportunidades de promoção, salários impróprios, condições insatisfatórias e ineficazes canais de comunicação. A concessão dos afastamentos ocorre muitas vezes em função da pressão de trabalhadores e da própria chefia, por não disporem de outros meios de resolução de conflitos ou de situações desgastantes (ANDERZEN, ARNETZ, 2005).

Em se tratando de situações desgastantes, foi levantada a hipótese de que os setores assistenciais relacionados ao atendimento de urgência/emergência, por disporem de condições mais insalubres e de alta demanda para os profissionais da equipe de enfermagem, deveriam apresentar os IA's maiores quando comparados aos demais setores assistenciais do estudo. Diante desse questionamento, a TAB. 27 foi criada para descrever o índice de absenteísmo de acordo com a categoria profissional dentro da equipe de enfermagem e a associação com o pertencimento ou não ao setor de urgência/emergência.

**TABELA 27:** Distribuição do Índice de Absenteísmo (IA) de acordo com a categoria profissional na equipe de enfermagem e a alocação em setores relacionados à Urgência e não Urgência. Belo Horizonte, 2014.

<b>URGÊNCIA</b>	<b>Auxiliar/Técnico</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>TOTAL</b>
Sim	4,88	6,45	5,13
Não	4,95	4,25	4,85
<b>ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO</b>	<b>4,41</b>	<b>5,68</b>	<b>5,02</b>
<b>P-valor*</b>	0,437	< 0,01	< 0,01

\*P-valor obtido através do Teste de Poisson.

**Fonte:** Elaborada pela autora através dos dados obtidos na GSAT do HMOB.

Observa-se que o IA foi maior nos setores relacionados à urgência (IA: 5,13) quando comparados aos demais setores do estudo (IA: 4,85), apresentando diferença significativa entre esses valores (p-valor < 0,01). O mesmo ocorreu no grupo dos enfermeiros (IA: 5,68) quando comparados aos auxiliares/técnicos de enfermagem (IA: 4,41) (p-valor < 0,01). A exceção ocorreu no grupo de profissionais de nível fundamental/médio, em que o absenteísmo foi menor nos setores ligados à urgência (IA: 4,88), mostrando que não houve diferença significativa do absenteísmo daqueles que atuam na urgência e dos que não atuam (p-valor = 0,437).

Para a categoria de enfermeiros houve diferença significativa entre o absenteísmo daqueles lotados nos setores de urgência (IA: 6,45) e os de não urgência (IA: 4,25). Essa diferença nas unidades de urgência/emergência, de acordo com Wehbe e Galvão (2001) e Batista e Bianchi (2006), deve-se ao fato da assistência do enfermeiro estar marcada por especificidade de tarefas e por exigir desse profissional um elevado conhecimento técnico-científico associado às boas práticas profissionais, a fim de estar hábil para tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança para a equipe, além de reduzir os riscos para os pacientes. Como principais estressores nesses ambientes para os enfermeiros, podem ser citados: ritmo acelerado de trabalho; insuficiência de recursos materiais e humanos; faltas de trabalhadores; tempo mínimo para realização de tarefas e cumprimento de tarefas burocráticas em detrimento à função assistencial, principalmente quando se trata de casos graves, sem contar as diversas atividades que não são específicas da enfermagem por indefinição dos processos de trabalho. O condicionante ambiente organizacional é fonte de estresse decorrente de pressões para evitar erros ou cumprir prazos, da carga excessiva de tarefas, da

insensibilidade das chefias e dos relacionamentos desagradáveis (ROBBINS, DECENZO, 2004; GARCIA, FUGULIN, 2010).

O estresse no trabalho tem se convertido numa das principais causas de afastamento em vários segmentos laborais. As repercussões desse fenômeno do ponto de vista da perda da produtividade, absenteísmo, perda da qualidade de vida e adoecimento são enormes e de difícil mensuração, por se tratar de risco, muitas vezes, não reconhecido ou não declarado (ANDERZEN, ARNETZ, 2005). Diante disso, o estresse do enfermeiro pode ser reduzido se a instituição oferecer autonomia ao profissional, com respaldo nas decisões tomadas. Os grandes estressores são principalmente o não reconhecimento profissional e os conflitos com a classe médica (BATISTA, BIANCHI, 2006).

Os serviços de urgência/emergência constituem importantes componentes do sistema nacional de saúde, destinados ao atendimento de pacientes com afecções agudas, com ou sem risco de morte, exigindo profissionais preparados para oferecer assistência imediata. Em um contexto de crescente demanda dos serviços de emergência por falta de leitos hospitalares, aumento da expectativa de vida da população e altos índices de criminalidade e acidentes, os enfermeiros das unidades de emergência estão em constante alerta, pois além de desempenharem suas atividades em um ambiente de imprevisibilidades e incertezas, que exige conhecimento, rapidez de raciocínio e prontidão na tomada de decisão, contam com um número insuficiente de pessoal para atender às necessidades permanentes dos pacientes. Associado a outras características, o enfermeiro nesses serviços precisam ter a capacidade de liderança, discernimento, iniciativa, habilidade de ensino, maturidade e estabilidade emocional (WEHBE, GALVÃO, 2001; GARCIA, FUGULIN, 2010).

A maior fonte de satisfação da equipe de enfermagem nas unidades de urgência/emergência está relacionada às intervenções que auxiliam na manutenção da vida humana. Porém os trabalhadores se deparam com diversas fontes de estressores, tais como: número reduzido de trabalhadores, falta de respaldo institucional e profissional, carga de trabalho, necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido, indefinição do papel dos profissionais, descontentamento com o trabalho, falta de experiência por parte dos supervisores, falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão, relacionamento com familiares, ambiente físico da unidade, tecnologia de equipamentos, assistência ao paciente e relacionamento com os familiares (BATISTA, BIANCHI, 2006).

O trabalho quando realizado em condições insalubres e inseguras tem influencia direta sobre o bem estar físico e psíquico do indivíduo (BATISTA, BIANCHI, 2006). O estresse no trabalho ocorre quando o ambiente de trabalho é percebido como uma ameaça, repercutindo

no plano pessoal e profissional, diante de demandas maiores que sua capacidade de enfrentamento (MARTINS *et al.*, 2000). As unidades de atendimento de urgência/emergência possuem características que qualificariam os enfermeiros destas como os mais estressados. Não há dados conclusivos disso, mas a profissão de enfermeiro, independente do foco de atuação, já se configura como uma atividade estressante (BATISTA, BIANCHI, 2006).

Além disso, os enfermeiros que trabalham com urgência/emergência lidam, em geral, com todas as especialidades e categorias profissionais, experimentando a impotência diante de situações que, sozinhos, não podem resolver. Os enfermeiros são duramente mais atingidos por estarem diretamente envolvidos com o cuidado, com a gerência de recursos e do processo de trabalho da equipe de enfermagem, associado ao fato de serem também intermediários entre a família e a equipe de atendimento (ALVES, RAMOS, PENNA, 2005).

O absenteísmo-doença no hospital é um fenômeno de importância crescente, diante do enxugamento dos quadros de pessoal e implica não só nos custos diretos (auxílio-doença), como também nos custos indiretos, difíceis de ser mensurados. E ainda, leva à desorganização do trabalho em equipe, alterações na qualidade e quantidade da assistência prestada ao paciente, sobrecarga de trabalho, efeitos negativos na moral dos trabalhadores e problemas administrativos (ALVES, GODOY, 2001; CARVALHO, 2014).

A identificação dos profissionais da equipe de enfermagem que apresentam maiores índices de absenteísmo facilita as atividades de gerentes e líderes de equipe ao formularem estratégias para diminuição ou eliminação desse problema (APPOLINÁRIO, 2008). As mudanças no processo de trabalho, apesar de urgentes, necessárias e, muitas vezes morosas têm levado trabalhadores, ao longo dos anos, a assumirem posturas defensivas em face das condições inadequadas e insatisfatórias, tais como ausências do trabalho por falta ou licenças médicas, que afetam a eles próprios e às organizações, comprometendo os resultados finais da produção (ALVES, GODOY, 2001).

Percebendo que a natureza das relações pessoais e hierárquicas podem refletir no incremento do absenteísmo-doença, as principais propostas para redução do mesmo são: implementação de estratégias gerenciais que envolvam conversas, mesmo que informais, para informar os problemas reais dos trabalhadores; melhora do relacionamento com a chefia; busca conjunta de novas estratégias para redução do absenteísmo, realização de reuniões periódicas e uso de recompensas ao trabalhador que se destaca, com bonificações e premiações por folgas ou preferência na escolha de férias (APPOLINÁRIO, 2008). E, ainda, comunicação efetiva entre os membros da equipe, capacitação para o exercício das atividades e desenvolvimento pessoal, sistema de apoio para os trabalhadores, escuta qualificada de

forma contínua e reconhecimento do valor de cada trabalhador com reestruturação do processo de produção com maior autonomia.

Entendendo a organização hospitalar como um sistema complexo dotado de subsistemas que se inter-relacionam continuamente, o trabalhador é percebido, em alguns momentos, como um fator de produção, sendo suas potencialidades e necessidades negligenciadas a todo o momento (APPOLINÁRIO, 2008). A gerência tem um papel essencial no reconhecimento das necessidades e potencialidades dos trabalhadores como uma das possibilidades de entender os motivos de absenteísmo e de evitá-los, desde que se estabeleça um sistema adequado de prevenção de adoecimentos relacionados ou não ao trabalho. A gerência necessita, também, do estabelecimento de relações com a Gestão de Pessoas para a definição de políticas adequadas.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inquietação com os índices de absenteísmo da Enfermagem no hospital e seus reflexos para os trabalhadores, a instituição e a assistência aos pacientes foi o motivo desta investigação, que pode oferecer subsídios para que se pense uma política de gestão de pessoas com foco nos cuidadores. Não é simples nem fácil, mas possível, e um ponto de partida pode ser a identificação dos motivos que levam os trabalhadores da enfermagem a se ausentar do trabalho por meio de licenças médicas. Esse estudo buscou o aprofundamento sobre o absenteísmo-doença na equipe de enfermagem, no intuito de melhorar o entendimento do fenômeno e de propor alternativas viáveis no cotidiano de trabalho para minimizar o impacto do mesmo. O tema pode ser visto como contemporâneo e complexo, uma vez que é muito dinâmico e multifatorial, estando associado a fatores laborais, individuais e institucionais.

Foi observado que o predomínio dos trabalhadores afastados da equipe de enfermagem por licenças médicas ocorreu entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, do sexo feminino, entre 31 a 40 anos, com um tempo de trabalho na instituição de 4 a 5 anos e com vínculo empregatício de estatutário. A maioria está lotada nos setores de Clínica Médica, Sala de Emergência Adulto, Cuidado Intermediário Neonatal e CTI. Esse aprofundamento consiste em uma busca permanente pela identificação das causas do absenteísmo-doença, sendo fundamentais para criação de medidas preventivas que visem à redução dos afastamentos, bem como proporcionem melhor qualidade de vida no trabalho para os trabalhadores.

A hipótese levantada de que os IA's nos setores da urgência/emergência fossem mais elevados do que nos demais setores assistenciais do hospital pode ser considerada aceita para a categoria de enfermeiros. Em relação aos auxiliares/técnicos de enfermagem, não houve diferença significativa entre os IA's dos setores ligados ou não ao atendimento de urgência/emergência. Isso pode ser relacionado à maior especificidade das tarefas, responsabilidade e agilidade necessária para a atuação do enfermeiro que lida diretamente com situações que demandam assistência imediata, associado ao fato de que em hospitais públicos de emergência vivenciam constantemente problemas com superlotação, escassez de recursos físicos, humanos e materiais, além de sobrecarga de trabalho.

A presente pesquisa apresentou limitações que ocorreram pelo fato da impossibilidade de identificação dos sujeitos da população estudada e de suas características sócio-demográficas-sociais por parte da pesquisadora. Logo, não foi possível utilizar testes estatísticos mais adequados para esse tipo de pesquisa, como por exemplo o qui-quadrado,

risco relativo, dentre outros. Outra limitação percebida foi o fato do estudo contemplar apenas o ano de 2013, podendo ser amplificado se fosse estudado um intervalo maior de tempo que permitisse comparação do fenômeno em vários anos. Além disso, por se tratar de um estudo de caso, houve a descrição do absenteísmo apenas na instituição em questão, sendo que a realidade observada no estudo não pode ser passível de generalização para qualquer instituição hospitalar. Com isso, outros estudos sobre o tema merecem ser incentivados a fim de melhorar o entendimento sobre o tema para elaboração de propostas de minimização da ocorrência do mesmo. Portanto, pode-se sugerir também estudos de natureza qualitativa para aprofundar sobre os verdadeiros motivos que levam o trabalhador a se ausentar do trabalho e os principais fatores associados.

A necessidade de implementação de medidas efetivas para prevenção e minimização dos danos causados à saúde do trabalhador se torna clara pela presença de alto índice de absenteísmo e afastamento de mais de 80% da equipe de enfermagem, com maior ocorrência para licenças saúde de curta duração, que podem estar mais relacionadas com insatisfação do que doenças propriamente ditas. Os resultados obtidos com esse estudo serão capazes de fornecer subsídios aos administradores e gestores para que sejam elaboradas políticas com a finalidade de garantir a promoção e acompanhamento da saúde dos trabalhadores. Porém deve haver uma monitorização e avaliação sistemática desse evento, bem como o aperfeiçoamento de Políticas de Gestão de Pessoas, sendo pertinente a criação de indicadores para acompanhamento.

Com base nos resultados obtidos, algumas propostas foram sugeridas para implantação na instituição em estudo e até mesmo em outros serviços de saúde, considerando sua natureza e a similaridade com outros hospitais, tais como:

- Realização de perícia médica para todos os atestados médicos gerados e entregues na GSAT, para aferição da morbidade apresentada e como medida de promoção da saúde;
- Melhoria nos registros das licenças médicas a fim de aprimorar os registros dos afastamentos;
- Acompanhamento da ocorrência das licenças médicas com posterior divulgação de estatísticas mensais e anuais nos setores assistenciais;
- Criação de indicadores de índices de absenteísmo e de outros indicadores gerenciais;
- Incentivo aos estudos sobre absenteísmo a serem realizados na instituição;
- Busca ativa por parte da GSAT de condições insalubres nos diversos setores da instituição como medida de saúde do trabalhador;

- Realização de medidas de prevenção para problemas osteomusculares, como atividades de fortalecimento muscular e incentivo às boas práticas ergonômicas;
- Criação de um canal de comunicação aberto para discussão sobre satisfação/insatisfação com o ambiente de trabalho;
- Realização de reuniões frequentes de equipes em cada setor com a chefia direta para escuta dos trabalhadores e encaminhamento de sugestões;
- Implementação de rodas de conversas, mesmo que informais, para relatar os problemas reais dos trabalhadores e promover melhora do relacionamento com a chefia imediata;
- Criação de parcerias da instituição com academias, convênios, clubes, cinemas, casas de shows que promovam descontos para os funcionários, no intuito de propiciar momentos de lazer e descontração no ambiente extra laboral;
- Criação de recompensas ao funcionário que se destaca, com bonificações e premiações por folga ou preferência na escolha de férias;
- Pagamento do abono de urgência/emergência proporcional ao número de faltas e licenças médicas.

Essas sugestões foram dadas por parte dos trabalhadores e coletadas durante a rotina de trabalho de maneira informal. Portanto, elas devem ser analisadas com cautela quanto a sua viabilidade no que se refere à realidade institucional, uma vez que podem gerar soluções paliativas para o problema, além de incentivar o presenteísmo dos trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, R. M. D. de; SIMÕES, A. L. A. Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino. **Cienc Cuid Saude**; 8(4):637-44, 2009.
- AKYEAMPONG, E. *Work absence rates: 1987 to 1998. Catalogue N° 71-535-MPB99019, N° 10. Ottawa, Ontario, Canada. Statistics Canada.* 1999.
- ALVES, M. O absentismo do pessoal de enfermagem nos hospitais. **Rev Gaúcha Enferm**; 15(1-2): 71-5, 1994.
- ALVES, M.; GODOY, S.C.B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absentismo-doença em um hospital universitário. **Rev Min Enferm**;5(1): 73-81, 2001.
- ALVES, M.; GODOY, S.C.B.; SANTANA, D.M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev Bras Enferm**; 59(2):195-200, 2006.
- ALVES, M., RAMOS, F. R. S., PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto Contexto Enferm**; 14(3): 323-31, 2005.
- ANDERZEN, I.; ARNETZ, B. B. *The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers and organization productivity.* **Journal of Occupational and Environmental Medicine**; 47(7): 671-82, 2005.
- ANDRADE, T. B. *et al.* Prevalência de absentismo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica**; 18(4): 166-71, 2008.
- APPOLINÁRIO, R.S. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. **Rev Enferm UERJ**; 16(1): 83-7, 2008.
- BARBOZA, D. B.; SOLER, Z.A.S.G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrência com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev Latino-am Enferm**; 11(2): 177-83, 2003.
- BATISTA, K. M., BIANCHI, E. R. F. Estresse. do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev Latino-am Enferm**; 14(4): 534-9, 2006. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a10.pdf). Acesso em: 31 de Agosto de 2014.
- BECKER, S.G.; OLIVEIRA, M. L. C. Estudo do absentismo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Rev Latino-am Enferm (on line)**; 16(1): n. esp., 2008. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em: 10 de julho de 2013.
- BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**; 5(1): 75-81, 1997.
- BELO HORIZONTE. Câmara Municipal de Belo Horizonte. **Portaria nº 11.824 de 29 de Junho de 2009.** Estabelece o procedimento para concessão da licença para tratamento de saúde. Belo Horizonte, 08 jul. 2009. Disponível em:

<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=999927>. Acesso em: 10 de Outubro de 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Hospital Municipal Odilon Behrens**. Minas Gerais, 2010. Disponível em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=hob&tax=21692&lang=pt\\_BR&pg=8542&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=hob&tax=21692&lang=pt_BR&pg=8542&taxp=0&). Acesso em: 04 de Setembro de 2013.

BIANCO, R. P. R. **Lesões por esforços repetitivos ou distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho**. In: CARVALHO, G. M. *Enfermagem do Trabalho*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p.173-184.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**; 25(7): 1439-54; 2009.

BORBA, V. R.; LISBOA, T.C. **Teoria geral da administração hospitalar**: estruturação e evolução do processo de gestão hospitalar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006. 240p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_relacionadas\\_trabalho1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf). Acesso em 14 de Setembro de 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1.658, de 13 de Dezembro de 2002**. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Dispõe sobre aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisas com seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria TEM nº 485, de 11 de novembro de 2005**. NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 de nov 2005. Disponível em: [http://www.mte.gov.br/legislação/normas\\_regulamentadoras/nr\\_32.pdf](http://www.mte.gov.br/legislação/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf). Acesso em: 28 de Novembro de 2013.

CARNEIRO, T.M.; FAGUNDES, N.C. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva em hospital universitário. **Rev Enferm UERJ**; 20(1): 84-9, 2012.

CARVALHO, G. M. **Absenteísmo e presenteísmo**. In: CARVALHO, G. M. *Enfermagem do Trabalho*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p.193-8.

CARVALHO, L. S. F. *et al.* Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**; 9(1): 60-6, 2010.

CASTRO, I., BERNARDINO, E., RIBEIRO, E. L. Z. Absenteísmo na enfermagem em UTI neonatal: perfil do profissional e motivos das ausências. **Cogitare Enferm**; 13(3): 374-9, 2008.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**: o capital humano das organizações. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2004. 515p.

CODO, W. O sujeito trabalhador apesar de seu trabalho? Um exame dos escritos de Cristophe Dejours. **Saúde mental e trabalho**; 1(1): 43-55, 2000.

CROUT, L. A.; CHANG, E.; CIOFFI, J. *Why do registered nurses work when ill?* **JONA**; 35(1): 23-8, 2005.

COSTA *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm**; 18(4): 661-9, 2009.

COSTA, F. M. da; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. de. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**; 62(1): 38-44, 2009.

CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Ausências na equipe de enfermagem em unidades de clínica médico-cirúrgica de um hospital filantrópico. **Acta Paul Enferm**; 21(3): 454-9, 2008.

DEDECCA, C.S. O trabalho no setor saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, 22(2): 87-103, 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>; <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 de Novembro de 2013.

ELIAS, M. A., NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-am. Enferm**; 14(4): n. esp., 2006.

ESTORCE, T. P.; KURCGANT, P. Licença médica e gerenciamento de pessoal de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; 45(5): 1199-205, 2011.

EVANGELOS, C. A. *et al.* *Knee and low back complaints in professional hospital nurses: occurrence, chronicity, care seeking and absenteeism.* **Work**; 38: 329-35, 2011.

EVANGELOS, C. A., BURDORF, A., KALOKERINOU, A. *A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel.* **Int Arch Occup Environ Health**; 79: 82-8, 2006.

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**; 25(3): 378-85, 2012.

FARIA, A. C. de; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arq Ciênc Saúde**; 12(1):14-20, 2005.

FERNANDES, R. L. *et al.* Absenteísmo em hospital filantrópico de médio porte. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**; 32(1): 3-14, 2011.

FERREIRA, E.V. *et al.* Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do estado de Pernambuco. **Rev Rene**; 12(4): 742-9, 2011.

FERREIRA, R.C. *et al.* Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Rev Saúde Pública**; 46(2): 259-68, 2012.

FISCHER, F. M. ; MORENO, C. R. C.; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 28ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010. 295p.

GARCIA, E. A., FUGULIN, F. M. T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência. **Rev Esc Enferm USP**; 44(4): 1032-8, 2010. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em: 01 de Setembro de 2014.

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

GENEVAY, S. *et al.* *Work related characteristics of back and neck pain among employees of a Swiss University Hospital*. **Joint Bone Spine**; 78: 392-7, 2011.

GEOVANINI, T. *et al.* **História de Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 205p.

GIOMO, D.B. *et al.* Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Rev Enferm UERJ**; 17(1): 24-9, 2009.

GODOY, S. C. B. **Absenteísmo-doença entre trabalhadores de um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado) pela Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2001.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação científica à pesquisa em saúde**. 2ª ed. Porto Alegre: Da Casa, 2000. 180p.

GOMES, A.R. *et al.* Absenteísmo de enfermagem em hospital público universitário. **Rev Inst Ciênc Saúde**; 25(3):213-9, 2007.

GOMES, E. L. R. *et al.* Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. *In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997. p.229-250.

HAAG, G.S.; LOPES, H.J.M.; SCHUCK, J.S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2ª ed. Goiânia: AB, 2001.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P. da. Absenteísmo em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. **Cienc Cuid Saude**; 7(1): 11-7, 2008.

INOUE, K. C. *et al.* Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**; 61(2): 209-14, 2008.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Rev Bras Enferm**; 59(n. esp.): 403-10, 2006.

KURCGANT, P. *et al.* **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011. 196p.

LAUS, A. M.; ANSELMINI, M. L. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escolar. **Rev Esc Enferm USP**; 42(4):681-9, 2008.

LAUTERT, L.; PAI, D. P. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde dos profissionais de enfermagem. **Rev Latino-am Enferm (on line)**; 16(3), n. esp., 2008. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acessado em: 24 de Agosto de 2014.

LIMA, A. F. C.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev Bras Enferm**; 62(2): 234-9; 2009.

LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. **Rev Bras Enferm**; 56(1): 12-7; 2003.

LUNARDI, V. L. **História de enfermagem: rupturas e continuidades**. Pelotas: Universitária, 1998. 74p.

MARRAS, J. P. **Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico**. São Paulo: Futura, 2000.

MARTINATO, M.C.N.B. *et al.* Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**; 31(1): 160-6, 2010.

MARTINS, L. M. M. *et al.* Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós graduação. **Rev Esc Enferm USP**; 34(1): 52-8, 2000.

MARTINS, P.F. *et al.* Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. **Rev Bras Saúde Ocup**, São Paulo, 34(120): 172-8, 2009.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 8ª ed. São Paulo: Difusão Editorial, 1982.

MATSUSHITA, M. S.; ADAMI, N. P.; CARMAGNANI, M. I. S. Dimensionamento do pessoal de enfermagem nas unidades de internação do Hospital São Paulo. **Acta Paul Enferm**; 18(1):9-19; 2005.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. 1832p.

MELO, M. C. M. de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. 94p.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MESA, M. F. R.; KAEMPFER, R. A. M. *30 años de estudio sobre ausentismo laboral em Chile: una perspectiva por tipos de empresa*. **Rev Med Chile**; 132(9): 1100-8, 2004.

MININEL, V. A. *et al.* Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Rev Latino-am. Enfermagem**; 21(6): 129-7, 2013. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em: 01 de Julho de 2014.

MOHSENI-BANDPEI, M. *et al.* *Occupational back pain in Iranian nurses: an epidemiological study.* **British Journal of Nursisng**; 15(17): 914-7, 2006.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** São Paulo: Atlas, 2005. 380p.

MOTTA, V. **Bioestatística.** 2ª ed. Caxias do Sul: Educs, 2006. 190p.

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M.; CHAVES, E. H. B. O serviço de enfermagem hospitalar – apresentando este gigante silencioso. **Rev Bras Enferm**; 54(3): 482-93, 2001.

NAVARRO, V. L. ; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**; 19(n. esp.): 14-20, 2007.

O'BRIEN-PALLAS *et al.* *Work-related disability in Canadian Nurses.* **Journal of Nursing Scholarship**; 36(4): 352-7, 2004.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGUETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev Enferm UERJ**; 14(2): 292-300, 2006.

PAIXÃO, W. **Páginas da história da enfermagem.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1963. 149p.

PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ, C. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviço. **Saúde Soc**; 19(2), 371-83, 2010.

POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. **Rev Med Minas Gerais**; 17(1/2 Supl 4): 260-8, 2007.

PRIMO, G. M. G. **O perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em um hospital público universitário.** Dissertação (Mestrado) pela Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. 110p. 2008.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. **Rev Med Minas Gerais**; 20(2 Supl 2): S47-58, 2010.

REIS, R.J. *et al.* Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev Saúde Pública**; 37(5): 616-23, 2003.

- RIBOLDI, C. O. **Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. 68p. 2008.
- ROBBINS, S. P.; DECENSO, D. A. **Fundamentos de administração: conceitos essenciais e aplicações**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- SALERNO, V. L. **Doenças relacionadas com o trabalho**. In: CARVALHO, G. M. Enfermagem do trabalho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p.161-171.
- SANCINETTI, T.R. *et al.* Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev Esc Enferm USP**; 43(2): 1277-83, 2009.
- \_\_\_\_\_. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev Esc Enferm USP**; 45(4): 1007-12, 2011.
- SANTOS, J. P.; MATOS, A. P. Absenteísmo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Bras Saúde Ocup**; 35(121): 148-56, 2010.
- SILVA, D. M. P. P.da; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Latino-am. Enferm**; 8(5): 44-51, 2000.
- \_\_\_\_\_. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 5(Supl.): 166-72, 2006.
- SILVA, L. G. *et al.* Absenteísmo por doença de trabalhadores de enfermagem em um hospital público de média complexidade. **Terra e Cultura**; 55(28): 13-21, 2012.
- SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino-am. Enferm**; 11(5): 593-600, 2003.
- TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 696p.
- UMANN, J. *et al.* Absenteísmo na equipe de enfermagem do contexto hospitalar. **Cienc Cuid Saude**; 10(1): 184-90, 2011.
- UMANN, J.; GUIDO, L. A.; FREITAS, E. O. Produção de conhecimento sobre saúde e doença na equipe de enfermagem na assistência hospitalar. **Cienc Cuid Saude**; 10(1): 162-8, 2011.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005, 212p.
- VILELA, N. B.; VIDAL, S.V. A equipe de enfermagem de um hospital e a síndrome de Burnout: relação perigosa. **Rev Pesq: Cuid Fundam (on line)**; 2(4):1275-85, 2010.
- WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev Latino-am. Enfermagem**; 9(2): 86-90, 2001.

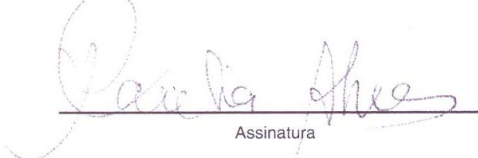
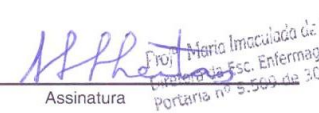
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID – 10, Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** (tradução: Centro colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português). 8ª ed. 10ª ver. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2000.

## ANEXO A - Folha de rosto do cadastro na Plataforma Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

### FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: MOTIVOS DE ABSENTEÍSMO DOENÇA NA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO		2. Número de Participantes da Pesquisa: 1.100	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: MARILIA ALVES			
6. CPF: 277.603.246-34		7. Endereço (Rua, n.º): TEIXEIRA DE FREITAS 140 SANTO ANTONIO 302 BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 30350180	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (31) 3344-0961	10. Outro Telefone:
		11. Email: marilix@enf.ufmg.br	
12. Cargo: <i>Professora Titular UFMG</i>			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>02</u> / <u>10</u> / <u>13</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Universidade Federal de Minas Gerais		14. CNPJ: 17.217.985/0046-06	15. Unidade/Órgão: PRO REITORIA DE PESQUISA
16. Telefone:		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>MARIA IMACULADA DE F. FREITAS</u>		CPF: <u>221.813.346-68</u>	
Cargo/Função: <u>DIRETORA</u>			
Data: <u>17</u> / <u>10</u> / <u>2013</u>		 Assinatura <div style="font-size: small; margin-top: 5px;">             Prof.ª Maria Imaculada de F. Freitas              Universidade Esc. Enfermagem/UFMG              Portaria nº 5.569 de 30/03/2010           </div>	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

**ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

**Projeto: CAAE –22989813.8.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Marília Alves  
Departamento de Enfermagem Aplicada  
Escola de Enfermagem- UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 18 de dezembro de 2013, o projeto de pesquisa intitulado "**Motivos de absenteísmo doença na equipe de enfermagem em um hospital público**".

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Profa. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**

**ANEXO C - Carta de anuência institucional do HMOB**

Belo Horizonte, 14 de Outubro de 2013.

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****Carta de Anuência Institucional**

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado "Motivos de Absenteísmo Doença na Equipe de Enfermagem em um Hospital Público", sob a responsabilidade da pesquisadora Marília Alves, CPF 277.603.246-34, a ser executado na Unidade de Emergência do Hospital Municipal Odilon Behrens.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar. Autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e do Comitê de Ética do Hospital Municipal Odilon Behrens.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Lúcia de Fátima Amorim", is written over a horizontal line.

Lúcia de Fátima Amorim  
Coordenadora do CEP/HOB

## ANEXO D - Parecer consubstanciado do CEP – UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MOTIVOS DE ABSENTEÍSMO DOENÇA NA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO

**Pesquisador:** MARILIA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22969613.8.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 501.116

**Data da Relatoria:** 13/11/2013

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental contemporânea, retrospectiva, com abordagem quantitativa, de caráter transversal que tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre o absentismo-doença da equipe de enfermagem de um hospital público. Será utilizada a estratégia de Estudo de Caso, de caráter típico e representativo, em que o cenário escolhido é o Hospital Municipal Odilon Behrens. Será feita análise dos índices de absentismo-doença da equipe de enfermagem pormenorizando estas taxas por setor, por agravo e pelo cálculo dos custos gerados. Os dados serão obtidos de banco de dados secundário anonimizado no setor de Gerência de Saúde do Trabalhador (GSAT). Serão incluídas informações sobre a equipe de enfermagem do quadro permanente da instituição independente do vínculo empregatício de 1 de janeiro de 2013 até 31 de dezembro de 2013.

Parte-se da hipótese que os setores que lidam com o atendimento de urgência emergência apresentam taxas maiores de absentismo-doença que os demais setores do hospital.

## Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar os índices de absentismo-doença da equipe de enfermagem de um hospital público de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - 2ª Ad. S/N 3005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4522 E-mail: cep@orgo.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 201.116

Belo Horizonte, com enfoque nos agravos e nos custos gerados para a Instituição. Objetivo Secundário:

Determinar o índice de absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de um hospital público no ano de 2013. Identificar o absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de cada setor assistencial na Instituição em questão.

Identificar os principais motivos do absenteísmo-doença da equipe de enfermagem, por setor do hospital, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID).

Calcular o tempo perdido de trabalho ocasionado por problemas de saúde da equipe de enfermagem.

Calcular os custos gerados em função do absenteísmo-doença para a Instituição no período citado.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Os possíveis riscos relacionados à pesquisa se referem ao constrangimento dos colaboradores com a possível exposição dos dados do absenteísmo e agravos relacionados ao seu setor, mesmo sendo garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados de maneira que haja proteção em relação à privacidade do sujeito.

##### **Benefícios:**

Os possíveis benefícios gerados com a pesquisa se referem ao fornecimento de informações que podem ser utilizadas para a melhoria das condições de trabalho da Instituição, além de possibilitar ações direcionadas para a redução do absenteísmo-doença do hospital.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa é meritório, está metodologicamente bem construído e respeita o sujeito de pesquisa. Além disto ele aportará uma contribuição importante para o planejamento de ações de prevenção de agravos de saúde no trabalho.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1- Apresentou folha de rosto devidamente preenchida e assinada pela diretora da escola de enfermagem da UFMG
- 2- Apresentou Parecer consubstanciado aprovado pela câmara do Departamento em 14/10/2013.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - 2ª Ad. Sl. 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)2409-4522 E-mail: ccep@prop.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 501.118

- 3- Apresentou Concordância o Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Odilon Behrens 4- Apresentou Anuência das Unidades Funcionais onde será realizado o projeto  
5- Não apresentou TCLE e apresentou termo de dispensa de TCLE justificando tratar-se de pesquisa documental em banco de dados secundário do GSAT do hospital onde será realizado o estudo, garantindo o anonimato e o sigilo das Informações Individuais.  
6- Apresentou Roteiro dos dados a serem coletados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sou, S.M.J. pela aprovação do projeto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 19 de Dezembro de 2013

---

Assinador por:  
Maria Teresa Marques Amaral  
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - 2ª Ad. Sl. 2008  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4522 E-mail: conep@orgs.ufmg.br

## ANEXO E - Parecer consubstanciado do CEP – HMOB

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON  
BEHRENS-MG



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** MOTIVOS DE ABSENTISMO DOENÇA NA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO

**Pesquisador:** MARILIA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22989613.8.3001.5129

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 604.621-0

**Data da Relatoria:** 13/03/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental contemporânea, retrospectiva, com abordagem quantitativa, de caráter transversal que tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre o absentismo da equipe de enfermagem de um hospital público. Será utilizada a estratégia de Estudo de Caso, de caráter típico e representativo, em que o cenário escolhido é o Hospital Municipal Odilon Behrens. Será realizada análise dos índices de absentismo-doença da equipe de enfermagem pormenorizando estas taxas por setor, por agravo e pelo cálculo dos custos gerados. Os dados serão obtidos de banco de dados secundário anonimizado no setor de Gerência de Saúde do Trabalhador (GSAT). Serão incluídas informações sobre a equipe de enfermagem do quadro permanente da instituição independente do vínculo empregatício de 1 de janeiro de 2013 até 31 de dezembro de 2013.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar os índices de absentismo-doença da equipe de enfermagem de um hospital público de Belo Horizonte, com enfoque nos agravos e nos custos gerados para a instituição.

**Objetivo Secundário:**

Endereço: Rua Formiga 50 Sala 106  
Bairro: São Cristóvão Cep: 31.110-420  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-6120 E-mail: cepob@gmail.com

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON  
BEHRENS-MG



Continuação do Parecer: 854.821-0

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Constrangimento dos colaboradores com a possível exposição dos dados do absentismo e agravos relacionados ao seu setor.

**Benefícios:** Apropriação de informações que podem ser utilizadas para a melhoria das condições de trabalho da instituição, além de possibilitar ações direcionadas para a redução do absentismo-doença do hospital.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O trabalho apresenta relevância científica pois pretende analisar os índices de absentismo doença da equipe de enfermagem com enfoque nos agravos e custos gerados para a instituição. O melhor entendimento sobre o absentismo pode desencadear a criação de ferramentas de gestão e a elaboração de políticas institucionais que contemplem a melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida do trabalhador. Está metodologicamente bem construído e respeita o sujeito da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou folha de rosto devidamente preenchida e assinada pela diretora da escola de enfermagem da UFMG

Apresentou Parecer consubstanciado aprovado pela câmara do Departamento em 14/10/2013. Apresentou Concordância o Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Odilon Behrens. Apresentou Anuência das Unidades Funcionais onde será realizado o projeto.

Não apresentou TCLE e apresentou termo de dispensa de TCLE justificando tratar-se de pesquisa documental em banco de dados secundário do GSAT do hospital onde será realizado o estudo, garantindo o anonimato e o sigilo das informações individuais.

Apresentou Roteiro dos dados a serem coletados.

**Recomendações:**

Adequar cronograma de execução.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem impedimento ético para sua realização.

Endereço: Rua Formiga 50 Sala 108  
Bairro: São Cristóvão Cep: 31.110-430  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-8120 E-mail: ceprob@gmail.com

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON  
BEHRENS-MG



Continuação do Parecer: 604.621-0

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELO HORIZONTE, 12 de Abril de 2014

---

Assinador por:  
Lúcia de Fátima Pais de Amorim  
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 604621 gerado na data 21/03/2014 11:29:40, onde o número CAAE foi alterado de 22989813.8.0000.5149 para 22989813.8.3001.5129.

Endereço: Rua Formiga 50 Sala 105  
Bairro: São Cristóvão CEP: 31.110-430  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-6120 E-mail: cephob@gmail.com