

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Richardson Warley Siqueira Luzia

**ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA: Estudo de Caso de Unidades de  
Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica de um Hospital Público**

Belo Horizonte  
2020

Richardson Warley Siqueira Luzia

**ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA: Estudo de Caso de Unidades de  
Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica de um Hospital Público**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.  
Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais de Saúde.

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

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Mascarenhas Alemão

Belo Horizonte  
2020

Luzia, Richardson Warley Siqueira.  
L979a Absenteísmo por motivo de doença: estudo de caso de Unidades de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica de um hospital público [manuscrito]. / Richardson Warley Siqueira Luzia. - - Belo Horizonte: 2020.  
92.: il.  
Orientador (a): Adriane Vieira.  
Coorientador (a): Márcia Mascarenhas Alemão.  
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Absenteísmo. 2. Pessoal de Saúde. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Hospitais Públicos. 5. Unidades de Terapia Intensiva. 6. Fatores de Risco. 7. Licença Médica. 8. Dissertação Acadêmica. I. Vieira, Adriane. II. Alemão, Márcia Mascarenhas. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WX 159

**ATA DE NÚMERO 19 (DEZENOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO RICHARDSON WARLEY SIQUEIRA LUZIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.**

Aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de março de dois mil e vinte, às 15:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação “ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA: ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA E PEDIÁTRICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS”, do aluno **Richardson Warley Siqueira Luzia**, candidato ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa “Tecnologias Gerenciais em Saúde”. A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Adriane Vieira, Márcia Mascarenhas Alemão, Karla Rona da Silva e Marília Alves, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- (x) *APROVADO*;  
( ) *APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO*;  
( ) *REPROVADO*.

A Comissão Examinadora recomendou a mudança do título para “ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA: ESTUDO DE CASO DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA E PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO”.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

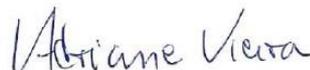
Belo Horizonte, 25 de março de 2020.

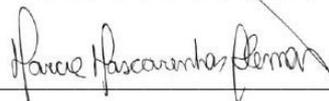
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adriane Vieira  
Orientadora (UFMG)

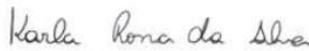
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Márcia Mascarenhas Alemão  
Coorientadora (UFMG)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Karla Rona da Silva  
Membro Titular (UFMG)  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marília Alves  
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes  
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação











Aos profissionais do hospital HEA e, em especial, àqueles das unidades de terapia intensiva adulto e pediátrica e à instituição onde ocorreu a pesquisa, possibilitando a realização deste estudo, que tem grande importância pessoal e profissional.

Dedico à minha orientadora Adriane Vieira e à coorientadora Márcia Alemão, por acreditarem e confiarem em mim.

Ao Jair Filho, por ser um amigo e mentor especial na dissertação.

À minha filha Lola, aos meus pais Jose Cecílio e Eli Siqueira e familiares, por estarem comigo nos momentos mais difíceis e grandiosos desta jornada.

Aos amigos que participaram desta caminhada, de forma direta e indireta, na vida e no mestrado profissional.

## AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos glorificando e dizendo que tudo na vida vem de Deus. Porque, toda vida é dele e sou muito grato de ser um dos instrumentos de luz, aqui neste mundo, para realizar os seus milagres e trabalhos espirituais que são destinados a cada um de nós. Portanto, meu primeiro agradecimento é para Deus e por toda sua bondade e misericórdia que tem conosco.

Agradeço de forma fundamental a minha filha Lola, que passou os piores e melhores momentos de reconstrução da minha vida comigo, sendo sempre uma balsamo de acolhimento espiritual. Devo muito a ela, por mais que seja apenas uma cachorrinha, seu papel espiritual em minha vida é divino e grandioso.

À minha família, representada pelos meus irmãos Breno e Andrisia, sobrinhos Lucas, Brenda e Enmanuel, cunhados Jean e Paloma.

Em especial, aos meus pais José Cecílio Luzia e Eli Siqueira Luzia, que vieram morar comigo em 2018 e trouxeram alegria e sustentação nos momentos que eu mais precisei.

Toda esta vitória eu dedico e compartilho com vocês, minha família amada.

À minha espetacular orientadora, a prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriane Vieira, que primeiro aceitou realizar a orientação. Eu a considero um ser de luz fantástico, que sempre me acolheu bem quando eu chegava louco e desorientado com meu trabalho e saía em paz após sua orientação. Muito dedicada e correta, com poder científico enorme. Me impulsionou nos momentos difíceis de desenvolvimento da dissertação e, por isso, sou muito grato. Sinto-me orgulhoso de ter sido orientado por você. Não digo que tive uma orientadora, mas sim, uma grande amiga que o mestrado me deu. Espero ter novas parcerias de pesquisa com você.

À minha coorientadora prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Alemão que, por várias situações na instituição onde trabalhamos juntos, foi discutido as formas de se estudar a temática. Dedico a ela as recomendações de se estudar o absenteísmo dentro da instituição. Foi peça fundamental em articular a liberação da minha pesquisa e, para além disso, tem o meu respeito e admiração pela pessoa que é. Chorei por várias vezes com você, devido às dificuldades que a pesquisa e o serviço apresentavam e, sempre otimista, me acolheu e orientou e, por isso, sou grato.

Ao Jair Alves Pereira Filho e toda a sua equipe do setor de Coordenação de Quadros, Carreira e Competências que, além de cumprirem com o auxílio de repassar e construir as informações institucionais da base de dados, foram proativos e resolutivos comigo. Em especial, o Jair, que foi um amigo que o mestrado me aproximou. Sou muito grato aos

apontamentos e considerações sugeridas, analisadas e discutidas para a melhoria desta dissertação. Atualmente, somos colegas de trabalho no novo setor do Núcleo de Estatística e Gestão da Força de Trabalho (NEGFT).

À GSST, a todos os seus representantes desta gerência, por contribuírem para o levantamento dos dados das licenças e no apoio com todo processo da pesquisa.

Aos professores do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, que sem dúvida acrescentaram e contribuíram e muito no meu desenvolvimento profissional e de vida, sou grato pela experiência em sala de aula.

Agradeço em especial, o Davidson Luis B. Lopes, que é, sem dúvida, o coração da organização das informações e apontamentos do curso e do Colegiado de Pós-graduação. Foi um prazer dividir cada reunião e aula com você.

Aos guerreiros de sala que o mestrado me deu para dividir uma vasta experiência profissional de diversos seguimentos da área da saúde. Foi maravilhoso fazer parte da primeira turma com vocês. Agradeço de forma especial aos amigos que ficaram mais próximos no dia a dia, entre grupos e vivências: Cintia, Wesley, Regiane, Renato, Alexandre Sete, Alexandre Andrade e a Isabela. Sou grato por trocar várias experiências de trabalho e de vida com vocês, no longo destes dois anos de mestrado profissional.

Aos amigos que participaram de forma direta nesse trajetória, ao me acolherem nas situações mais difíceis pelas quais passei nestes dois anos de mestrado: Juliana Aquino, Vanessa Tavares, Erica Soares, Rochele Fujimoto, Nadir Ferreira, Fernanda Vassalo, Lais Freire, Massami Taira, Davi Lourenço, Weider Barbosa, Vívian Andrade, Gisele Góes, Renata Lopes, Ana Paula Penna, Leonardo Garrido, Élcio, Mara, Conceição Campos, Andreia Sotero, Roberta Gonçalves, Simone Teodora e Vanuza Bastos Rodrigues. Em especial a Kesya Souza, por ser o presente de Deus, um dia antes da defesa da minha dissertação.

Dedico a todos, sem citar nomes porque são muitos, aos amigos do forró, que sempre me acompanharam nas viagens a Dunas de Itaúnas e dos forrós de Belo Horizonte. Todos estão aqui representados neste agradecimento cheio de carinho que tenho por vocês.

Agradeço a todos da instituição e da Diretoria de Gestão de Pessoas, pela confiança em desenvolver a pesquisa no HEA. A todos os envolvidos no setor e na gestão que favoreceram o objetivo proposto deste estudo. Sou grato de verdade por contribuírem com esta pesquisa.

Como sempre digo, juntos sempre seremos melhores e, por isso, sou grato por tudo e por todos. "Todos devemos ensinar o que sabemos, e aprender, com o que ensinamos sempre".

*Se não fosse o forró  
O que seria de mim,  
Deus meu  
O que seria de mim,  
Deus meu  
O que seria de mim  
É lá que a gente se encontra  
Eu e meu amor  
Quando estou triste, pra baixo  
É pra lá que eu vou  
O forró é minha vida  
É lá que me sinto bem Tem tanta  
gente querida  
Que lugar melhor não tem  
Se não fosse o forró  
O que seria de mim,  
Deus meu  
O que seria de mim,  
Deus meu  
O que seria de mim  
E quando o dia amanhece  
Volto pra casa com meu bem  
Ela me dá um beijinho  
Beijo que só ela tem  
Que vida boa danada  
Desse jeito vou até o fim  
Cantando e dançando forró  
Vou levando a vida assim  
E quando o dia amanhece  
Volto pra casa com meu bem  
Ela me dá um beijinho  
Beijo que só ela tem  
Que vida boa danada  
Desse jeito vou até o fim  
Cantando e dançando forró  
Vou levando a vida assim  
Se não fosse o forró  
O que seria de mim,  
Deus meu  
O que seria de mim,  
Deus meu  
O que seria de mim*

Trio Dona Zefa

## APRESENTAÇÃO

Chegar até aqui, não foi fácil. Ser parte de uma história dentro da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) é um privilégio para poucos. Ser da primeira turma de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde (MPGSS/UFMG), foi indescritível. Toda correria e dedicação, levando e trazendo algo da instituição e do curso, foi gratificante para mim e, atingir o objetivo proposto, deixar um legado, contribuindo com um produto técnico que poderá apontar os caminhos e os direcionamentos para a temática do absentismo institucional, foi maravilhoso. Portanto, inicio minha apresentação descrevendo o meu sentimento com esta pesquisa e com a contribuição que deixarei para a sociedade mineira, para o curso, para a instituição onde exerço as minhas funções.

Minha trajetória profissional na área de saúde do trabalhador se iniciou em 2003, quando formei no curso de técnico de enfermagem e, em seguida, especializei a nível médio como técnico em enfermagem do trabalho. Em 2005, representei Minas Gerais na Terceira conferência Nacional em saúde do Trabalhador, em Brasília, onde a temática foi “Trabalhar sim e adoecer não”. Em 2008, graduei em uma instituição católica de ensino, UNILESTE – MG, com 100% da bolsa do PROUNI. Em 2009, como bolsista na mesma instituição, cursei a pós-graduação em enfermagem do trabalho e, a partir daí, me dediquei às escolas que lecionei e aos trabalhos de consultoria em saúde e segurança do trabalhador, passando por diversas áreas de atuação como: siderurgias (Usiminas e Cenibra); área hospitalar ao prestar serviços como consultor em treinamentos e palestras sobre saúde e segurança do trabalhador; logística (JSL); universidade (Unileste, como técnico, enfermeiro e professor dos cursos técnicos); Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), na rede de ensino para os cursos de técnico em segurança e enfermagem; Colégio Técnico do Leste Mineiro (COLMINAS), nos cursos técnicos de segurança e enfermagem.

Todo esse esforço, gerou o convite de ser o primeiro enfermeiro do trabalho da UNIMED Vale do Aço, onde fiquei entre 2013 a 2014. Toda essa trajetória, me proporcionou o amadurecimento na temática da saúde do trabalhador e me preparou no longo desses anos, possibilitando um olhar diferenciado sobre o tema e a vida no trabalho.

Minha trajetória como servidor público, teve início em 2014, sendo a primeira experiência na administração pública. Fui designado a exercer minhas funções no HEA, onde fiquei entre 2014 a 2017. Nesta trajetória de trabalho no HEA, tive vários desafios, porque o meu papel foi reconstruir e implementar o Núcleo de Saúde e Segurança do Trabalhador nesta

instituição. Por isso, consegui identificar várias situações de gestão, de processos de trabalhos e conviver com adoecimento e sofrimento dos trabalhadores deste hospital.

Neste trajeto de vida no trabalho, conheci a professora Vânia Gouveia, em 2015, a quem relatei algumas possibilidades de parceria entre a UFMG e o Hospital Estadual Alfa (HEA). Nestes encontros de corredor de hospital e da UFMG, ela me informou sobre o Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. A partir daí, passei a monitorar de perto sobre esta possibilidade.

No ano de 2017, consegui realizar meu propósito no HEA. Construir junto a equipe e a GSST, a implementação do serviço no hospital, passando a realizar minhas atividades na rede de atenção aos hospitais psiquiátricos, com o mesmo propósito de construir caminhos entre gestor, o serviço de saúde e a segurança do trabalhador.

Particpei do grupo que criou o programa de agressão aos servidores da instituição e me dediquei ao processo seletivo do mestrado profissional, sendo aprovado em sétimo lugar entre as 10 vagas que o curso ofertou na linha de tecnologias gerenciais em saúde.

No entanto, a vivência e a experiência no exercício profissional como Enfermeiro do Trabalho no estado de Minas Gerais despertaram em mim o interesse em levar conhecimento para a instituição, visando contribuir com os caminhos na gestão dos serviços de saúde, possibilitando a interação do conhecimento científico atrelado ao conhecimento prático vivenciado nos processos de trabalho da área da saúde do trabalhador.

O profissional enfermeiro do trabalho tem um importante papel dentro das organizações, por gerenciar o cuidado com a saúde do trabalhador, possibilitando apontamentos importantes de gestão e promoção em saúde, beneficiando o trabalhador e a instituição.

Por essa razão, acredito na contribuição dos resultados desta pesquisa para o melhor gerenciamento dos serviços de saúde, oferecendo escuta aos funcionários e aos gestores, na tentativa de encontrar alternativas para a organização. Isso, em relação aos processos de trabalho e de gestão que envolvem o absenteísmo, a gestão e as políticas de atenção à saúde do trabalhador na instituição

Em dezembro de 2019, houve um convite da diretoria de gestão e pessoas da instituição para chefiar o Núcleo de Estatística e Gestão da Força de Trabalho, porque, por intermédio do envolvimento da pesquisa, associou-se à indicação de compor o novo setor dentro da instituição, favorecendo a geração de oportunidades para avaliar melhor o absenteísmo institucional.

Assim, considero que a proposta de intervenção entre a universidade e a instituição foi contemplada por esse mestrado profissional em Gestão de Serviço de Saúde da UFMG, na linha de Tecnologias Gerenciais em Saúde. Como profissional, eu me sinto realizado em contribuir com a sociedade acadêmica e com o estado de Minas Gerais, considerando que os esforços do trabalho são para deixar um mundo melhor para aqueles que cuidam das pessoas.

## RESUMO

LUZIA, Richardson Warley Siqueira. **Absenteísmo por motivo de doença:** estudo de caso de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica do estado de Minas Gerais. 2020. 95f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Saúde) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

O hospital é considerado um ambiente insalubre, que possui fatores predisponentes para diversos danos físicos e/ou psíquicos à saúde do trabalhador. A unidade de terapia intensiva (UTI), em especial, requer um nível de atenção elevado, pois os profissionais precisam lidar com as demandas diversas dos pacientes e dos familiares, que podem potencializar o sofrimento, adoecimento e absenteísmo. Por objetivo geral, tem-se, analisar os motivos de absenteísmo de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital público estadual de urgência e emergência, no período entre de 2014 a 2018. Por objetivos específicos: descrever o quantitativo de afastamentos por doenças, por cargo e função no período do período analisado; descrever os fatores do ambiente e das condições de trabalho que favorecem o absenteísmo na visão dos entrevistados; identificar os fatores que geram cansaço e sentimentos positivos e negativos no trabalho na UTI; identificar como os fatores fisiológicos (sono, lazer e atividades físicas) que podem afetar o bem-estar do trabalhador; e identificar os fatores predisponentes do adoecimento. Metodologicamente é um estudo de caso, com a realização de entrevistas e consultas aos bancos de dados, para a busca de informações sobre os afastamentos por adoecimento. Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde pertencentes ao quadro funcional do Hospital Estadual Alfa (HEA): enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e técnicos de enfermagem. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 13 participantes. Os dados quantitativos foram submetidos a análise estatística do tipo descritiva. A análise dos dados qualitativos foi realizada pela técnica de análise de conteúdo, estabelecendo-se como categorias temáticas: ambiente e condições de trabalho; cansaço e desânimo; prazer e realização; sono, lazer e atividade física; fatores predisponentes do adoecimento; consequências do absenteísmo; reação da chefia e colegas ao adoecimento; e motivação para trabalhar no hospital. Os dados revelam o registro de 16.419 dias de falta ao trabalho por licença médica na UTI, no período de 2014 a 2018. A função com maior número de dias de afastamento é a do técnico de enfermagem, o que está associado ao quantitativo desses profissionais nestas unidades. O enfermeiro é a segunda categoria nesse aspecto. A comunicação efetiva entre a equipe e a chefia é um fator que precisa de melhorias nos processos e nos relacionamentos. Em relação ao ambiente e às condições de trabalho, vários condicionantes têm gerado insatisfação. O cansaço está relacionado aos plantões e a quantidade de horas de trabalho ininterrupto. A maioria tem dificuldades para dormir. Nos momentos de folga, aproveitam para ficar com família, restando poucas alternativas de lazer. Várias situações contribuem para o adoecimento, como a sobrecarga de trabalho em função do perfil assistencial do paciente, acúmulo das atividades durante o plantão, mais de um vínculo de trabalho, comunicação entre a equipe multiprofissional, risco biológico e fatores externos como familiares. As reações ao absenteísmo são diversas e ambíguas. A gravidez, ainda é vista como um problema e, o trabalhador que adocece repetidamente é rotulado como pouco produtivo. Considera-se possível e necessário, realizar intervenções que busquem melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador. O produto técnico apresentado é um relatório, que tem como objetivo realizar o diagnóstico do absenteísmo e propor ações que assegurem a saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Absenteísmo, Profissionais da saúde, Saúde do trabalhador, Unidade de Terapia Intensiva.

## ABSTRACT

Luzia, Richardson Warley Siqueira. **Absenteeism due to illness**: a case study based on an adult and pediatric intensive care unit, in the state of Minas Gerais. 2020. 95f. Dissertation (Professional Master in Health Management) - School of Nursing of Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brazil.

The hospital is considered an unhealthy environment, which has predisposing factors for various physical and/or psychological damage to workers' health. The intensive care unit (ICU), in particular, requires a high level of attention, as professionals need to deal with diverse demands from patients and family members, which can enhance the suffering, illness and absenteeism. The general purpose, it is to analyse the reasons for absenteeism of an adult and pediatric intensive care unit of a public hospital emergency, between 2014 and 2018. The specific objectives are: to describe the quantitative of sick leaves, by position and function in the reporting period; to describe the factors of the environment and working conditions that favor absenteeism by the point of view of the interviewees; to identify the factors that generate tiredness, as well as the positive and negative feelings at work in the ICU; to identify how physiological factors (such as sleep, leisure and physical activities) that may affect the worker's well-being; and to identify the predisposing factors of illness. The research methodology, is going to be a study of case with interviews and consultations of the databases, searching information on sick leave. The participants of the research were the health professionals belonging to the staff of the Alfa State Hospital (ASH): nurses, doctors, physiotherapists, psychologists, social workers, pharmacists, nutritionists and nursing technicians. Semi-structured interviews were conducted with 13 participants. Quantitative data was submitted to a Descriptive statistical analysis. The analysis of qualitative data was performed by the technique of content analysis, establishing different thematic categories such as: environment and working conditions; tiredness and discouragement; pleasure and fulfillment; sleep, leisure and physical activity; predisposing factors of the illness; consequences of absenteeism; reaction of the superiors and colleagues to the illness; and motivation to work in the hospital. The data reveal the record of 16,419 days of absence, caused by medical leave in the ICU from 2014 to 2018. The nursing technicians had the highest number of days with absenteeism. The nurses were the second category in that respect. The effective communication between the team and the superiors, is a factor that needs to be improved in process and relationships. In relation to the environment and the working conditions, there are various conditioning factors that have generated dissatisfaction. Tiredness is related to the working shifts and the amount of uninterrupted working hours. Most have difficulty to sleep. In the spare moments, they take the opportunity to stay with family, leaving few leisure alternatives. Several situations contribute to illness, such as the overload of work according to the patient's care profile, accumulation of activities on duty, more than one job at the same time, communication between the multidisciplinary team, biological risk of and external factors such as family members. Reactions to absenteeism are diverse and ambiguous. Pregnancy is still seen as a problem and the worker who falls ill repeatedly, is labeled as unproductive. It should be considered possible and necessary to carry out interventions aimed at improving working conditions and workers' health. This technical product presented, is a report that aims to carry out the diagnosis of the absenteeism and propose actions that ensure the worker's health.

**Keywords:** Absenteeism, Health Professionals, Worker's Health, Intensive Care Unit.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 - Cargos e funções da UTI .....	<b>31</b>
Quadro 2 - Códigos da CID-10 e as respectivas descrições .....	<b>36</b>
Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos servidores da UTI .....	<b>31</b>
Tabela 2 - Modelo de organização de dados da planilha Excel .....	<b>32</b>
Tabela 3 - Perfil profissional dos participantes da pesquisa .....	<b>33</b>
Tabela 4 - Descrição quantitativa das licenças no período de 2014 a 2018 .....	<b>37</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CID	Código Internacional de Doença
COLMINAS	Colégio Técnico do Leste Mineiro
CQCC	Coordenação de Quadros Carreiras e Competências
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
GSST	Gerencia de Saúde e Segurança do Trabalhador
HEA	Hospital Estadual Alfa
MIB	<i>Malash Burnout Inventory</i>
MPGSS	Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde
NEGFT	Núcleo de Estatística e Gestão da Força de Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SAPT	Sistema de Apuração de Ponto
SISAP	Sistema Integrado de Administração de Pessoal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
1.1	Objetivos da pesquisa e justificativa	17
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>19</b>
2.1	Gestão hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	19
2.2	Unidade de terapia intensiva e fatores de adoecimento das equipes	21
2.3	Absenteísmo motivado por doença	23
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA DA PESQUISA</b>	<b>29</b>
3.1	Abordagem e método	29
3.2	Participantes da pesquisa e técnicas de coleta de dados	31
3.3	Técnicas de análise de dados	34
3.4	Questões éticas	35
<b>4</b>	<b>DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<b>36</b>
4.1	Características das licenças no período de 2014 a 2018	36
4.2	O Que dizem os profissionais de saúde	45
4.2.1	Ambiente e condições de trabalho	45
4.2.2	Cansaço e desânimo	47
4.2.3	Prazer e realização	50
4.2.4	Sono, lazer e atividades físicas	51
4.2.5	Fatores predisponentes do adoecimento	54
4.2.6	Consequências do absenteísmo	55
4.2.7	Reação da chefia e colegas ao adoecimento	58
4.2.8	Motivação para trabalhar no hospital	59
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>62</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>65</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Martins (2016), o trabalho humano é orientado pela inteligência e, de forma proposital, altera o estado dos elementos da natureza em busca de uma nova e melhor utilidade. Assim, o trabalho envolve interações complexas entre relações sociais, tecnológicas e humanas.

As relações de produção são construídas a partir de três unidades categóricas essenciais: a natureza, a relação social e o indivíduo. O ser humano não nasce como sujeito, ao contrário, ele se torna um produto dos processos sociais por meio do trabalho, ou seja, da mediação entre subsistência biológica e satisfação humana. O trabalho tem uma influência nos processos de primeira ordem sobre os pensamentos do ser humano e, de segunda ordem, pode deixar de ser um produto da criação do sujeito e se tornar um elemento de alienação, dependendo das condições nas quais ele é planejado e executado. A interação entre homem e o trabalho se constitui em uma relação reflexiva existencial, na qual um não sobrevive sem o outro, ao mesmo tempo, este outro pode provocar situações de ameaças, desenvolvendo possíveis estados de sofrimentos (BRANT; DIAS, 2012).

Segundo Primo, Pinheiro e Sakurai (2010), o hospital apresenta um ambiente insalubre por possuir fatores predisponentes para diversos riscos nas atividades laborativas, sendo um potencial de risco para danos físicos e/ou psíquicos nos trabalhadores. Apontam que um dos fatores que levam ao agravo ocorre por intermédio das condições de trabalho que, conseqüentemente, pode ter reflexo no cuidado ao paciente.

O desenvolvimento das atividades laborativas de uma equipe multiprofissional no ambiente hospitalar é complexo. A unidade de terapia intensiva (UTI), em especial, requer um nível de atenção elevado no que se refere à organização das rotinas e à comunicação entre os membros da equipe. Este setor tem como objetivo oferecer cuidados multiprofissionais a pacientes que apresentam quadros clínicos graves, necessitando monitoramento constante e especializado. Os profissionais devem lidar com as demandas diversas dos pacientes e dos familiares, que podem potencializar o sofrimento profissional. A presença de fatores estressantes pode levar a quadros de somatização, desencadeando afastamentos causados por transtornos mentais, ansiedade e depressão, elevando o índice do absenteísmo (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008).

Para Couto, Vieira e Lima (2007), o estresse é caracterizado pelo desgaste provocado pela exposição prolongada entre a fonte estressora e o indivíduo. Está relacionada com a

capacidade dele em suportar essa fonte de estresse, resultando em diminuição da sua produção. As condições de trabalho ruins e rotinas mal planejadas podem produzir o estresse em uma pessoa, enquanto outras conseguem se manter em situação de neutralidade, não havendo reação de desequilíbrio dinâmico. Desse modo, as pessoas enfrentam situações de desequilíbrio ao tentarem se adaptar ou ajustar ao estresse do ambiente nas quais estão inseridas. Pessoas mais tranquilas e passivas são mais resistentes ao estresse e pessoas mais tensas e agitadas são mais susceptíveis a não resistir a uma fonte ou situação estressora, lesiva ao equilíbrio dinâmico (SMELTZER; BARE, 2006).

No ambiente hospitalar existem variáveis de cunho tecnológico que podem aumentar as demandas de trabalho, de responsabilidade e de complexibilidade da assistência ao paciente, levando os profissionais à fadiga física-crônica, possíveis transtornos psíquicos e doenças crônico-degenerativas (PRIMO, PINHEIRO; SAKURAI, 2010). Estes trabalhadores estão expostos a diversos agentes estressores, dentre eles as longas jornadas de trabalho, o número insuficiente de profissionais na escala, em decorrência das licenças médicas, além da falta de reconhecimento profissional entre outros. A responsabilidade excessiva pela quantidade e variedade das tarefas e a falta de interação entre os colegas de trabalho são outros fatores que tornam o ambiente mais susceptível ao sofrimento e esgotamento (ROSA; CARLOTTO, 2005).

As doenças por transtornos mentais são as responsáveis por um aumento significativo do absenteísmo observado no ambiente hospitalar, contribuindo para o aumento do custo nas instituições hospitalares e impactando diretamente na economia do país. Santana et al. (2016) revela que dados do Ministério da Previdência publicados em 2012, mostram que os quadros de adoecimento por transtornos oneraram os cofres públicos em um montante de R\$ 211 milhões para o pagamento de benefícios previdenciários. Há a estimativa que, em 20 anos, o dano causado por esse agravo alcance um valor em torno de R\$ 16 trilhão (SANTANA *et al.*, 2016).

Considerando esse cenário formula-se a questão de pesquisa: Quais os motivos do absenteísmo de profissionais de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital público estadual de urgência e emergência?

## 1.1 Objetivos da pesquisa e justificativa

O objetivo geral da pesquisa foi analisar os motivos de absenteísmo de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital público estadual de urgência e emergência, no período entre de 2014 a 2018.

Os objetivos específicos foram:

- Descrever o quantitativo de afastamentos por doenças, por cargo e função, no período analisado;
- Descrever os fatores do ambiente e das condições de trabalho que favorecem o absenteísmo na visão dos entrevistados;
- Identificar os fatores que geram cansaço e sentimentos positivos e negativos no trabalho na UTI;
- Identificar como os fatores fisiológicos (sono, lazer e atividades físicas) que podem afetar o bem-estar do trabalhador; e
- Identificar os fatores predisponentes do adoecimento.

Como profissional enfermeiro e especialista em enfermagem do trabalho efetivo da instituição pública, este pesquisador sentia-se inquieto ao exercer as funções e observar que faltava um olhar mais direcionado para gestão do absenteísmo institucional. Desta forma, a motivação em estudar o absenteísmo partiu de uma observação interna que, posteriormente, tornou-se em uma demanda da gestão.

A carreira deste pesquisador na instituição está associada ao monitoramento das ações preventivas e das consequências dos agravos da saúde do trabalhador. Por isso, percebe-se que o tema é relevante para a instituição, visto que a premissa da profissão é cuidar de quem presta os cuidados para a população de Minas Gerais.

Vários autores alegam que o absenteísmo é um fator que agrava a assistência, a gestão e a saúde dos trabalhadores. Isso, motiva o aprofundamento nos estudos sobre o assunto visando a sua identificação e novos caminhos para pesquisas futuras.

A escolha do cenário de investigação ocorreu pelo fato comprovado cientificamente que a equipe multiprofissional vivencia no ambiente da unidade de terapia intensiva sentimentos bons e ruins mediante às rotinas no trato com a perda, a dor e o sofrimento, gerando euforia e frustração (MACEDO, 2011).

Por essa razão, a pesquisa se propôs a estudar o absenteísmo dos profissionais da unidade de terapia intensiva adulto/pediátrico, realizando levantamentos quantitativo descritivo

e, qualitativo, por intermédio de entrevistas na busca de melhor compreensão da unidade de análise.

Vários estudos demonstram que o absenteísmo promove situações que comprometem as organizações. Ele gera situações para o trabalhador como a sobrecarga, problemas de relacionamentos, acúmulo de trabalho, falhas na comunicação e possibilita o agravamento de alguma doença. Na categoria da saúde, principalmente em hospital, as doenças mais prevalentes são as de origem osteomusculares e transtornos mentais.

Assim, este estudo apresenta dados quantitativos referentes às licenças médicas por ano, o Código Internacional de Doença (CID) dos afastamentos e, qualitativamente, os fatores que contribuem para as ausências de acordo com a análise dos relatos.

Por essa razão se justifica este estudo, visto que os resultados obtidos na pesquisa, favoreceu o desenvolvimento de um produto técnico (APÊNDICE D) ou seja, um relatório que poderá orientar a instituição em sua gestão da sua força de trabalho em relação ao absenteísmo.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo, apresenta-se o embasamento teórico, iniciando com conceitos de hospital e gestão hospitalar. Em seguida, a caracterização do trabalho em unidades de terapia intensiva e dos fatores de adoecimento na equipe de saúde. Conclui-se o capítulo com a apresentação dos resultados de pesquisas desenvolvidas no Brasil sobre a temática.

### **2.1 Gestão hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), para a Organização Mundial de Saúde (OMS), hospitais são todos os estabelecimentos que possuem, pelo menos, cinco leitos de internação e que assegurem atendimento básico com serviço de diagnóstico e tratamento. Isso deve ser realizado por uma equipe clínica organizada, com evidências de admissão e assistência permanente realizada pela equipe multiprofissional da saúde.

Para Martins (2016), o hospital é uma parte integrante de uma rede articulada com outros níveis da atenção em saúde e do sistemas de apoio. O objetivo de uma unidade hospitalar é assegurar assistência às demandas agudas e/ou condições crônicas no processo saúde e doença. Portanto, o hospital deve ter densidade tecnológica compatível ao exercício da função.

A organização hospitalar é uma das mais complexas estruturas, devido ao seu perfil multiorganizacional que envolve serviços de: hotelaria, lavanderia, laboratório, farmácia, restaurante, ambulatório, bloco cirúrgico e de governança. Esta estrutura, além da sua nobreza de missão, apresenta uma equipe multiprofissional com o grau elevado de autonomia na assistência ao paciente, sendo um fator decisório no setor de saúde mundial (ALEMÃO; GONÇALVES; DRUMOND, 2013).

Das instituições contemporâneas, o hospital é a que apresenta uma impermeabilidade às mudanças, devido à falta de interação entre as profissões e departamentos, fragmentação da assistência, lotação e dificuldades da gestão sobre as corporações (LORENZETTI et al. 2014).

No Brasil, a partir da constituição de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantiu-se a saúde aos usuários como um direito de todos e um dever do Estado, o que levou a implementação de instituições e serviços públicos de saúde, tendo como premissa a participação popular nos processos gerenciais. Nesta perspectiva, os processos de gestão tornam-se relevantes em relação à participação da sociedade de forma positiva no aspecto estrutural dos desafios da saúde (BRASIL 1990).

O setor hospitalar brasileiro é composto por cerca de 7.400 unidades, totalizando cerca de meio milhão de leitos no país. A estrutura hospitalar é complexa, compreendendo uma multiplicidade de arranjos no financiamento e de estrutura organizacional (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Na prática, as instituições hospitalares agregam inúmeras funções que as caracterizam como organizações complexas no setor da saúde. Por essa razão, têm atravessado um período de transformações no âmbito assistencial, social, de mercado, de ensino e pesquisa e de apoio aos demais serviços, com diretrizes apontando para uma busca maior na inserção na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A implementação e formulação de ações políticas e estratégicas para uma reforma na atenção hospitalar no SUS é, sem dúvida, um dos maiores desafios no cenário de gestão. Não há como não pensar em uma problemática hospitalar de forma isolada. O arranjo é muito amplo, por se tratar de um sistema complexo e exposto a um conjunto de variáveis em que a incorporação tecnológica e a complexidade dos serviços ficam nas cidades de médio e grande porte, além do desequilíbrio regional, favorecendo as regiões do sul e do sudeste do país (BRASIL, 2011).

Santos et al. (2018b) afirmam que há pouca profissionalização da gestão na saúde e, em complemento, um financiamento insuficiente, resultando em prejuízos na qualidade e no acesso da população aos serviços. De acordo com a situação epidemiológica e demográfica de certas regiões do Brasil, esse cenário pode ser mais grave. Outro fator que influencia nos gastos e no financiamento é o perfil de saúde como o envelhecimento populacional, o aumento da longevidade, o aumento dos agravos de doenças crônico-degenerativas, doenças de origem infecto-parasitárias e, também, de causas externas. Além disso, pode ser citado o processo de evolução tecnológica e a sua incorporação nos serviços, gerando maiores custos (BRASIL, 2010).

Monteiro (2012) explica que o hospital apresenta um risco na saúde ocupacional, devido a sua complexidade assistencial, da presença de situações afetuosas entre profissionais e pacientes, que predispõe a um conflito e, até, a uma possível tensão. O hospital apresenta carga excessiva de trabalho e, na UTI, os trabalhadores ainda têm que permanecer sempre em estado de alerta para situações de urgência e demandas imediatas na assistências dos pacientes críticos e graves. Assim, com este contexto, a seção a seguir contextualiza a UTI como setor e os possíveis agravos aos trabalhadores.

## 2.2 Unidade de terapia intensiva e fatores de adoecimento das equipes

A UTI é um ambiente destinado à assistência aos pacientes instáveis e graves. Este setor é considerado de alta complexidade por ter um aparato tecnológico informatizado com alta tecnologia, que são indispensáveis para a assistência (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015).

Bolela e Jericó (2006) caracterizam as UTIs como locais de oferta de cuidados especializados a pacientes internados para observação ou em estado crítico, com necessidades de assistência de controle rigoroso dos parâmetros vitais, de forma contínua e permanente. Este é um ambiente permeado por tecnologias de ponta e que requerem das equipes agilidade nas situações de emergência iminente.

Apesar da estrutura tecnológica avançada e da qualificação da equipe multiprofissional, convive-se com alto índice de mortalidade. Tal fato, aumenta o medo entre os familiares e pacientes pela permanência na UTI, uma vez que relacionam a unidade com morte ou pouca chance de recuperação, resultando em sobrecarga emocional das equipes multiprofissionais (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015; LEMOS; ROSSI, 2002).

O processo de adoecimento de uma pessoa modifica a dinâmica familiar, que acaba demandando mais informações dos entes internados, tanto no aspecto clínico como emocional. As equipes multiprofissionais enfrentam, portanto, intensa e exaustiva jornada de trabalho, contato com a dor e o sofrimento constante, processo de morte e dilemas éticos da profissão (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008).

Condições de trabalho, remuneração baixa e falta de recursos humanos e de materiais são outros fatores estressantes enfrentados pelas equipes, interferindo diretamente nos sentimentos e emoções. O cuidado emocional é uma responsabilidade de todos os membros desse setor, que precisam estar em condições emocionais equilibradas para ter a capacidade de lidar com os familiares e exercer suas funções (BOLELA; JERICÓ, 2006).

Backes, Erdmann e Buscher, (2015) ressaltam que uma equipe multiprofissional deve ter como fundamento básico traçar uma linha de cuidado, buscando harmonia e sintonia nas ações de comunicação com os pacientes e familiares. Assim, a comunicação tem um papel importante na saúde de todos os envolvidos. Segundo Guareschi (2007), a comunicação pode ser entendida como um conjunto de ações que envolve comportamentos de caráter verbal e não verbal, entre pessoas em suas relações habituais de expressar, o que não reduz o ato de falar.

O desenvolvimento das atividades laborativas da equipe multiprofissional, dentro da UTI, requer mais necessidade de atenção quanto à organização das rotinas, comunicação entre os membros da equipe, porque o tratamento de pacientes críticos exige uma grande complexidade de todos que envolve esse setor. Esses profissionais lidam com o sofrimento no âmbito hospitalar, que pode levar a quadros de somatização originados por esse ambiente estressor, sendo que alguns deles podem desencadear afastamentos, quadros de transtornos mentais, ansiedade e depressão, aumentando o absenteísmo (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008).

Silva (2012) entende que as notícias dadas na UTI devem ficar a cargo de um profissional com habilidades de comunicar. Reforça a necessidade e a importância do preparo e da sensibilidade dos profissionais de saúde para exercitarem essa competência, principalmente para comunicar as más notícias. Vale ressaltar, segundo Campos et al. (2017), que tudo que se transmite ao outro não é apenas comunicação e informação, pois traz consigo sentimentos entrelaçados.

Garanhani et al. (2008) ensinam que a equipe de enfermagem têm um papel de protagonista nesse contexto, pois são responsáveis pelo cuidado dos pacientes de forma mais intensa e por um período maior em relação aos demais profissionais da saúde. Ela é tida como especial nos cuidados com os pacientes críticos e suas demandas, permanecendo com uma carga horária de trabalho maior em relação ao restante da equipe da UTI (INOUE et al., 2008).

Esta categoria profissional deve possuir um número adequado de profissionais para garantir a assistência de enfermagem por 24 horas, conforme orientado na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 07 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Por essa razão, torna-se imprescindível entender a dinâmica de atuação e as formas de gestão, para garantir uma escala que forneça um bom dimensionamento de pessoal no setor. No entanto, quanto ao dimensionamento de pessoal, as instituições costumam trabalhar no limítrofe, sendo esta uma situação preocupante para as equipes (INOUE et al., 2008).

Outro profissional importante na UTI é o fisioterapeuta, por restaurar e monitorar o protagonismo da função respiratória, incluindo a expansão pulmonar, a higiene brônquica, a tosse assistida, a sucção, a oferta de oxigênio, a implementação, monitoramento e ajudes de ventilação mecânica não invasiva e invasiva (ROTTA *et al.*, 2018). Santuzzi *et al.* (2013) afirmam que os fisioterapeutas também enfrentam dilemas e conflitos éticos em sua prática, como a baixa remuneração salarial, modelo médico centrado, desrespeito por parte do paciente

e dos familiares, fragilidade e instabilidade no enfrentamento das situações envolvendo a morte consigo mesmos e com os familiares e a frequência das emergências.

### **2.3 Absenteísmo motivado por doença**

O absenteísmo é caracterizado pela frequência e/ou ausência do tempo de trabalho perdido. Quando o trabalhador não comparece ao serviço, sendo o motivo de falta, atraso e/ou por doença mediante a licença médica (FURLAN; STANCATO 2013).

De acordo com Gehring et al. (2007), a palavra absenteísmo é originária do francês *absentéisme*, significa falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais podendo estar associado aos seguintes fatores desencadeantes do trabalho: problemas de saúde ou doenças; doenças ou acidentes do trabalho; problemas de saúde em pessoas da família; gestação e parto; casamento (licença gala); e morte (licença nojo). As faltas podem ser justificadas legalmente ou injustificadas. As causas por doença são classificadas pelo Código Internacional de Doenças (CID 10).

Campelo et al. (2016) explicam que o absenteísmo é um fenômeno complexo, podendo estar relacionado ao próprio trabalho ou para as questões voltadas aos processos de gestão, formas de liderança, motivação e condições de trabalho.

Inoue et al. (2008) e Furlan e Stancato (2013) indicam cinco tipos de absenteísmo que podem levar a ausência ao trabalho: por motivo de doença; por acidente de trabalho e/ou doença do trabalho; absenteísmo legal (nojo, gala, doação de sangue e de serviços militares); o absenteísmo compulsório (atribuído pelo patrão, por prisão e/ou outro impedimento de não comparecer ao trabalho); e o absenteísmo voluntário (motivado pelo trabalhador de ordem particular não justificada). Nesta pesquisa, explora-se o absenteísmo motivado pela doença, buscando entender o fenômeno no cenário estudado.

Alves, Godoy e Santana, (2006) e Ribeiro e Kuroba (2016) afirmam que o absenteísmo está relacionado não apenas com as questões relativas ao trabalhador, mas envolvem também as falhas na gestão, as condições inadequadas de trabalho, aos processos de trabalho mal desenhados e ao acúmulo e repetição de tarefas. Estes são fatores importantes que devem ser considerados na elaboração de estratégias para a redução do absenteísmo nas organizações.

Inoue et al. (2008) indicam que, independente da classificação do absenteísmo, ele se configura em um desarranjo na estrutura organizacional, gerando insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores que terão que ser redimensionados e/ou sobrecarregados pela ausência

do outro profissional licenciado. O absenteísmo por doença, ainda segundo os autores, é o responsável imediato das faltas imprevistas no ambiente de trabalho.

O custo dessa ausência dos trabalhadores no ambiente de trabalho é considerado onerosa nas organizações, pois resulta na necessidade de capacitar, substituir e gerar horas extras para compensar o trabalho não realizado pelo trabalhador ausente. Além disso, essa situação gera custo indireto, que é a sobrecarga dos profissionais do setor e a redução da qualidade da produtividade na organização (VASCONCELOS et al., 2017)

Para Castro, Bernardino e Ribeiro (2008), o absenteísmo merece atenção especial, visto que ele pode implicar negativamente nos cuidados assistenciais das equipes de saúde. As autoras afirmam que a classe de enfermagem merece essa atenção, pois é a mais volumosa dentro de qualquer instituição de saúde e, o absenteísmo, pode se tornar complexo e de difícil gerenciamento. O fatores que interferem diretamente na assiduidade dos profissionais são: condições de trabalho, estilo de liderança, excesso de trabalho, repetição de tarefas e falta de comunicação entre a equipe, jornadas duplas e, até, triplas de trabalho, lidar com o processo de vida e morte, turnos de trabalho desfavoráveis, no sentido dos recursos humanos e materiais e, principalmente, erros no dimensionamento e redimensionamento de pessoal (SANTANA et al., 2016).

Muitos profissionais adoecem e se ausentam do trabalho, mas, outros, apesar dos sintomas, não se ausentam. Essa situação é denominada por Lucca e Rodrigues (2015) como presenteísmo. Os autores revelam que tanto o absenteísmo como o presenteísmo podem comprometer o processo de gestão do cuidado e dos processos administrativos. Eles são gerados dentro de uma unidade hospitalar. Destacam, ainda, o distanciamento e a indiferença do profissional de saúde em relação ao autocuidado e, que raramente, as organizações que os contratam fornecem suporte para tal.

O absenteísmo tem múltiplos fatores para seu desencadeamento, mas, independente do fator de origem, ele deve ser analisado conforme sua complexidade e, de acordo com a realidade de cada organização. Por essa razão, é necessário entender as questões subjetivas que levam o trabalhador a se ausentar do seu ambiente de trabalho (ABREU; GONCALVES; SIMÕES, 2014).

Pinhatti et al. (2018) descrevem que o cenário atual de trabalho vem passando por diversas situações de ordem política, econômica e social, as quais têm influenciado na saúde dos trabalhadores. Os autores relatam que a saúde mental vem ganhando destaque naqueles trabalhadores que atuam em instituições de saúde, devido as exigências psicossociais e

emocionais que o trabalho em saúde exige. Por essa razão, o convívio próximo ao sofrimento humano, em períodos prolongados nas situações de dor, sofrimento e morte na assistência aos pacientes, contribui para desencadear desgastes físicos e mentais aos profissionais da saúde.

Sousa et al. (2018) explicam que avaliar as questões do custo humano nas relações de trabalho, possibilita caminhos de estudos para compreender os riscos desse tipo de adoecimento. Essa avaliação do custo humano pode ser compreendida nas respostas emocionais, físicas e cognitivas. Eles relatam que o trabalho é essencial para transformar a natureza humana em subsistência. Neste sentido, eles descrevem que é exigido ao trabalhador um conjunto de atividades, seguido por normas e rotinas, que, às vezes, ele terá que mediar as questões envolvendo as condições de trabalho, conforme a realidade da organização. Portanto, pode haver contradição do trabalho prescrito, por normas e rotinas, em relação a situação real que lhe é apresentada. Por isso, os processos mentais experimentados nessas situações predispõem o trabalhador a cargas que podem sobrecarregar o aparelho psíquico e levar a situações de adoecimento.

Segundo Paula (2006), a UTI se utiliza de equipamentos e materiais especializados, tem um perfil assistencial a pacientes críticos e graves, possui uma equipe de trabalho multiprofissional especializada e qualificada, com uma dinâmica de trabalho, na maioria das vezes, intensas, sendo necessário tomar decisões rápidas e em tempo curto. Esses profissionais que assistem a todo processo são seres humanos que sofrem influência do meio e, por essa razão, o custo humano dessas atividades de trabalho na UTI requerem maior equilíbrio na estrutura física, cognitiva e afetiva.

Os riscos a que estão expostos os profissionais da enfermagem em UTI são diversos. Os riscos físicos envolvem fraturas e luxações pela manipulação de peso, trabalhos em turnos e cargas psíquicas, exposições a ruídos, temperaturas extremas e radiações ionizantes. Os riscos químicos estão relacionados com os gases, vapores líquidos e medicamentos. Os riscos biológicos estão vinculados aos microrganismos patogênicos, cargas mecânicas e as possibilidades de acidentes por perfuros cortantes (CAMPOS; DAVID (2010).

Nascimento et al. (2019) relatam que a UTI é um dos setores mais tensos e exaustivos no ambiente hospitalar. A exposição prolongada ao desgaste físico e mental decorrente do contato direto com o sofrimento ao paciente e familiares, favorece o aparecimento de distúrbios psíquicos como queixas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento e dificuldades de concentração, afetando o funcionamento normal desses trabalhadores.

Tanto o excesso como a falta de trabalho, pode ser prejudicial à saúde. O excesso por reduzir o tempo e as oportunidades de apoio do indivíduo gerando insatisfação, tensão e outros problemas e, a falta, por causar a sensação de tédio, ansiedade e depressão (LAUTERT; CHAVES; MOURA, 1999). A responsabilidade excessiva pela variedade das tarefas pode tornar a situação mais estressante, fazendo com que apareçam consequências psicológicas e somáticas negativas. Outro fator é a relação interpessoal, pois a falta de interação entre os colegas de trabalho torna o ambiente mais susceptível para a obtenção do estresse e favorecimento do fracasso profissional, como explica os autores.

Couto, Vieira e Lima (2007) define que o estresse é caracterizado por um desgaste, devido a uma exposição prolongada entre a fonte estressora e o indivíduo, relacionada com a capacidade dele em suportar essa fonte, resultando em uma diminuição na sua capacidade de produção. Ressaltam que as pessoas mais tranquilas e passivas são mais resistentes ao estresse e, aquelas que são mais tensas e agitadas, são mais susceptíveis a manifestar e resistir menos a uma fonte ou situação estressora.

O processo de estresse é classificado por Macedo (2011) e Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006) em três fases:

1ª fase – Alerta: quando ocorrem mudanças no organismo apresentando características para a primeira ação do agente estressor que é a diminuição de sua resistência e, ainda, com sintomas de taquicardia, palidez, fadiga, falta do apetite, insônia e agitação;

2ª fase – Resistência: o agente estressor tem ação prolongada, com o desaparecimento dos sinais da fase de alerta e elevação da resistência acima das condições normais, criando uma tentativa de homeostase e, ainda, isolamento social, incapacidade de se desvincular do trabalho, diminuição da força de trabalho e animo na execução; e

3ª fase – Exaustão: adaptação ao estresse prolongado até o organismo esgotar a energia de adaptação, deteriorando e levando a um processo de adoecimento, afastamento e incidindo no absenteísmo e, ainda, declínio total, levando ao esgotamento físico e mental encaminhando para transtornos mentais como a depressão e a síndrome de *burnout* (MACEDO, 2011; FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO).

Profissionais que exercem suas funções em ambientes hospitalares estão expostos por diversos agentes estressores, dentre eles estão as longas jornadas de trabalho, o número insuficiente de profissionais na escala devido licenças médicas e falta de reconhecimento profissional (ROSA; CARLOTTO, 2005).

Para Garanhani et al. (2008), os profissionais da saúde precisam rever seus próprios sentimentos, especialmente os que trabalham em UTI, pois, a complexidade e especificidade da assistência nesses locais, do enfrentamento da vida e da morte, pode ocasionar dificuldades no acolhimento do sentimento tanto dos pacientes e familiares como aos demais colegas de trabalho.

Um dos agravamentos da saúde dos profissionais relacionado ao esgotamento e adoecimento é a Síndrome de *Burnout*. Para Carlotto e Câmara (2007), ela se constitui de exaustão emocional, forte sentimento de tensão emocional, sensação de esgotamento e de falta de energia e de recursos emocionais próprios para lidar com rotinas da prática profissional. A síndrome afeta enfermeiros e demais profissionais de saúde, levando-os a desenvolver sentimentos de frieza, frustração e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos doentes.

Na pesquisa realizada por Machado et al. (2011), em uma unidade de terapia intensiva, nota-se que a exposição prolongada a fatores de riscos ocupacionais e de um ambiente de trabalho estressor, favorece o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* na equipe de enfermagem. A pesquisa de Primo, Pinheiro e Sakurai (2010) aponta que os cargos com mais prevalência de afastamento por doença são os de enfermagem, profissionais de outras categorias da saúde, seguido pelo apoio administrativo e a categoria médica, sendo a menor entre os profissionais afastados. Em relação ao agrupamento das doenças prevalentes na pesquisa por dias totais, os transtornos mentais representaram 23,5% do total, sendo seguidos pelas doenças do grupo osteomuscular e do tecido conjuntivo, que apresentaram 17,3%. Em relação aos profissionais mais predominantes nas licenças, a enfermagem ocupa a primeira posição, sendo seguida pelo apoio administrativo.

A pesquisa de Santana et al. (2016) evidenciou que as doenças com episódios depressivos totalizaram 52,72% dos transtornos mentais, seguidas pela ocorrência dos transtornos ansiosos, afetando 18,18% da amostra e, as reações ligadas ao estresse, representando 16,36%.

Diante do sofrimento e adoecimento, se faz necessário um olhar mais articulado na gestão do trabalho, para avaliar as estratégias e as possibilidades de intervenções mais adequadas (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2009). Os autores destacam a presença da negação e da psiquiatrização do sofrimento no ambiente de trabalho, uma interpretação individualizada e descontextualizada do controle disciplinar.

Por essa razão, esta pesquisa tem por objetivo elucidar, identificar, caracterizar e constatar os motivos e as sugestões de melhorias que podem direcionar as ações que contribuem nos processos de gestão e de aperfeiçoamento das possibilidades geradas, favorecendo a sociedade e os profissionais que exercem seu papel na arte do cuidado com o ser humano.

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

#### 3.1 Abordagem e método

O presente estudo caracteriza-se por ser do tipo qualitativo, com uso de técnicas qualitativas e quantitativas, por descrever os fatos não apenas de forma numérica, mas sim, de forma mais abrangente, apontando as suas características próprias Flick (2009), buscando compreender e interpretar as percepções, sentimentos, valores e crenças dos participantes da pesquisa (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1999).

Quanto aos fins, trata-se de um estudo do tipo descritivo (TRIVIÑOS, 1987), pois tem como proposta investigar as características dos trabalhadores da UTI adulta e pediátrica de um hospital público estadual e a natureza de seus trabalhos, visando compreender os motivos do absenteísmo.

O método adotado foi o estudo de caso que, segundo Yin (2001), tem como finalidade analisar os fenômenos do contexto contemporâneo e presentes na vida real. O estudo de caso é sempre bem delimitado, se tornando muito rico na relação descritiva dos dados (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). O caso em estudo, teve por finalidade levantar e buscar entender as percepções dos trabalhadores referentes às motivações que ocorreram no período analisado, entre 2014 e 2018, sobre o absenteísmo causado por doença. O estudo buscou levantar, as questões organizacionais e pessoais que contribuíram para o caso em questão dentro das Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica de um hospital público, referência em urgência e emergência, localizado no estado de Minas Gerais, aqui denominado Hospital Estadual Alfa (HEA), com o intuito de preservar a sua identidade. A unidade de análise é o absenteísmo de profissionais de saúde dessas unidades.

O HEA atua como centro de excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismo, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco iminente à vida. Conta com, aproximadamente, 379 leitos, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Segundo os dados fornecidos pelo Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP), a UTI adulto possui 317 trabalhadores lotados no setor. Esta unidade possui um coordenador médico e um coordenador de enfermagem, se localiza no andar térreo do hospital e, é constituída por três subunidades: Ala A, composta por 21 leitos; Ala B, constituída por 13 leitos; e Ala C, que possui 14 leitos. Assim, totaliza 48 leitos, dos quais quatro são de isolamento, conforme

apontado pelo diagnóstico estratégico situacional da unidade de Terapia Intensiva do HEA DE (2016).

Considerando as informações contidas no diagnóstico estratégico situacional da UTI do HEA (2016), o perfil dos pacientes atendidos na unidade apresenta idade média de 45 anos, com intervalo entre 21 e 70 anos, vítimas de causas externas como acidentes de trânsito, violência (agressão física, perfuração por arma de fogo e arma branca), quedas, intoxicação exógena dentre outros. A prevalência é do sexo masculino, correspondendo a 78,7% dos pacientes.

Conforme demonstram os documentos internos disponibilizados pela organização, estes trabalhadores da farmácia satélite pertencem a um centro de custo geral da coordenação da farmácia do hospital. Exercem suas funções em regime de rodizio de escala para atender outras unidades da farmácia satélite do hospital, não sendo exclusivo da UTI. A unidade conta com duas copas para uso dos funcionários, uma sala de atendimento da psicologia, um expurgo central e três nas áreas assistenciais, um arsenal de material/equipamentos, uma secretaria, uma “antessala” para acomodar familiares/escolta, quatro descansos (um para médicos, um para a enfermagem, um para fisioterapia, um para técnicos em enfermagem), quatro leitos de isolamento, três banheiros de uso exclusivo dos funcionários (um feminino, um masculino e um unissex).

Para o Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP), a unidade da UTI pediátrica possui 49 trabalhadores lotados no seu centro de custo. Conta com um coordenador médico e uma coordenadora de enfermagem fixos. Localizada no segundo andar, dividindo o espaço com a internação. Possui oito leitos, sendo dois para isolamento. A equipe de profissionais é fechada tanto de técnicos de enfermagem como de enfermeiros. No caso dos enfermeiros, em situações eventuais como férias, faltas injustificadas e/ou por licença médica, é realizado remanejamento de enfermeiros da UTI adulto para cobrir o plantão da UTI pediátrica. A equipe de fisioterapia atende em escala de plantão as duas unidades de UTI. O restante da equipe multiprofissional presta serviços nas unidades da UTI. Somando, o total de trabalhadores das unidades de UTIs adulto e pediátrico, é de 366 trabalhadores.

Por intermédio do banco de dados do Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP), foi possível identificar que os servidores lotados na UTI Adulto e na UTI Pediátrica são 83,88% do sexo feminino, 16,12%, do sexo masculino. No que se refere a escolaridade, 44,81% possuem o nível médio e são sexo feminino e, 7,65%, para o mesmo nível de ensino

para o sexo masculino. O percentual de trabalhadores com nível superior é de 23,22% para o sexo feminino e de 7,10% para o sexo masculino, conforme apresenta a Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos servidores da UTI

SEXO	ESCOLARIDADE	NÚMERO DE SERVIDORES	MÉDIA
FEMININO	Ensino fundamental	6	1,64%
	Ensino médio	22	6,01%
	Ensino superior	85	23,22%
	Ensino técnico	164	44,81%
	Fundamental	1	0,27%
	<i>Lato/Stricto Sensu</i>	29	7,92%
SUBTOTAL		307	83,88%
MASCULINO	Ensino médio	2	0,55%
	Ensino superior	26	7,10%
	Ensino técnico	28	7,65%
	<i>Lato/Stricto Sensu</i>	3	0,82%
SUBTOTAL		59	16,12%
TOTAL		366	100,00%

Fonte: Adaptado Sistema de Apuração de Ponto (SAPT) (2019); Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP) (2019)

O Quadro 1 apresenta os cargos e as funções existentes na unidade.

Quadro 1 - Cargos e funções da UTI

CARGO	FUNÇÃO
Profissionais da enfermagem	Enfermeiro e técnicos de enfermagem.
Profissionais médicos	Médico .
Profissionais de nível superior da área da saúde	Fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista.
Profissionais de nível técnico e médio na saúde	Técnico de farmácia e auxiliar administrativo.
Profissionais de nível fundamental na saúde	Circulante de enfermagem.

Fonte: Adaptado Sistema de Apuração de Ponto (SAPT) (2019); Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP) (2019).

Existem cinco cargos que englobam 13 funções, sendo nove de nível superior, dois de nível técnico (enfermagem e farmácia), um de nível médio (auxiliar administrativo) e um de nível fundamental (circulante de enfermagem).

### 3.2 Participantes da pesquisa e técnicas de coleta de dados

Em relação à seleção da pesquisa, foi considerado duas formas para buscar entender e compreender os resultados atingidos no estudo. O primeiro, foi a escolha dos participantes da entrevista para compreensão e percepção das subjetividades, por intermédio do estudo de caso, e por ser uma pesquisa qualitativa, possibilitou extrair os dados necessários dos entrevistados.

Neste sentido, foi necessário identificar os servidores que tinham o maior percentual de afastamentos médicos por motivo de doença, bem como aqueles trabalhadores que tinham menor percentual de ausências no período compreendido entre janeiro 2014 a dezembro de 2018. A forma de busca dessas informações, se deu por intermédio do Sistema de Apuração de Ponto (SAPT), o Sistema Integrado de Administração de pessoal (SISAP) e a planilha de Excel com os dados de licenças médicas da Gerencia de Saúde e Segurança do Trabalhador.

O segundo ponto foi o de levantar por meio da pesquisa quantitativa descritiva, no banco de dados institucional, uma série histórica de cinco anos entre o período de 2014 a 2018. Esta informação possibilitou reconhecer o cenário das licenças médicas e de informações de pessoal de todos os trabalhadores das unidades de terapia intensiva adulto e pediátrico, agrupados em uma planilha de excel construída por este pesquisador.

Esta planilha favoreceu identificar os entrevistados para o estudo de caso, possibilitou reconhecer todo o cenário de licenças médicas e de informação pessoal e, por isso, incentivou a agregação de uma pesquisa qualitativa, para buscar as percepções das motivações das licenças, por meio das entrevistas com um grupo definido pelo pesquisador e que foi apurado neste banco de dados. Assim, com esta planilha construída, foi possível explorar os dados quantitativos descritivos para entendimento do número, do cargo e do CID dos trabalhadores para reconhecimento. Isso, gerou dados para a análise de conteúdo que, associados aos dados quantitativos, ofereceu resultados reais para esta pesquisa.

Para isso, foi realizada consulta aos seguintes bancos de dados: sistema de apuração de ponto; sistema de administração de pessoal do estado de Minas Gerais; e, banco de dados das licenças médicas por CID's da gerência de saúde e segurança do trabalhador da instituição. Todos os dados obtidos foram registrados em planilha Excel. Para tanto, contou-se com o auxílio de um profissional da instituição para reunir todos os dados em uma única planilha Excel. A Tabela 2 apresenta o modelo de organização dos dados utilizado.

Tabela 2 - Modelo de organização de dados da planilha Excel

<b>Nome</b>	<b>Cargo</b>	<b>Função</b>	<b>Ausências</b>	<b>%</b>
xxx	xxx	xxx	xxx	xxx

Fonte: Elaborado pelo autor

Com base nestas informações, foi possível identificar, pelo menos, cinco servidores em cada cargo e função com maior e com menor percentual de afastamento. De posse desses nomes, o pesquisador esteve presente na unidade no período de 10 a 27 do mês de dezembro

de 2019, localizou aqueles que se encontravam na situação indicada na planilha e fez o convite para participar da pesquisa, incluindo na amostra um servidor com maior percentual de afastamento e um servidor com menor percentual para cada função.

A técnica utilizada foi não-probabilística, por acessibilidade e por tipicidade (VERGARA, 1998). O critério de inclusão utilizado foi: trabalhadores que apresentaram maiores e menores frequências de licenças anuais em cada função. Foram selecionados dois sujeitos em cada situação (maior e menor índice) em cada função. O critério de exclusão utilizado foi: trabalhadores que estavam ausentes (por licença ou não) no período de coleta de dados.

Não foram selecionados os profissionais de nível fundamental, pois estas funções estão em processo de extinção na instituição. Os profissionais da farmácia satélite não foram incluídos, pelo fato deles atenderem a outros setores, não sendo exclusivos da UTI.

A Tabela 3 apresenta o perfil dos sujeitos selecionados e o código utilizado para manter suas identidades em sigilo, formado por letras que caracterizam a sua profissão e um número derivado da ordem de realização das entrevistas.

As letras significam:

- . PPE - profissional de enfermagem enfermeiro.
- . PET - profissional de enfermagem técnico.
- . PN - profissional da nutrição.
- . PP - profissional psicólogo.
- . PFT - profissional da fisioterapia.
- . PMA - profissional médico do adulto.
- . PMP - profissional médico da pediatria.

O número representa a ordem aleatória da entrevista.

Tabela 3 - Perfil profissional dos participantes da pesquisa

<b>Código</b>	<b>Setor</b>	<b>Sexo</b>	<b>Cargo</b>	<b>Ausência</b>	<b>Percentual de ausência</b>
PEE1	UTI Adulto	Feminino	Profissionais da enfermagem	4	2,9
PEE2	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	Profissionais da enfermagem	15	10,9
PET1	UTI Adulto	Feminino	Profissionais da enfermagem	33	24,1
PET2	UTI Adulto	Feminino	Profissionais da enfermagem	10	7,3
PN1	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	Profissionais de nível superior da área da saúde	17	12,4
PP1	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	Profissionais de nível superior da área da saúde	12	8,8
PP2	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	Profissionais de nível superior da área da saúde	2	1,5
PFT1	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	Profissionais de nível superior da área da saúde	4	2,9
PFT2	UTI Adulto e Pediátrica	Feminino	Profissionais de nível superior da área da saúde	23	16,8
PMA1	UTI Adulto	Feminino	Profissionais médicos	9	6,6
PMA2	UTI Adulto	Feminino	Profissionais médicos	6	4,4
PMP1	UTI Pediátrica	Feminino	Profissionais médicos	1	0,7
PMP2	UTI Pediátrica	Feminino	Profissionais médicos	1	0,7

Fonte: Adaptado de Sistema de Apuração de Ponto (SAPT) (2019); Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP) (2019)

Na sequência, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos selecionados. Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada é baseada em um roteiro prévio de questionamentos que interessam o estudo (APÊNDICE A), sendo permitido incluir novas perguntas na medida em que se recebe as respostas dos informantes. O autor ressalta que a entrevista semiestruturada fornece flexibilidade ao investigador, além de liberdade e espontaneidade necessárias na abordagem do assunto durante a investigação.

Alguns profissionais solicitaram que o pesquisador voltasse em outro dia, em função das demandas de trabalho. A unidade tem três nutricionistas, sendo que a primeira faltou 17 vezes no período e foi entrevistada. A segunda, faltou três vezes, no entanto, a servidora estava de férias no período de aplicação dos questionários. A terceira nutricionista, não estava no setor no período que ocorreram os encontros, por isso, não foi entrevistada. As entrevistas ocorreram no próprio setor, às vezes, em uma sala reservada, e outras em sala compartilhada, com a autorização do próprio entrevistado.

### 3.3 Técnicas de análise de dados

Os dados quantitativos coletados no banco de dados da instituição foram submetidos à análise estatística do tipo descritiva. Os dados das entrevistas foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo do tipo categorial temática.

Segundo Franco (2008), essa forma de análise permite reunir um conjunto de estratégias, visando obter procedimentos de técnicas de análises nas comunicações, com o objetivo sistemático das descrições dos conteúdos das mensagens. Assim, por intermédio das condições empíricas do texto, é possível estabelecer categorias para uma interpretação, possibilitando compreender o pensamento do sujeito em uma concepção transparente de linguagem.

Essa técnica é composta por três etapas: sendo a primeira, formada pela pré-análise, a qual possibilitou a escolha do que foi analisado no documento, por meio de leitura flutuante, formulação de possíveis hipóteses e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação; a segunda etapa, é formada pela exploração do material, que possibilitou a classificação e o alcance da compreensão do texto para a análise e a categorização; e, a terceira, o tratamento dos dados, quanto a inferência e a interpretação dos resultados.

Segundo Franco (2008), a análise de conteúdo é uma técnica que busca como objetivo o sentido de um texto, sendo uma linguagem entendida como a expressão da existência humana. Dessa forma, estabeleceu representações sociais entre a linguagem, pensamento e ação.

As seguintes categorias temáticas foram definidas *a priori*, a partir do roteiro da entrevista semiestruturada:

- . ambiente e condições de trabalho;
- . cansaço e desânimo;
- . prazer e realização;

- . sono, lazer e atividade física;
- . fatores predisponentes do adoecimento;
- . consequências do absenteísmo;
- . reação da chefia e colegas ao adoecimento; e
- . motivação para trabalhar no hospital.

### **3.4 Questões éticas**

A participação dos sujeito foi voluntária e esteve condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) e do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), de acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para realização de pesquisas que envolvem seres humanos, vinculadas a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013). O projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com o CAAE: 15847819.2.3001.5119 e da Instituição de objeto da pesquisa.

## 4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

No item 4.1, apresenta-se o quantitativo de afastamentos por doenças, por cargo, função e idade no período, de modo a atender ao primeiro objetivo específico desta pesquisa. No item 4.2, tem-se a análise de conteúdo dos dados qualitativos, atendendo ao segundo objetivo específico, de descrever os fatores predisponentes dos danos físicos e/ou psíquicos dos profissionais da UTI.

### 4.1 Características das licenças no período de 2014 a 2018

Neste item, apresenta-se a análise quantitativa dos dados coletados no período de 2014 a 2018, com tratamento estatístico descritivo, visando o alcance do primeiro objetivo específico desta pesquisa: descrever o quantitativo de afastamentos por doenças, por cargo e função no período analisado. Para facilitar o entendimento apresenta-se no Quadro 2 o Código Internacional de Doença (CID) e as respectivas descrições.

Quadro 2 - Códigos da CID-10 e as respectivas descrições

Códigos da CID-10	Descrição
A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
C00-D48	Neoplasmas [tumores]
D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários
E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais
G00-G99	Doenças do sistema nervoso
H00-H59	Doenças do olho e anexos
H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastoide
I00-I99	Doenças do aparelho circulatório
J00-J99	Doenças do aparelho respiratório
K00-K93	Doenças do aparelho digestivo
L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário
O00-O99	Gravidez, parto e puerpério
P00-P96	Algumas afecções originadas no período perinatal
Q00-Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
S00-T98	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
V01-Y98	Causas externas de morbidade e de mortalidade
Z00-Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Fonte: Adaptado de CID - 10

A Tabela 4 apresenta o total de dias de ausência por licenças médicas no período analisado, entre 2014 a 2018, separadas por agrupamento de CID, carreira e função.

Tabela 4 – Descrição quantitativa das licenças no período de 2014 a 2018

<b>Categoria Profissional x CID 10</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total geral</b>	<b>Média</b>	<b>% do total</b>	<b>Δ</b>
Assistente Social		1				1	1	0,03	-
Z00 – Z99		1				1	1	0,03	-
Fisioterapeuta				1		1	1	0,03	-
K00 – K93				1		1	1	0,03	-
Fisioterapeuta Respiratória	297	257	115	462	288	1419	283,8	8,64	-3,03
A00 – B99	4	12	3	19	8	46	9	0,27	100
F00 – F99	6	6	36	157		205	51	1,55	-100
G00 – G99	21	15			1	37	12	0,37	-95,24
H00 – H59	10			21	11	42	14	0,43	10
H60 – H95	1	1				2	1	0,03	-100
J00 – J99	27	28	9	79	6	149	30	0,91	-77,78
K00 – K93	6	4				10	5	0,15	-100
L00 – L99	3	3			17	23	8	0,24	466,67
M00 – M99	122	91	14	46	118	391	78	2,38	-3,28
N00 – N99			10	2	1	13	4	0,12	-
O00 – O99	8	23		38	46	115	29	0,88	475
R00 – R99		1	1	2	15	19	5	0,15	-
V01 – Y98		1				1	1	0,03	-
Z00 – Z99		28	37	76	63	204	51	1,55	-
S00 – T98	89	44	5	22	2	162	32	0,97	-97,75
Fonoaudiólogo	2					2	2	0,06	-100
J00 – J99	2					2	2	0,06	-100
Nutricionista	136	102	22	41	3	304	61	1,86	-97,79
F00 – F99	120	50	1			171	57	1,74	-100
G00 – G99	4					4	4	0,12	-100
H00 – H99			16			16	16	0,49	-
J00 – J99	7	15	2	10	3	37	7	0,21	-57,14
K00 – K93		1	1			2	1	0,03	-
L00 – L99	1					1	1	0,03	-100
M00 – M99		19				19	19	0,58	-
N00 – N99	2					2	2	0,06	-100
R00 – R99		3		1		4	2	0,06	-
Z00 – Z99			2	30		32	16	0,49	-
S00 – T98	2	14				16	8	0,24	-100

(Continua...)

Fonte: Dados Internos da Gerência de Segurança do Trabalhador por intermédio do Sistema de Apuração de Ponto (SAPT) e Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP) - Δ (diferença entre variáveis) = (2018-2014/2014)- (Valor final - Valor inicial)/Valor inicial no período

Tabela 4 – Descrição quantitativa das licenças no período de 2014 a 2018

<b>Categoria Profissional x CID 10</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total geral</b>	<b>Média</b>	<b>% do total</b>	<b>Δ</b>
<b>Psicólogo Clínico</b>		3	31	17	10	61	15	0,46	-
A00 – B99				4	2	6	3	0,09	-
F00 – F99			31			31	31	0,94	-
J00 – J99		1		8	7	16	5	0,15	-
K00 – K93		1				1	1	0,03	-
M00 – M99				5		5	5	0,15	-
Z00 – Z99					1	1	1	0,03	-
S00 – T98		1				1	1	0,03	-
<b>Circulante De Enfermagem</b>	67	233	14	43	10	367	73	2,22	-85,07
A00 – B99	1	1	14			16	5	0,15	-100
E00 – E90	5	132				137	69	2,10	-100
F00 – F99		10			1	11	6	0,18	-
H00 – H59				7	7	14	7	0,21	-
H60 – H95				13		13	13	0,40	-
J00 – J99	16	82		10		108	36	1,10	-100
K00 – K93	11	2				13	7	0,21	-100
M00 – M99	4	1				5	3	0,09	-100
N00 – N99				2		2	2	0,06	-
R00 – R99	30	5				35	18	0,55	-100
Z00 – Z99				8	2	10	5	0,15	-
S00 – T98				3		3	3	0,09	-
<b>Medico Cirurgião Geral</b>	1	22		3		26	9	0,27	-100
A00 – B99				1		1	1	0,03	-
G00 – G99	1	1				2	1	0,03	-100
K00 – K93		21				21	21	0,64	-
S00 – T98				2		2	2	0,06	-
<b>Medico Clinico</b>	47	89		15	79	230	58	1,77	68,09
A00 – B99		2				2	2	0,06	-
H00 – H59				4		4	4	0,12	-
J00 – J99				3	1	4	2	0,06	-
K00 – K93		2				2	2	0,06	-
M00 – M99		9			15	24	12	0,37	-
N00 – N99		6				6	6	0,18	-

(Continua...)

Fonte: Dados Internos da Gerência de Segurança do Trabalhador por intermédio do Sistema de Apuração de Ponto (SAPT) e Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP) -  $\Delta$  (diferença entre variáveis) =  $(2018-2014/2014)$ - (Valor final - Valor inicial)/Valor inicial no período

Tabela 4 – Descrição quantitativa das licenças no período de 2014 a 2018

<b>Categoria Profissional x CID 10</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total geral</b>	<b>Média</b>	<b>% do total</b>	<b>Δ</b>
<b>Medico Clinico</b>	47	89		15	79	230	58	1,77	68,09
O00 – O99	7	70				77	39	1,19	-100
V01 – Y98				8		8	8	0,24	-
S00 – T98	40				63	103	52	1,58	57,5
<b>Medico em Medicina Intensiva</b>	3	109	71	130	48	361	72	2,19	1.500
A00 – B99				2		2	2	0,06	-
F00 – F99			15			15	15	0,46	-
G00 – G99			29	11	2	42	14	0,43	-
H00 - H59					6	6	6	0,18	-
J00 - J99	1		3	5	40	49	12	0,37	3,9
M00 – M99			15	34		49	25	0,76	-
O00 – O99		109	9			118	59	1,80	-
R00 – R99	2					2	2	0,06	-100
Z00 – Z99				50		50	50	1,52	-
S00 – T98				28		28	28	0,85	-
<b>Medico Pediatra</b>	15	16		3	15	49	12	0,37	0
A00 – B99				3		3	3	0,09	-
K00 – K93					15	15	15	0,46	-
O00 – O99	15					15	15	0,46	-100
Z00 – Z99		16				16	16	0,49	-
<b>Enfermeiro</b>	304	282	155	572	139	1452	290	8,83	-54,28
A00 - B99	12	3	11	5	3	34	7	0,21	-75
E00 – E90	30			1		31	16	0,49	-100
F00 – F99	145	81	61	200	27	514	103	3,14	-81,38
G00 – G99	7	60	2	1		70	18	0,55	-100
H00 – H95	10	20	7	14	2	53	11	0,33	-80
H60 – H95			4			4	4	0,12	-
J00 – J99	15	36	6	52	50	159	32	0,97	233,33
K00 - K93	2	4	17	26	15	64	13	0,40	650
L00 – L99		4		7	7	18	6	0,18	-
M00 – M99	4	17	13	7	3	44	9	0,27	-25
N00 – N99	30	17	7	7	4	65	13	0,40	-86,67
O00 – O99	27	8	15		19	69	17	0,52	-29,63
R00 – R99		14	3	4	1	22	6	0,18	-

(Continua...)

Fonte: Dados Internos da Gerência de Segurança do Trabalhador por intermédio do Sistema de Apuração de Ponto (SAPT) e Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP) - Δ (diferença entre variáveis) = (2018-2014/2014)- (Valor final - Valor inicial)/Valor inicial no período

Tabela 4 – Descrição quantitativa das licenças no período de 2014 a 2018

<b>Categoria Profissional x CID 10</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total geral</b>	<b>Média</b>	<b>% do total</b>	<b>Δ</b>
Enfermeiro	304	282	155	572	139	1452	290	8,83	-54,28
Z00 – Z99	6	3		190	2	201	50	1,52	-66,67
S00 – T98	16	15	9	58	6	104	21	0,64	-62,5
Enfermeiro de Terapia Intensiva	23	86		24	205	338	85	2,59	791,3
A00 – B99	2	4				6	3	0,09	-100
F00 – F99				15	200	215	108	3,29	-
J00 - J99	5	6		1	5	17	4	0,12	0
K00 – K93	3					3	3	0,09	-100
M00 – M99		12				12	12	0,37	-
O00 – O99	10	62		8		80	27	0,82	-100
Z00 – Z99	3	1				4	2	0,06	-100
S00 - T98		1				1	1	0,03	-
Técnico de Enfermagem	2635	2998	1875	2334	1915	11757	2351	71,59	-27,32
A00 – B99	70	110	86	35	50	351	70	2,13	-28,57
C00 - D48	66	46	123	330	120	685	137	4,17	81,82
E00 – E90	38	2	46	64	1	151	30	0,91	-97,37
F00 – F99	418	714	216	512	592	2452	490	14,92	41,63
G00 - G99	97	67	27	10	82	283	57	1,74	-15,46
H00 – H59	86	122	29	53	108	398	80	2,44	25,58
H60 – H95	4	21	2	19	13	59	12	0,37	225
J00 – J99	224	330	234	163	165	1116	223	6,79	-26,34
K00 – K93	72	99	46	85	42	344	69	2,10	-41,67
L00 – L99	23	13	22	26	31	115	23	0,70	34,78
M00 – M99	327	531	349	275	179	1661	332	10,11	-45,26
N00 – N99	42	67	22	41	42	214	43	1,31	0
O00 – O99	96	54	82	146		378	95	2,89	-100
Q00 – Q99		61				61	61	1,86	-
R00 – R99	94	53	26	30	73	276	55	1,67	-22,34
V01 – Y98		4		45		49	25	0,76	-
Z00 – Z99	346	493	373	173	304	1689	338	10,29	-12,14
S00 – T98	632	211	192	327	113	1475	295	8,98	-82,12

(Continua...)

Fonte: Dados Internos da Gerência de Segurança do Trabalhador por intermédio do Sistema de Apuração de Ponto (SAPT) e Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP) - Δ (diferença entre variáveis) = (2018-2014/2014)- (Valor final - Valor inicial)/Valor inicial no período

Tabela 4 – Descrição quantitativa das licenças no período de 2014 a 2018

<b>Categoria Profissional x CID 10</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total geral</b>	<b>Média</b>	<b>% do total</b>	<b>Δ</b>
Auxiliar Administrativo	39	2	3		7	51	13	0,40	-82,05
A00 – B99	2	1	2			5	2	0,06	-100
F00 – F99		1				1	1	0,03	-
J00 – J99	3					3	3	0,09	-100
K00 – K93					4	4	4	0,12	-
M00 – M99	8				3	11	6	0,18	-62,5
O00 – O99	6					6	6	0,18	-100
Z00 – Z99			1			1	1	0,03	-
S00 – T98	20					20	20	0,61	-100
<b>Total Geral</b>	<b>3.569</b>	<b>4.200</b>	<b>2.286</b>	<b>3.645</b>	<b>2.719</b>	<b>16.419</b>	<b>3.284</b>	<b>100,00</b>	<b>-23,82</b>

(Conclusão)

Fonte: Dados Internos da Gerência de Segurança do Trabalhador por intermédio do Sistema de Apuração de Ponto (SAPT) e Sistema Integrado de Administração de Pessoal (SISAP) -  $\Delta$  (diferença entre variáveis) = (2018-2014/2014)- (Valor final - Valor inicial)/Valor inicial no período

Para fins de esclarecimento, as informações foram extraídas do banco de dados da Gerência de Saúde e Segurança do Trabalhador (GSST) da instituição. O cargo dos profissionais de nível fundamental em saúde, pertence, de forma administrativa e técnica, à coordenação da enfermagem. Porém, foi separado porque, no banco de dados consultado, eles não estão vinculados à carreira da enfermagem. Esses profissionais exercem a função de circulantes de enfermagem e são, na história do hospital, os antigos atendentes de enfermagem. Essa carreira não existe mais, não havendo a possibilidade de reposição de profissionais neste cargo em função de aposentadoria ou pedido de demissão

Os dados revelam um registro de 16.419 dias de falta ao trabalho por licença médica nas UTIs adulto e pediátrica, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. A quantidade média de dias de afastamento por ano é de 3.284, o que corresponde a 274 dias de afastamentos por mês nove por dia. Os dados também demonstraram que, no período analisado, ocorreu a redução de 23,82% no quantitativo de dias de ausência por licença médica. Em 2017, a instituição criou um adicional financeiro por dia efetivamente trabalhado, provavelmente, esse adicional financeiro contribuiu positivamente para redução do total de ausências no período.

Ao apurar quantitativo de licenças por categoria profissional, observou-se que a função com maior número de faltas é a do técnico de enfermagem, com 11.757 dias. Esse quantitativo representa 71,59% das ausências no período. O enfermeiro/enfermeiro intensivista é a segunda categoria profissional com maior número de ausências, 1.790 dias, cujo valor percentual é de

11,42%. O técnico de enfermagem e o enfermeiro correspondem a 70% da força de trabalho das UTIs adulto e pediátrica, por isso, representa a maior concentração de ausências. A terceira categoria profissional com maior número de ausência é do fisioterapeuta respiratório, 1.418 dias, equivalente a 8,64%.

Ao analisar o quantitativo de ausências por CID-10, observou-se que as doenças relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99), representam 26,25% das ausências no período. O segundo motivo que levou ao afastamento dos trabalhadores são as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99), cujo percentual é de 15,26%.

Na análise de conteúdo, no item 4.2, extratos dos relatos ressaltam a sobrecarga de trabalho, a falta de apoio dos colegas e da chefia imediata, as várias demandas que o plantão gera e o trabalho noturno como as principais causas de adoecimento.

Ao relacionar o CID-10 com a categoria profissional, percebeu-se que as doenças relacionadas ao grupo (F00- F999) são responsáveis por 14,95% das ausências do técnico de enfermagem e, 6,43% das ausências, do enfermeiro. Na categoria dos médicos, a maior prevalência foram as doenças do grupo (O00 - O99), gravidez, parto e puerpério, com 3,45% e do grupo (S00 - T98, lesões), envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, com uma representação de 2,49%.

O estudo de Pereira et al. (2011) considerou que o absenteísmo por doença é maior na função de técnico, sendo que o enfermeiro tem a menor taxa em relação aos demais. Os autores destacaram que os técnicos de enfermagem dedicam mais tempo com as atividades que necessitam de contato com o paciente e fazem um esforço físico maior no exercício do cuidado.

Paula (2006), em seu estudo sobre o custo humano, concluiu que a enfermagem tem o custo físico maior, principalmente, no contexto das posturas, deslocamentos e utilização de força física, por exemplo, na virada de decúbito, devido ao porte e ao peso do paciente.

A autora relata que várias atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem deveriam ser auxiliadas por outro profissional, mas, devido à falta de funcionários e dificuldades de relacionamento entre membros equipe, os procedimentos acabam sendo desenvolvidos apenas por um profissional, que se predispõe a possíveis adoecimentos.

Segundo Silva et al. (2018), os profissionais da saúde são expostos a alta carga física e mental no ambiente de trabalho. Fatores como cansaço, sobrecarga, dilemas éticos de profissão, lidar com família e com o sofrimento podem possibilitar, nesta categoria, o desenvolvimento da síndrome de *Burnout*. Os autores utilizaram o instrumento *Malash Burnout Inventory* (MIB)

e observaram que 48,72% dos fisioterapeutas na UTI adulto e 47,06% na unidade pediátrica apresentavam a síndrome.

Santos et al. (2018a) realizaram um estudo com fisioterapeutas na cidade de Feira de Santana, Bahia. Os autores utilizaram o instrumento *Malash Burnout Inventory* (MIB). Na análise de resultados perceberam que 38,3% estavam com exaustão emocional, seguida por 16,7% de despersonalização e 15% de ineficiência para as dimensões da síndrome de *Burnout*. Sinalizaram ainda que a dimensão da exaustão emocional foi a mais evidenciada. Assim, sugeriram explorar outros fatores que podem ter contribuído para o aumento dessa prevalência.

Tironi et al. (2016) explicam que o ambiente na UTI exige dos médicos intensivistas o desenvolvimento da habilidade de saber lidar com as demandas geradas na atuação profissional entre o saber técnico-científico e o relacionamento com as demais. Os autores afirmam que a prevalência de síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas tende a ser menor quando conseguem equilibrar as demandas técnico-científicas e de relacionamentos, favorecendo a saúde ocupacional e contribuindo para a assistência mais adequada aos pacientes.

As pessoas mais comprometidas com o trabalho têm predisposição maior à síndrome de *Burnout* em relação aos trabalhadores menos envolvidos com ele. Os médicos buscam, muitas vezes, o perfeccionismo, sendo mais compulsivos e irredutíveis em suas atitudes (CARDOSO, 2015).

Paula (2006) constatou em seu estudo na UTI que, muitas vezes, as regras e normas ficam em segundo plano, devido às situações de emergência que são demandadas nesse setor. Essa situação gera consequências negativas para toda equipe, podendo levar a conflitos devido ao não cumprimento de algumas normas e rotinas. A falta de organização no ambiente de trabalho, interfere na condição para exercer o trabalho e, esta situação, pode afetar os relacionamentos socioprofissionais, desencadeando uma situação negativa do custo humano entre os profissionais e gerando vivências desagradáveis no setor.

## **4.2 O Que dizem os profissionais de saúde**

Neste item, apresenta-se a análise qualitativa dos dados obtidos por meio das entrevistas realizadas na UTI adulto e pediátrica. Para atingir o segundo objetivo específico, foram geradas oito categorias temáticas: ambiente e condições de trabalho; cansaço e desânimo; prazer e realização; sono, lazer e atividade física; fatores predisponentes do adoecimento; consequências do absenteísmo; reação da chefia e dos colegas ao adoecimento; e motivação para trabalhar no hospital.

#### 4.2.1 Ambiente e condições de trabalho

A literatura aponta que ambiente da UTI é de alta complexidade tecnológica, indispensável para a assistência de pacientes instáveis e graves e que requerem das equipes agilidade nas situações de emergência iminente, intensa e exaustiva jornada de trabalho, contato com a dor, o sofrimento e os dilemas éticos da profissão (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008; BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015). Além disso, as condições de trabalho costumam ser desfavoráveis em função da remuneração baixa, falta de recursos humanos e de materiais (BOLELA; JERICÓ, 2006).

Partindo deste pressuposto teórico, perguntou-se aos entrevistados: “O que mais lhe incomoda em relação ao ambiente e às condições de trabalho neste hospital?”

O que mais me incomoda no ambiente de trabalho é que a gente se dedica muito e não tem o mesmo comprometimento por parte dos colegas. (PEE2)

Acho que aqui é um ambiente muito pesado, muito carregado. Tem muito paciente grave, paciente se queixando de dor. Acho que aqui no CTI, tem muito barulho também. (PET2)

O que me incomoda, às vezes, é o excesso de barulho. Às vezes, o excesso de demanda. A gente é muito chamado o tempo todo por várias situações diferentes e o raciocínio é interrompido. Você não consegue terminar o que você começou, sem antes ser chamado cinco a seis vezes. (PMP2)

É difícil ficar sentado em uma posição que seja confortável. Você trabalha muito no computador e não acho que a cadeira seja adequada, por exemplo. O quarto de descanso é muito, muito ruim. Você não consegue ter um momento, assim, de silêncio. A relação interpessoal... acho a equipe muito sobrecarregada. Eles já trazem problemas de casa e não conseguem lidar com isso no ambiente de trabalho. Isso gera muita discórdia. (PMA2)

Isso é uma questão muito política, porque a gente vê o dinheiro que é gasto com outras coisas sem importância, como festas. A gente tem o contato direto com o ser humano, com as dores, com as mazelas do ser humano. Então, poderia ser investido mais dinheiro na área da saúde. Isso deixa a gente triste. (PN1)

Está todo mundo acumulado com esse cansaço. Então, o nível de impulsividade e de impaciência das pessoas é muito grande. Tem que conviver com pessoas que estão extremamente adoecidas, extremamente cansadas e esgotadas. (PP2)

Quando você não tem material adequado para um procedimento, isso, realmente é uma coisa que, às vezes, você fica angustiada. Mas você tenta fazer com o que tem. (PMP1)

O que mais me incomoda é que, nem sempre, eu consigo vir aqui para salinha. Porque tem outras psicólogas que precisam atender aqui também e, às vezes, a sala está ocupada. (PP1)

O ambiente, o barulho, o despreparo da equipe. Principalmente de técnicos de enfermagem. (PFT2)

O que mais me incomoda é que as pessoas não resolvem as coisas para a gente. A gente fala na coordenação e não resolve. É a má vontade dos supervisores. (PET1)

Em relação ao ambiente de trabalho, hoje, a gente (fisioterapeutas) conseguiu um espaço nosso aqui dentro da UTI. Antes, a gente não tinha. A gente era meio rejeitada pela equipe. (PFT1)

Em relação ao ambiente e às condições de trabalho, vários condicionantes têm gerado insatisfação, o barulho é um deles. As demandas variadas e interrupções do atendimento em andamento, podem prejudicar a qualidade do serviço prestado e tiram a concentração, aumentando o desgaste físico e emocional.

Outras fragilidades mencionadas foram: falta de comprometimento dos membros das equipes; condições ergonômicas desfavoráveis; questões políticas como o mal uso do dinheiro público, quando este que deveria ser destinado ao paciente é utilizado para outro fim; falta de comprometimento profissional; gravidade do paciente; sobrecarga de trabalho comprometendo as relações interpessoais; falta de insumos; qualificação profissional inadequada; e despreparo dos supervisores.

Estudo semelhante realizado por Monteiro (2012), identificou os seguintes fatores relacionados ao sofrimento psíquico nos trabalhadores de UTI: complexidade que o setor demanda por parte da assistência que o perfil do paciente exige; a organização do setor, sendo muito tecnológico; a falta de materiais; e os conflitos na relação interpessoal com os demais membros da equipe. Segundo o autor, a sobrecarga é configurada pela falta de recurso humano e material, predispondo os trabalhadores a fadiga, tensão emocional, irritabilidade.

Segundo Santos et al. (2011c), ambientes fechados como o da UTI podem gerar estresse e reações emocionais em vários níveis, como ansiedade, conflito e irritabilidade. Além disso, o barulho provocado pela presença variada de alarmes integrados aos equipamentos é um fator de muito incômodo que, além de irritação, pode provocar perda de audição. Leitão, Fernandes e Ramos (2009) relatam que o barulho das bombas de infusão e dos ventiladores mecânicos também prejudicam a comunicação entre membros da equipe, sendo necessário, às vezes, aumentar o tom de voz.

Miranda e Stancato (2008) destacam que, além do estresse vivenciado no ambiente da UTI, os trabalhadores têm consequências biopsicofisiológicas acumuladas por diversos fatores como a sobrecarga, as relações interpessoais conflitivas e os plantões noturnos. Albuquerque et al. (2015) revelam que esses fatores ambientais negativos podem provocar acidentes de trabalho, podendo-se afirmar que existe uma relação causal entre condições de trabalho e adoecimento.

Os trabalhadores da UTI desenvolvem atividades que exigem esforço físico e a ocorrência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) está aumentando nas últimas décadas (MIRANDA; STANCATO, 2008). Isso, pode ser observado no relato de um dos entrevistados ao revelar uma situação de risco ergonômico identificada:

É difícil ficar sentado em uma posição que seja confortável. Você trabalha muito no computador e não acho que a cadeira seja adequada, por exemplo. O quarto de descanso é muito, muito ruim. (PMA2)

#### 4.2.2 Cansaço e desânimo

Aguiar e Oliveira (2009) afirmam que o ambiente de trabalho gera muito estresse, devido às pressões de resposta rápida que o setor demanda dos profissionais. Essa situação, pode contribuir para que o trabalhador se sinta mais estressado em atingir os objetivos propostos pela organização ao trabalho, favorecendo a exposição do agente estressor e possibilitando o sentimento de frustração no trabalho.

Partindo dessa constatação, a pergunta que deu origem a essa categoria temática foi: “Em que momento você se sente mais cansado e desanimado?”

Os participantes relataram que o cansaço está relacionado aos plantões, em função do número de horas de trabalho ininterrupto e, principalmente, os noturnos, porque trabalham sozinhos ou com um quadro bastante reduzido.

[...] plantão muito tumultuado, que você está trabalhando sozinha. (PEE2)

Geralmente, aqui no CTI, os plantões são bem cansativos. (PET2)

[...] geralmente, plantões noturnos são mais trabalhosos. Você tem mais coisa para fazer. Você não tem muito horário de descanso (PMP2)

O que eu acho mais difícil são os plantões noturnos. Faço 24 horas seguidas. Às vezes, eu fico desanimada quando eu penso que vou fazer 24 horas... (PMA2)

Acho que mais desgastante é o plantão do CTI, quando ele é bem puxado. (PMP1)

Final de plantão. Eu saio exausta depois das 12 horas de plantão. (PFT2)

Os plantões estão sendo bem pesados. (PFT1)

A tarde, quando sai as altas. À tarde é a pior parte. (PET1)

No final do dia, muita cansada e, final da semana também, tipo quinta, sexta feira. (PP2)

Final do dia. Eu tenho duas crianças para cuidar depois do trabalho... (PMA1)

A jornada e o plantão dentro da UTI são puxados e desafiadores e, o trabalho no período noturno, impõe ainda mais sobrecarga e dificuldade de descanso. Outras situações relatadas

foram cansaço maior no período final do plantão ou da semana, tendo, ainda, as questões familiares, como a criação de filhos que exigem atenção e cuidado. Para dois entrevistados, o período da tarde é pior, em função das ocorrências das altas hospitalares dos pacientes. PET1 acrescentou que o desânimo também sobrevém quando o sofrimento é ignorado pela chefia e nenhuma providência é tomada.

É quando a gente está sobrecarregada, vai falar isso com a coordenação e ela não se importa. Ela ouve, mas não toma nenhuma iniciativa. (PET1)

Aguiar e Oliveira (2009) revelam que nos resultados referentes ao ambiente físico, 23,08% dos trabalhadores gostariam de um ambiente físico de trabalho melhor. Os autores afirmam que a deficiência de supervisão e os colegas de trabalho chamados de não agradáveis, predis põem os trabalhadores a fatores que podem gerar faltas e, até mesmo, aumentar o absenteísmo.

Nos resultados referentes ao excesso de trabalho e controle identificaram que 23,08% dos trabalhadores acreditam que a instituição poderia dar mais atenção à sobrecarga de trabalho. 15,38% dos trabalhadores, nos resultados de controle, consideram que a postura da instituição em relação aos atrasos, estimula a faltar.

A pesquisa de Backes, Erdmann e Buscher, (2015) apontou que as UTI possuem um ambiente complexo, com perfil assistencial direcionado aos pacientes graves e críticos, com tratamento invasivos e cuidados intensivos pela multiprofissional. Por isso, é um setor dinâmico e tecnológico, gerando muito barulho. Os autores relatam que, devido a gravidade dos pacientes dentro da UTI, forma um limite entre a vida e a morte e, com isso, promove grande satisfação nos profissionais do setor quando percebem a evolução do quadro de saúde do paciente. Porém, esses profissionais sentem-se frustrados e com dificuldades de lidar com a morte. Os autores explicam que esse sofrimento dos profissionais estão relacionados com as vivências de pacientes críticos jovens, com a relação com a família, a equipe e com a falta de reconhecimento no setor. Assim, neste ambiente, os profissionais ficam expostos a que facilitam o trabalho, da mesma maneira que dificulta.

Abreu, Gonçalves e Simões (2014) concluíram que exercer as atividades de trabalho na UTI é desgastante, com muita exposição física e emocional, proporcionando sofrimento advindo dos pacientes e dos familiares. Os autores identificaram a dificuldade em lidar com as situações que envolvem o sofrimento do paciente e, também, com as perdas.

Durante as entrevistas, foi possível perceber na expressão facial dos entrevistados o sentimento de impotência e frustração, mediante ao insucesso do tratamento do paciente, como pode ser observado nos relatos.

[...] eu me sinto mais cansada, normalmente, depois que atendo óbitos. São os momentos que mais me cansam... (PP1)

[...] quando o tratamento do paciente não atinge o objetivo esperado... aí eu fico muito decepcionada... como se eu não tivesse feito mais... mais o que eu poderia ter feito... (PN1)

A instituição não apresenta uma regulamentação que define o cumprimento da carga horária semanal. Por ser pública, a carga horária está de acordo com edital do concurso. O cumprimento da jornada é estabelecido em acordo celebrado entre a chefia e o servidor, por meio de escala de trabalho ou de plantão, sendo comum as trocas entre os trabalhadores com a permissão da chefia imediata. Por isso, é normal o cumprimento das 24 horas interruptas ou mais para as categorias profissionais nesta instituição. Embora a literatura aponte que carga horária de trabalho acumulada, predispõe o adoecimento do trabalhado.

#### 4.2.3 Prazer e realização

De acordo com Lima (2014), o trabalho realizado na UTI pode ser fonte de prazer, isso, devido à importância percebida na atividade desenvolvida na interação com o paciente, gerando carinho, afeto e solidariedade. Essa interação, o ato de cuidar, tem como significado a valorização a assistência prestada, trazendo prazer pessoal.

Partindo deste pressuposto, a pergunta que deu origem a essa categoria temática foi: “Em quais momentos você sente mais prazer ou se sente mais realizado?”

As respostas indicam que o prazer está vinculado a diversas fontes.

Olha eu moro fora e minha família toda mora no interior. Então, os momentos que tenho mais prazer é quando estou junto com eles... me sinto tranquila, confortável... são os melhores momentos. (PEE2)

Ver o paciente se saindo bem quando ele chega muito grave. (PET2)

É quando eu vejo que eu faço alguma coisa e vejo resultado no paciente. Vejo o paciente melhorando. É quando a gente vê que nossos esforços estão dando resultado. (PMP2)

Quando o paciente vai melhorando. Isso acaba que dá um estímulo. Tem colegas de trabalho que são mais companheiros, então, a gente consegue ter momentos de conversa. Tudo isso acaba dando uma amenizada nessa jornada e fica mais prazeroso. A companhia dos colegas é muito importante. (PMA2)

Quando a equipe é boa. (PFT2)

Quando eu estou fazendo o meu serviço e as pessoas falam que trabalho bem. Aí, eu me sinto realizada. (PET1)

Eu acho que o prazer de fazer atividade física. Eu faço aula de pilates e de música. Isso me dá muito prazer. É um momento que tenho para distrair. É quando estou com minha família. Também a residência. Ela veio acrescentar muito ao nosso trabalho. Ajudar o outro que está em crescimento profissional, também me dá muito prazer. A gente tem o reconhecimento financeiro mais baixo... acho que o reconhecimento da nossa profissão de ajudar o outro mais importante. (PFT1)

O ambiente familiar, estar com os filhos, o marido e aproveitar os momentos com eles é fonte de prazer. Mas, ele, também está relacionado com os resultados do trabalho que, no caso, é a melhora do paciente: chegar grave na UTI e sair conversando e andando, receber alta, contribuir com a boa evolução e recuperação desse paciente.

Essa sensação de prazer foi relatada por todas as categorias profissionais como um sentimento de emoção com o trabalho realizado. O prazer está relacionado à identidade profissional e à realização pessoal, quando um existe o reconhecimento por parte dos pacientes. Da mesma forma, as conversas entre os membros da equipe amenizam a carga e dão um estímulo para seguir o plantão. A atividade física, a aula de música e a família completam esse quadro emocional.

Cabe dar destaque ao depoimento de PFT1 quando ela cita que seu prazer está direcionado, primeiramente, na atividade física e na música. Relata que sua categoria profissional não tem reconhecimento financeiro e racionaliza o fato relatando que o reconhecimento do paciente é suficiente. Ela relata o prazer de ser preceptora e ver o crescimento profissional do residente na equipe da UTI.

Foi possível realizar uma comparação destes dados com os obtidos no estudo de Backes, Erdmann e Buscher (2015) ao construírem uma categoria central que retrata o prazer dos profissionais que buscam a valorização da vida dos pacientes. Os autores relatam que, na UTI, a meta é sempre lutar pela vida e os profissionais fazem o máximo que podem para terem a satisfação de recuperar a saúde dos pacientes, propiciando o sentimento de realização.

#### **4.2.4 Sono, lazer e atividades físicas**

Guerra et al. (2016) identificaram uma preponderância de sonolência grave para os trabalhadores da saúde do período noturno. Os autores relatam que o sistema de horários provenientes dos trabalhadores de turno pode trazer dificuldades no plano de vida familiar e

social, contribuindo para a construção de quadros de depressão, irritabilidade, infelicidade, sensação de diminuição da autoestima e humor. Para Salomé, Esposito e Silva (2008), os fatores que dificultam o sono e o lazer na UTI são, principalmente, a falta de pessoal e a sobrecarga de trabalho.

Partindo do pressuposto, de que a falta de repouso adequado pode afetar saúde do trabalhador e promover o absenteísmo, perguntou-se aos entrevistados: “Quantas horas por dia/semana você dedica ao sono e ao lazer?”

Geralmente, os dias que estou de folga é nos finais de semana. Eu sempre tive muita dificuldade para dormir, por trabalhar quase 20 anos, no período noturno. Isso, me levou a uma estafa. Eu fiquei quase um mês sem conseguir dormir. Tomei quetiapina em dosagens muito altas para conseguir dormir e, por isso, tive que sair do plantão noturno. (PEE2)

[...] a gente trabalha 12 por 36. Então, você está aqui, sábado, domingo e feriado... é meio complicado a questão do lazer. A gente dedica mais mesmo ao emprego. O sono não é um sono regular. É um sono agitado, de eu acordar várias vezes. [...]. Eu faço uso do zolpide para dormir, 10 miligramas toda noite. Mesmo assim, não é um sono reparador. Você acorda de manhã e, ainda, está cansado. ( PET2)

Geralmente, as noites que consigo descansar são as noites que não estou de plantão. O lazer é muito variável, porque eu trabalho no final de semana. [...]. Minha vida de final de semana, atualmente, anda muito cheia, porque estou fazendo uma pós-graduação (PMP2)

[...] mas, com meu filho, fica mais difícil. Por isso, eu não estou conseguindo dormir mais de seis ou sete horas por dia... sobre os momentos de lazer tento ter com eles, pelo menos, no final de semana, porque eu não trabalho. ( PMA2)

Lazer, só no final de semana e, sono, uma média de seis a sete horas por dia.(PN1)

Sono... se considerar o mestrado três horas, quatro, no máximo. O lazer acontece quando a gente está fora do hospital, sábado e domingo.(PP2)

Aos domingos, geralmente, eu fico com a minha netinha, vou ao shopping e durmo. Nesses dias, eu consigo dormir bem. (PMP1)

Ultimamente, eu tenho trabalhado bastante e, eu, estou dormindo bem pouco e, lazer, eu não estou tendo não. Não está dando tempo não. (PP1)

É difícil demais, eu tive depressão...tenho transtorno de personalidade e, às vezes, eu custo a dormir, mesmo com os remédios, demoro demais dormir. Não tenho um sono bom não. O lazer é ir para a igreja e fazer caminhada, às vezes. Mas eu gosto de ficar mais em casa dormindo de dia. (PET1)

Em relação ao sono, a maioria dos entrevistados relata que tem dificuldades para dormir e/ou não dorme bem. Foi observado nos relatos que o plantão e outras situações fora do hospital contribuem para isso. Quanto ao lazer, foi identificado que os entrevistados não têm muitas oportunidades, a não ser no fim de semana, aproveitando os momentos de folga na escala para ficar com família, filhos e maridos.

Na sequência da entrevista, perguntou-se aos entrevistados se eles faziam uso de algum medicamento ou estimulante para dormir.

Hoje não. A partir do momento que vim para o dia e saí da UTI foi outra qualidade. (PEE2)

Eu faço uso do zolpidem para dormir. 10 miligramas toda noite. Mesmo assim, não é um sono reparador.(PET2)

Não. Não uso. É um sono leve intermitente, porque tenho um filho pequeno. (PMP2)

Na época que meu marido morreu, eu precisei demais. Porque eu fiquei noites em claro pensando como eu daria conta de fazer tudo. Agora não. (PN1)

Já usei clonazepam. Mas, graças a Deus, eu consegui parar. (PMA1)

Eu já tive que usar remédio para dormir, esporádico.(PFT2)

Uso sim. Tem, mais ou menos, quase dois anos. ( PET1)

Não. Nunca fiz .Meu sono é muito bom (PFT1)

Alguns profissionais tiveram contato com o uso de medicações para estimular o sono e, outros, nunca fizeram o uso. PET2, por exemplo, relata que mesmo usando a medicação, seu sono não é reparador. Declara que já faz o uso há mais de dois anos. PEE2 relata que, após sair do plantão noturno e, posteriormente da UTI, sua qualidade de vida e sono melhoraram.

Segundo Leitão, Fernandes e Ramos (2009), os distúrbios relacionados ao descanso e ao sono são os que mais prejuízos trazem à saúde do trabalhador. Eles também encontraram em suas pesquisas relatos sobre a dificuldade em conciliar o sono, acordar durante a noite, a sensação de ouvir os alarmes dos aparelhos e/ou episódios de insônia, além de sonhar com o ambiente de trabalho.

Pesquisadores irlandeses associam o estresse como fator predisponente ao desenvolvimento de transtornos mentais em profissionais da área da saúde de serviços de urgência e emergência e, que os distúrbios do sono, o humor deprimido e a ansiedade são os principais sintomas psíquicos apresentados pelos profissionais de serviços de emergência na Grécia (SANTANA et al., 2016) .

Na sequência, foi questionado se os entrevistados praticavam alguma atividade física regularmente.

Geralmente eu faço pilates, três vezes por dia, por causa da fibromialgia (PEE2)

De um ano para cá tenho feito caminhada duas a três vezes na semana. Até por não conseguir dormir. (PET2)

Eu fazia com mais frequência antes da gestação. Agora com a gestação e com excesso de carga de trabalho estou mais devagar. Mas estou indo uma vez na semana agora. (PMP2)

Estou fazendo musculação e natação, duas ou três vezes na semana. Geralmente, quando dá tudo certo.(PMA2)

Comecei agora a fazer atividade física.(PEE1)

Normalmente faço. Eu gosto de fazer musculação. Caminho uma vez por semana só. (PN1)

Não. Não dá tempo.(PP2)

Infelizmente não. Já fiz, mas tem algum tempo que não faço mais.(PMP1)

Atualmente, não. Já fiz e parei por causa do cansaço mesmo. Eu chego em casa e quero ficar quieta ou ajudar os meninos.(PMA1)

Não. Faço caminhada de vez em quando.(PET1)

Faço pilates duas vezes por semana. (PFT1)

Em relação à atividade física, os entrevistados relataram que se esforçam para praticar. Muitos citaram que tem preferência pela caminhada, musculação, natação e pilates. Foram pontuadas as dificuldades de não conseguir fazer atividade física em função do regime de plantão, cuidados com os filhos e o próprio cansaço pós plantão.

Investigando a qualidade dos vida de residentes da área da saúde, por exemplo, Vieira et al. (2019) identificaram que a carga horaria de 60 horas semanais de estudo e trabalho reduz bastante o tempo para a prática de atividades físicas, promovendo, ainda, o distanciando de amigos e familiares. Verificou-se que a carga horária de trabalho dos participantes da pesquisa ocorre com 24, 30 e 40 horas semanais. Ressalta-se que alguns possuem mais de um vínculo trabalhista e, nesse caso, a sobrecarga de trabalho acaba sendo um fator que impossibilita o sono reparador, o lazer necessário para um descanso efetivo e a realização de atividades físicas. Todos esses fatores podem proteger a saúde física e mental do trabalhador (PONDÉ; CARDOSO, 2003; MORETTI et al., 2009).

#### **4.2.5 Fatores predisponentes do adoecimento**

A pergunta que deu origem a essa categoria temática foi: “Quais fatores presentes no seu trabalho levam ao adoecimento físico e/ou psicológico na sua unidade?”

Eu acho que a pressão do próprio ambiente. Ela é muito grande. O enfermeiro tem que agir. Você tem pouco tempo para tomar decisões muito precisas e, às vezes, você não tem condições de tomar. Você tem que resolver coisas burocráticas que, às vezes, não são da sua área. Então, isso daí que eu acho que atrapalha muito. No final do plantão, você chega à conclusão que não fez nada. Rodei, rodei, rodei e não consegui fazer o que eu precisava fazer. É uma sensação de frustração muito grande. (PEE2)

O paciente que a gente cuida aqui já é um paciente que realmente a gente sai daqui estressado, cansado, preocupado. Um paciente muito grave. É um setor que te demanda muito, cobra muito e o médico está sempre te pedindo e cobrando. Você lida com a vida e com a morte o tempo todo (PET2)

Tem vários fatores aqui que são desafiadores para saúde mental. O nosso risco com material biológico, risco de infecção com paciente que está com bactéria multirresistente. Risco de contaminação com sangue e de doenças. Eu acho que a gente é exposto, em muitos momentos, a muitas histórias tristes, muitas situações ruins agudas, de traumas que vêm de uma família com uma carga muito pesada. Dependendo do nosso estado de espírito, a gente é convidado para uma adoecimento mental ou para uma saúde melhor. (PMP2)

Eu acho que é um acúmulo de horas trabalhadas. Muita gente faz, com frequência, plantão noturno e diurno emendado. Acho que isso é fator que deixa a pessoa muito cansada. (PMA2)

Às vezes, a chefia não está na linha de frente, não está pegando o paciente e vai lá e dá pitaco. Assédio moral mesmo. Já vi inúmeros ... e é muito triste porque ninguém se coloca no lugar do outro para ver como que tem que fazer o serviço. Já vi muitos funcionários chorando porque foram massacrados sem necessidades.(PN1)

A instituição exige que a gente seja mais resolutivo com o paciente, com a família... no nosso caso da psicologia. Que o paciente seja atendido, que ele não dê trabalho para a enfermagem, que ele não dê trabalho para o médico, que o paciente não agrida ninguém, que a gente controle uma questão psicológica do paciente . E, aí, muitas vezes a gente não vai conseguir, porque a gente não medica o paciente. (PP2)

Eu acho que o cansaço, o estresse. A maioria das pessoas tem mais de um vínculo. (PP1)

O estresse que a gente vive, a pressão a ponto... A gente tem que se policiar muito para não levar isso para casa. Mas, isso, é muito difícil.(PMA1)

O físico é a sobrecarga de trabalho. Como não tem uma interação boa com a equipe, psicologicamente, a sobrecarga te gera frustração. Você não consegue acompanhar os casos direito, porque é tanta coisa para fazer que você não tem tempo para sentar e analisar aquele caso que você está estudando.(PFT2)

Os colegas de trabalho... principalmente alguns contratos...(PET1)

A falta de incentivo. Falta progressão na carreira, não tem incentivo financeiro. É um ambiente muito pesado de carga de trabalho física, emocional e espiritual. Tem que ficar muito firme no nosso tripé família, fé e profissão. (PFT1)

Observou-se que várias situações que contribuem para o adoecimento foram citadas: sobrecarga de trabalho em função do perfil assistencial do paciente, acúmulo das atividades durante o plantão, mais de um vínculo de trabalho, comunicação entre a equipe multiprofissional, risco biológico e fatores externos como os familiares. Todos eles favorecem o adoecimento.

Aguiar e Oliveira (2009) relatam em sua pesquisa que ambiente de trabalho das organizações hospitalares favorece o desenvolvimento de estresse, associado às várias situações de trabalho, como: as pressões por produtividade, pressão do tempo, falta de interação e

comunicação entre membros da equipe e chefia, além dos fatores pessoais e familiares que interferem no desempenho nas atividades no trabalho. O autores afirmam ainda que essas situações geram um alto desgaste físico e mental, podendo contribuir para o absenteísmo por doença nesses trabalhadores.

O cenário de trabalho da UTI apresenta dificuldades, principalmente nos quesitos de comunicações efetivas, estrutura física, formas de gestão do trabalho e de pessoas e interação entre membros da equipe.

#### 4.2.6 Consequências do absenteísmo

A pergunta que deu origem a esta categoria temática foi: “O absenteísmo é um problema na sua unidade? Por quê?”

Sim. Entre os profissionais da área da saúde, principalmente, o enfermeiro, o técnico e equipe de enfermagem em geral. Eu acredito que a gente chega a um momento em que não dá conta de levar as coisas da forma que deveria. A gente já está no limite. A gente chega no limiar de pressões no trabalho. Às vezes, problemas pessoais também. E, isso, chega em um momento em que o seu corpo não consegue responder mais e acaba tendo que se afastar. (PEE2)

Agora o que tem muito. É gente de licença, né? Muita gente doente, com depressão. Mas, eu acho que no momento não está tão ruim quanto já foi. Já foi pior. (PET2)

Em relação a parte médica não. Nunca foi um problema. A nossa equipe médica aqui é muito comprometida, raramente se apresenta um atestado por qualquer motivo que seja. A gente vem trabalhar doente, passando mal. (PMP2)

Em relação aos médicos, acho que é pouco frequente. A gente observa mais em relação a enfermagem. Às vezes, o plantão fica desfalcado e sobrecarrega os colegas. (PMA2)

Muita alta. Grande quantidade de licenças e muitas faltas injustificadas. Nas faltas injustificadas, geralmente, pessoal da equipe. (PEE1)

Na hora que não estou no hospital por uma licença médica, eu estou sobrecarregando mais ainda um colega meu, que já é sobrecarregado. Então, o absenteísmo vai interferir direto na assistência ao paciente. Imagina, eu estou com um colega que vai pegar um mês de uma licença porque está adoecida. Claro que a relação com ele vai ficando estremecida também. (PP2)

Eu acho que não para os plantonistas. Eles não têm ausências por doença. Eu acho que aqui no CTI pediátrico nós não temos esse problema de faltar não (PMP1)

Olha eu tenho pouco contato com a questão.(PP1)

Até que na fisioterapia acho pouco. São períodos pequenos. Eu acho que o que mais sofreu com isso fui eu. Fiquei afastadas em períodos maiores(PFT2)

Se ele é um problema? Sim, com certeza. As pessoas aqui adoecem muito. Ou, então, elas são doentes e não aceitam que são doentes. E não pedem atestados por causa do salário que cai, né? É por isso, mas a maioria aqui são doentes, dão atestados ou fingem que não são doentes (PET1)

Acho que há uma sobrecarga de trabalho e uma dificuldade de entendimento das outras partes e interferência no processo de tratamento do paciente no modo geral.  
(PFT1)

A maioria dos participantes reconheceu que o absenteísmo é um gerador de dificuldades que leva a situações de ajustes no setor de trabalho, causando sobrecarga e excesso de trabalho. PEE2 relatou que chega uma hora que seu corpo não aguenta e acaba se afastando, justificando-se com o apoio nas pressões que os profissionais da enfermagem passam. Ela alega que não há absenteísmo entre a equipe dela, mas cita que já veio trabalhar doente, para não desfalcar a escala de trabalho.

Os entrevistados mencionaram a sobrecarga justificando a motivação para a ausência. PET1 relatou que os profissionais da UTI estão adoecendo e, eles, não aceitam esta condição física e mental devido à questão financeira, pois, a licença médica, gera a queda no salário.

Marques et al. (2015) descrevem em seu estudo que o absenteísmo é um problema organizacional, que atinge todas as áreas de atuação. Explicam que essa ausência gera transtornos negativos na dinâmica da produção laboral dos trabalhadores. Os autores afirmam que os profissionais de enfermagem constituem o maior contingente, sendo uma profissão que apresenta riscos maiores de adoecimentos, devido ao desgaste e tensão e pelo contato maior com o sofrimento e com a morte. Ressaltam que a enfermagem tem uma jornada e ritmo de trabalho acelerado, exercer várias atividades que levam ao esforço do músculo esquelético, além da carga mental gerada pela assistência ao paciente.

Na categoria dos médicos, as altas cargas de trabalho decorrem dos múltiplos vínculos empregatícios, gerando fatores predisponente para processos de saúde-doença, tanto físico como os distúrbios mentais, conforme alegam Maciel et al. (2014).

Em seus estudos, Santos et al. (2018a) identificaram a exigência do trabalho associada à sobrecarga, conseqüentemente, gerando nos profissionais fisioterapeutas o desgaste físico e emocional. Assim, são condicionados para um processo saúde-doença e predispondo-os a síndrome de *Burnout*.

O trabalho demanda de cada profissão um custo humano. Esse custo é despendido pelos trabalhadores de forma individual ou coletiva, nos aspectos físico, afetivo e cognitivo. O custo físico está relacionado ao custo do corpo e ao emprego da força física. O custo cognitivo tem um dispêndio mental, imposto aos trabalhadores conforme as características da produção profissional. O custo afetivo, expressa a forma de consumo emocional imposto aos trabalhadores, conforme suas características de produção profissional e individual, nas reações afetivas em lidar com vidas humanas, os relacionamentos entre as equipes de trabalho e o

significado de trabalho para esses indivíduos. Além disso, o custo afetivo pode contribuir na identificação de como os trabalhadores visualizam o ambiente entre a vida e a morte no setor da UTI.

Neste estudo, observou-se que os CID F00 – F99 e M00 – M99 obtiveram um quantitativo de ausências maiores nas categorias profissionais da enfermagem e da fisioterapia. Assim, foi possível comparar os levantamentos dos dispêndios do custo humano nas categorias física, cognitiva e afetivo, identificadas na pesquisa de Paula (2006).

Em relação a esse resultado da pesquisa, Campelo et al. (2016) descreveram as características que a equipe de enfermagem possui, como: trabalhar um longo período de pé, sobrecarga de trabalho e posturas incorretas. Isso favorece e contribui para o desenvolvimento de doenças osteomusculares. Os autores relatam que, nos resultados de sua pesquisa, que o absenteísmo é mais comum entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, devido ao número menor de enfermeiros e, ainda, que as atividades realizadas por eles têm por característica a demanda de maior esforço físico e mental.

#### **4.2.7 Reação da chefia e colegas ao adoecimento**

A pergunta que deu origem a essa categoria temática foi: “Como as chefias e colegas reagem quando um colega adoce física ou mentalmente?”

Muitas vezes, se escuta: o fulano está fazendo corpo mole, o fulano está pirraçando, o fulano não quer vir. Não se vai as vias de fato, ver o que está acontecendo. Muitas vezes, a coordenação não tem tempo. É tanta burocracia que ela não consegue acompanhar o profissional. Se ele tivesse condição de ser acompanhado pela instituição, muita coisa teria melhorado. (PEE2)

Temos servidores com restrição. Os colegas não entendem essa restrição, essa necessidade. Por eles não fazerem o mesmo trabalho que os outros, a equipe não reage bem. (PEE1)

O corpo adoce por vários motivos. Às vezes, até mesmo para pedir socorro. Então, as pessoas são vistas como máquinas, não são vistas como ser humano e, no entanto, a gente se doa aqui é como ser humano. (PN1)

Eu acho que quando os atestados são pontuais é muito colaborativo. Mas, quando os atestados são repetidos, eu acho que a equipe vê aquele profissional como um profissional pouco produtivo. Um profissional que não pode contar com ele, um profissional que está sobrecarregando um outro colega. (PP2)

É bem encarado pela chefia quando tem alguma doença. O problema que a gente tem agora, talvez, seja o número de gravidez. (PMP1)

O nosso problema não é absenteísmo, pelo contrário, é o presenteísmo.(PP1)

Eu tenho essa percepção e consigo enxergar, mas eu já estive no lugar... de estar passando por um momento difícil e ninguém reconheceu.(PMA1)

Eu acho que, quando a gente sabe que é uma doença psicológica, mental, há uma comoção de toda equipe. Tem alguns casos que a gente percebe que a pessoa meio que abusa, por parte desses profissionais.(PFT1)

As reações ao absenteísmo são diversas e, às vezes, ambíguas. Nem sempre existe compreensão sobre o fato de que o absenteísmo pode ter sido motivado pelo adoecimento no trabalho, porque o ritmo é intenso e, nem mesmo as chefias, têm tempo para conversa e analisar cada caso. No máximo, pode-se ficar “comovida”. A gravidez ainda é vista como um problema, apesar de não ser uma doença e, não, um direito do ser humano de constituir uma família. O trabalhador que adocece repetidamente, ainda é rotulado como pouco produtivo e desleal com os colegas, porque gera sobrecarga para a equipe.

O presenteísmo também foi apontado como um dos problema vivenciados no ambiente de trabalho. Araújo (2012) explica que o presenteísmo acontece quando o trabalhador exerce suas funções mesmo doente. O autor afirma que as principais causas de adoecimento relacionadas ao presenteísmo são os transtornos mentais, o estresse e as doenças osteomusculares. Completa alegando que questões relacionadas ao clima e a incerteza econômica podem contribuir no presenteísmo do setor de trabalho.

No ano de 2017, o hospital começou a pagar um adicional por dia efetivamente trabalhado. Durante as entrevista surgiram relatos de que, às vezes, os trabalhadores comparecem ao trabalho mesmo doentes, justamente para não perderem o benefício financeiro, estimulando o presenteísmo (CAMPELO et al., 2016) .

#### **4.2.8 Motivação para trabalhar no hospital**

A pergunta que deu origem a esta categoria temática foi: “Descreva os motivos que o fazem continuar trabalhando nesta unidade hospitalar?”

Primeiro, porque eu amo o que eu faço! Sempre gostei! Sempre tive certeza do que eu queria ser na enfermagem mesmo. Eu acho que é continuar tentando, não desistir, que seja em outras unidades, em outros horários. (PEE2)

Realmente, é a profissão. Eu amo a profissão! Eu amo o que eu faço! A gente passa no concurso. Então, a gente acaba tentando ficar, querendo ficar, querendo melhorar. (PET2)

É o desafio. Aqui é um lugar desafiador. Desafio em relação ao aprendizado mesmo. A gente vê muita coisa que nos faz crescer como profissionais, como ser humano. É um hospital que tem estrutura muito boa. A gente tem uma equipe muito grande de todas as especialidades. Ele traz para gente um retorno pessoal. Não é só financeiro. O financeiro nem é muito bom. (PMP2)

Acho que o salário daqui é relativamente bom e, eu, preciso desse salário.(PMA2)

Eu quero tentar melhorar o serviço, as rotinas. Eu gosto da equipe! (PEE1)

Eu sempre quis trabalhar na área clínica. Todo o dia eu levanto... eu estou cansada com dor de cabeça, estou desanimada. Mas eu sei que posso fazer a diferença com sorriso, com o abraço, com os colegas e, principalmente, para o paciente. (PN1)

Para mim, é uma escola, é a natureza do trabalho, do atendimento ao paciente, conhecer tudo que a gente conhece. (PP2)

A gente tem um retorno daquilo que a gente faz. Fato é que eu sinto falta quando eu não trabalho aqui. Quando eu tô de férias. (PMP1)

O que me motivava é que o trabalho é meu grande eixo com a vida assim. É a parte melhor da minha vida. O que me motiva é isso. É minha relação com o trabalho e com o hospital. (PFT2)

O povo fala que trabalhar aqui dentro da UTI é uma cachaça. A gente brinca que, aqui é a caverna do dragão (risos). Quando a gente entra, a gente não sai mais. (PFT1)

Apesar de todas as dificuldades e situações estressantes geradas, todos os entrevistados demonstraram que se identificam com o setor e com o hospital. Afirmaram ter prazer e orgulho de trabalhar neste local e se sentem realizados com o que fazem. Por essa razão, o ambiente da UTI, por ser complexo, possibilita a geração de fontes estressoras no ato de cuidar, comunicar, interagir com família, mas, também de entrega à profissão, de retorno pelo trabalho realizado com a cura ou sobrevida do paciente .

Paula (2006) descreve que o trabalho em equipe desemboca no custo afetivo. Os resultados da prestação da assistência têm forte influência, na medida em que esses profissionais lidam com a vida humana. Afirma que um erro, esquecimento ou falta de algum material, pode gerar consequências, sendo que o prazer e o sofrimento desses trabalhadores estão diretamente ligados ao fracasso e ao sucesso.

Dois participantes relataram que seria importante se houvesse um serviço de acompanhamento psicológico dos trabalhadores para atuar no início do adoecimento, de forma preventiva, desenvolvendo ações visando minimizar os agravos na saúde, além de treinar e capacitar com o objetivo de evitar o adoecimento.

Ter uma acompanhamento dentro da instituição. Muitas vezes, só vai ter isso na GSST, quando o profissional já deu todos os problemas que ele tinha que dar. O absenteísmo foi muito grande e, aí, você acompanha ele. Talvez, se começasse aqui dentro das unidades, vocês evitariam muitos problema. (PEE2)

Eu acho que a gente tinha que ter um acompanhamento psicológico. Os funcionários aqui veem que a pessoa está faltando demais e não procuram saber o porquê que está faltando, o que está acontecendo. Acho que tinha que ter um treinamento psicológico. Porque, a maioria do pessoal daqui do CTI que afasta, é por causa da depressão. É por causa de problema psicológico. Outros tentam autoextermínio. (PET2)

Um participante sugeriu ações de promoção em saúde, como a abordagem ergonômica e a ginástica laboral entre as jornadas, na tentativa de reduzir os agravos do adoecimento.

Eu acho que algumas ações podem ser feitas para tentar melhorar mesmo a qualidade de vida no trabalho. Tinha um momento do plantão em que as pessoas paravam, faziam alongamento. Acho que isso é bom, porque, às vezes, fica cansado fisicamente e, isso, alivia um pouco. (PMA2)

Um participante chamou a atenção para o importante papel da chefia.

Eu queria que a chefia tivesse mais pulso forte e escutasse os dois lados da história. (PET1)

Campos e David (2010) relatam que relações conflituosas prejudicam e impedem melhorias e mudanças na estrutura da organização de trabalho. Revelam que o embate entre essas relações só sustenta a intolerância, favorecendo um processo de adoecimento. Por outro lado, ambientes organizacionais harmoniosos e com relações satisfatórias permitem um elo melhor nas relações de trabalho e aumentam a confiança entre chefia e trabalhador.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar os motivos de absenteísmo de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital público estadual de urgência e emergência, no período entre janeiro de 2014 a dezembro 2018.

As licenças médicas são agrupadas conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10). Esta classificação foi publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde.

Os dados revelam um registro de 16.419 dias de falta ao trabalho por licença médica na UTI adulto e pediátrica no período estabelecido pela pesquisa. A média de dias de afastamento por ano é de 3.284, que corresponde a 274 dias de afastamentos por mês e nove por dia.

Os resultados demonstram a redução de 23,82% no quantitativo de dias de ausência por licença médica no período analisado. Em 2017, a instituição criou um adicional financeiro por dia efetivamente trabalhado, provavelmente, este incentivo contribuiu positivamente para redução de ausências no período.

Ao apurar a quantidade de licenças por categoria profissional, observou-se que a função com maior número foi a do técnico de enfermagem, com 11.757 dias. Isto, representa 71,59% das ausências no período. O enfermeiro/enfermeiro intensivista é a segunda categoria profissional com maior número de ausências, sendo apurado 1.790 dias, cujo valor percentual é de 11,42%. O técnico de enfermagem e o enfermeiro, representam 70% da força de trabalho da UTI adulto e pediátrica, por isso, obtiveram a maior concentração de ausências. A terceira categoria profissional com maior número de ausência foi do fisioterapeuta respiratório, com 1.418 dias, ou seja, 8,64%.

Ao agrupar os dias de ausências por CID-10 da doença, percebeu-se que as doenças relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99) representam 26,25% das ausências no período analisado. O segundo motivo que levou ao afastamento dos trabalhadores foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 – M99), 15,26%.

A análise qualitativa dos dados obtidos por intermédio das 13 entrevistas realizadas no setor da UTI adulto e pediátrica, demonstrou que a sobrecarga, o estresse, o acúmulo de atividades, o plantão, os relacionamentos entre a equipe, o perfil e a demanda do paciente podem estar ocasionando o adoecimento e afastamentos do trabalho.

Em relação ao ambiente e às condições de trabalho, vários condicionantes têm gerado insatisfação, como o barulho, as demandas variadas e as interrupções do atendimento em andamento.

Os participantes relataram que o cansaço está relacionado aos plantões, em função do número de horas de trabalho ininterrupto, principalmente, no horário noturno, pelo fato de trabalharem sozinhos ou com um quadro de profissionais reduzido.

O prazer está relacionado à identidade profissional e à realização pessoal, além do reconhecimento por parte dos pacientes.

A maioria dos entrevistados relatou que tem dificuldades para dormir. O plantão e outras situações fora do hospital contribuem para isso. Nos momentos de folga na escala eles aproveitam para ficar com família, filhos e maridos, sobrando poucas alternativas de lazer. Várias situações contribuem para o adoecimento: sobrecarga de trabalho em função do perfil assistencial do paciente, acúmulo das atividades durante o plantão, mais de um vínculo de trabalho, comunicação entre a equipe multiprofissional, risco biológico e fatores externos como os familiares. Todas favorecem o adoecimento.

A maioria dos participantes reconhece que o absenteísmo é um gerador de dificuldades, levando a situações de ajustes no setor de trabalho, causando sobrecarga e excesso de trabalho. As reações ao absenteísmo são diversas e, às vezes, ambíguas. Nem sempre existe compreensão sobre o fato dele ter sido motivado pelo adoecimento real do trabalhado, porque o ritmo é intenso e, que nem mesmo as chefias, têm tempo para conversar e analisar cada caso.

A gravidez ainda é vista como um problema, apesar de não ser uma doença e, não, como um direito de se constituir uma família. O trabalhador que adoce, em especial repetidamente, é rotulado como pouco produtivo e desleal com os colegas, porque gera sobrecarga para a equipe.

O presenteísmo também foi apontado como um dos problema vivenciados no ambiente de trabalho. Apesar de todas as dificuldades e situações estressantes geradas, todos os entrevistados demonstraram que se identificam com o setor e com o hospital. Afirmaram ter prazer e orgulho de trabalhar neste local e se sentem realizados com o que fazem.

Considerou-se possível e necessário, realizar intervenções que busquem melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador, principalmente das categorias profissionais da enfermagem e da fisioterapia, devido à quantidade de profissionais e de afastamentos por adoecimento, para garantir melhor saúde ocupacional.

O estudo possibilitou considerar a necessidade de avaliação nos processos de gestão tanto entre os gestores bem como avaliar melhor a força de trabalho desta unidade de terapia intensiva. Foram relatadas várias situações que merecem atenção por parte da instituição como: avaliação dos conflitos; a sobrecarga entre trabalhadores e gestores; condições de conforto e de ergonomia; e escuta aos profissionais sobre a sua saúde mental.

Como limitações do estudo, considerou-se o número de participantes entrevistados. Sugere-se que futuros estudos possam utilizar outras técnicas de coleta que permitam o aprofundamento das análises como observações e grupos focais.

## REFERÊNCIAS

ABREU, R. M. D.; GONCALVES, R. M. D. A.; SIMOES, A. L. A. Motivos atribuídos por profissionais de uma unidade de terapia intensiva para ausência ao trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 386-393, Jun. 2014

AGUIAR, G. A.; OLIVEIRA, J. R. Absenteísmo: Suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. **Revista de Ciências Gerenciais**, São Paulo, v. 13, n. 18, p. 95-113, 2009.

ALBUQUERQUE, S. G. E. et al. Fatores de risco à segurança do enfermeiro na unidade de terapia intensiva de um hospital geral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 2, p. 135-142, 2015.

ALEMÃO, M. M.; GONÇALVES, M. A.; DRUMOND, H. A. Estudo da utilização da informação de custos como ferramenta de gestão em organização pública. **Revista Perspectiva e Gestão**, João Pessoa, v. 3, n. 1, p. 210-226, 2013.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200, abr. 2006.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson, 1999.

ARAÚJO, J. P. **Afastamento do trabalho**: absenteísmo e presenteísmo em uma instituição federal de ensino superior. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-8, maio/jun. 2015.

BOLELA, F.; JERICO, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 301-309, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jun. 2019.

BRANT, L.C.; DIAS, E. Trabalho e construção do sujeito: o sofrimento no âmbito da gestão In: VIEIRA, A.; ALVES, M.; GARCIA, F. C. (Orgs.). **Trabalho e gestão**: saúde e inclusão social. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. M. Manifestação do sofrimento e resistência ao adoecimento na gestão do trabalho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 237-247, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O desafio do financiamento. In: \_\_\_\_\_. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. cap. 2, p. 63-94. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro\\_Sus.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro_Sus.pdf)>. Acesso em: 19 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 9-16. (Série B. Textos básicos de saúde) (Cadernos Humaniza SUS, v.3)

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 5 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 7 da ANVISA, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)>. Acesso em: 2 abr. 2019.

CAMPELO, C. L. et al. Absenteísmo na enfermagem: análise do estado da arte. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 9, n. 1, p. 207-215, jan./mar. 2016.

CAMPOS, C. A. et al. Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 165-174, 2017.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Custo humano no trabalho: avaliação de enfermeiros em terapia intensiva à luz da psicodinâmica do trabalho. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1/3, p. 23-32, jan./dez. 2010.

CARDOSO, F. N. A. **Prevalência da síndrome de Burnout em médicos intensivistas em unidades de terapia intensiva neo-natal, infantil e adulto**. 2015. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, Santos, 2015.

CARLOTTO, M.S.; CAMARA, S.G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 325-332, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 maio 2019.

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

COUTO, H. A; VIEIRA, F. L. H; LIMA, E. G. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira Hipertensão**, Campinas, v. 14, n. 2, p. 113-115, 2007.

FERRAREZE, M.; FERREIRA, V. G.; V.; CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 310-315, set. 2006.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Líber Livro, 2008.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FURLAN, J. A. S.; STANCATO, K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. **Rev. Adm. Saúde**; v. 15, n. 60, p. 111-120, 2013.

GARANHANI, M. L. et al. O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jul. 2019.

GEHRING JUNIOR, G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 401-409, 2007.

GUARESCHI, P. A. Relações comunitárias relações de dominação. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.). **Psicologia Social Comunitária**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 81-99.

GUERRA, P. C. et al. Sono, qualidade de vida e humor de profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 279-285, abril de 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000200279&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200279&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan. 2020.

INOUE, K. C. et al. O absenteísmo-doença de uma equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 209-214, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jul. 2019.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. O setor hospitalar brasileiro: estrutura, financiamento, gastos e resultados. In: \_\_. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009. p.19-53.

LAUTERT, L; CHAVES, E. H. B; MOURA, G. M. S. S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista Panamericana Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v, 6, n. 6, p. 415-25, 1999.

LEITÃO, I. M. T. A.; FERNANDES, A. L.; RAMOS, I. C. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Fortaleza, v. 7, n. 4, p. 476-484, 18 mar. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6630>>. Acesso em: 09 jan. 2020.

LEMOS, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 345-357, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2019.

LIMA, F. B. **Prazer e sofrimento na prática laboral do enfermeiro em uma UTI**. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **ver. Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

LUCCA, S. R.; RODRIGUES, M. S. D. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Campinas, v.12, n. 2, abr./jun. 2015.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-30, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2019.

LÜDKE, M. ; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACEDO, M. A. **Nível de estresse em fisioterapeutas que atuam na UTI de hospitais públicos no município de Campina Grande/PB**. 2011. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

MACIEL, R. H. et al. Multiplicidade de vínculos de médicos no estado do Ceará. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 950-956, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000500021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. de 2019.

MACHADO, R. M. Síndrome de Burnout em centro de terapia intensiva infantil da região centro-oeste de Minas Gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min.** Minas Gerais, v. 1, n. 2, p. 201-209, abr/jun, 2011.

MARTINS, B. R. **O Processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um hospital público**. 2016. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem): Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

MARQUES, D. O. et al. O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 876-882, out. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000500876&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500876&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 dez. 2019.

MIRANDA, É. J. P.; STANCATO, K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 68-76, mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2008000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 fev. 2020.

MONTEIRO, J. K. Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 245-250, ago. 2012  
Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572012000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 16 fev. 2020.

MORETTI, A. C. et al, Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n. 2, p.346-354, 2009.

NASCIMENTO, D. S. S. et al. Prevalência de distúrbio psíquico menor e fatores associados em enfermeiros intensivistas. **Revista Baiana Enfermagem**, Feira de Santana, v. 33, n. e28091, p. 3-12, 2019. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/28091/19116>>. Acesso em 20 fev. 2020.

PAULA, E. H. **Custo humano da atividade e estratégias de mediação em UTI no distrito Federal: “Enquanto há vida, há esperança”**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado no Instituto de Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

PEREIRA, A. A. et al. Absenteísmo: um estudo de caso em um hospital universitário. **Scientia Plena**, Petrópolis, v. 7, n. 10, p. 24-32, 2011.

PINHATTI, E. D. G. et al. Distúrbios psíquicos menores na enfermagem: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2176-2183, 2018.

PONDÉ, MP; CARDOSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 163-172, 2003.

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**. Belo Horizonte, v.20, n.2, supl 2, p. 47-58, 2010;

RIBEIRO, D. C. M.; KUROBA, D. S. Fatores que levam os profissionais de enfermagem ao absenteísmo no Brasil. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 9, n.5, jul./dez, 2016.

ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 1-15, dez. 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582005000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 08 maio 2019.

ROTTA, B. P. et al. Relação entre a disponibilidade de serviços de fisioterapia e custos de UTI. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 184-189, 2018.

SALOMÉ, G. M.; ESPOSITO, V. H. C.; SILVA, G. T. R. O profissional de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 294-299, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 fev. 2020.

SANTANA, L. L. et al. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, n. e53485, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000100416&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100416&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mar. 2019.

SANTOS, C. L. C. et al. Prevalência de síndrome da estafa profissional e fatores associados em fisioterapeutas intensivistas. **Rev. Pesq. Fisio.**, v. 8, n. 3, p. 336-344, 2018a.

SANTOS, S. N. et al. Intervenção psicológica numa unidade de terapia intensiva de cardiologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 50-66, dez. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SANTOS, A. S. et al. gestão estratégica em serviços de urgência e emergência de uma fundação hospitalar de Minas Gerais. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, n. 5, p. 12-24, 2018b.

SANTOS, L. C. et al. Fatores predisponentes à síndrome de burnout e estresse em enfermeiros na unidade de terapia intensiva. **REFACI**, Brasília, v. 2, n. 2, ago./dez. 2018c.

SANTUZZI, C. H. Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisão sistemática. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 415-22, 2013.

SILVA, M. J. P. Comunicação de más notícias. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012

SILVA, R. A. D. et al. Síndrome de Burnout: realidade dos fisioterapeutas intensivistas?. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 388-394, dez. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502018000400388&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502018000400388&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 fev. 2020.

SOUSA, K. H. J. F. et al. Risco de adoecimento e custo humano no trabalho em um hospital psiquiátrico. **Esc. Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2018.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão. In: \_\_\_\_\_. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. v. 2, cap. 32, p. 905-15.

TIRONI, M. O. S. Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 270-277, set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2016000300270&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000300270&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 fev. 2020.

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

VASCONCELOS, D. V. et al. Absenteísmo em dois hospitais públicos de Minas Gerais: perfil epidemiológico. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte v. 27, (supl 1), p. 4-10, 2017.

VERGARA, S C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 2a. ed. São Paulo: Atlas, 1998

VIEIRA, A. et al. A qualidade de vida de quem cuida da saúde: a residência multiprofissional em análise. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde – RGSS**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 371-383, set./dez. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas****ENTREVISTA COM TRABALHADORES**

## Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Estado cível: \_\_\_\_\_

Tem Filhos: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Trabalha somente na Unidade de Terapia Intensiva: ( ) Sim ( ) Não

Outro vínculo: Local \_\_\_\_\_ Setor \_\_\_\_\_

Carga horária \_\_\_\_\_

1. Como consegue articular as jornadas de trabalho nessas instituições?
2. Em que momentos você se sente mais cansado ou desanimado?
3. Em quais momentos você sente mais prazer ou mais realizado?
4. O que mais lhe incomoda em relação ao ambiente e as condições de trabalho?
5. Quantas horas por dia/semana você dedica ao sono e ao lazer?
6. Faz uso de algum medicamento ou estimulante para dormir?
7. Desenvolve alguma atividade física regularmente?
8. O absenteísmo é um problema na sua unidade? Por quê?
9. Quais fatores presentes no seu trabalho que mais levam ao adoecimento físico ou psicológico na sua unidade?
10. Como as chefias e colegas reagem quando um colega adoece física ou mentalmente?
11. Descreva os motivos que o fazem continuar trabalhando nessa unidade?

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada **Absenteísmo por Motivo de Doença: Estudo de Caso de Uma Unidade Hospitalar do Estado de Minas Gerais**, do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O objetivo geral desta pesquisa é analisar a relação entre absenteísmo por motivo de doença e formas de gestão de pessoas, bem como seus impactos nos custos operacionais de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica, de um hospital público estadual de urgência e emergência.

Se concordar em participar deste estudo, **será realizada uma entrevista** em seu local de trabalho/estudo ou em outro local previamente agendado. O Sr.(a) gastará em média 40 minutos para responder às perguntas. O conteúdo da entrevista ficará em segredo e seu nome não será divulgado. Assim, os dados coletados na pesquisa são confidenciais e não serão utilizados para outros fins. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos (ou até dez anos) na sala 510 da Escola de Enfermagem da UFMG e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções N° 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Para participar desta pesquisa o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou se recusar a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo ou penalização ao Sr. (a) ou à instituição.

O benefício direto desta pesquisa é para a sociedade será prover os gestores de saúde de informações que permitam estabelecer e acompanhar indicadores de desempenho que, associados ao planejamento estratégico, propiciam a melhorias das ações de educação e o atendimento da população.

Os riscos em relação à sua participação nesta pesquisa são mínimos. Pode haver desconforto pelo tempo dispensado, receio e constrangimento de se expor ou de ser avaliado. Mas, informo que diante dos objetivos desta pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo.

Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias sendo que uma ficará com o Sr. (a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Rubrica do (a) participante: _____	Rubrica da pesquisadora responsável: _____	Rubrica da pesquisadora mestrando: _____
---------------------------------------	---	---

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **“Absenteísmo por Motivo de Doença: Estudo de Caso de Uma Unidade Hospitalar do Estado de Minas Gerais”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Nome completo do participante

---

Assinatura do participante

**Pesquisador responsável:**

**Profa. Dra. Adriane Vieira**

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem/UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409 9878. E-mail: [yadri.bh@gmail.com](mailto:yadri.bh@gmail.com)

---

Assinatura do pesquisador responsável

Dados dos membros da pesquisa:

**Richardson Warley Siqueira Luzia** - Discente do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde/EE/UFMG; Av. Alfredo Balena, 190/004, Fone (31) 3409-9878, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP 30130-100. E-mail: [richardsonenf@gmail.com](mailto:richardsonenf@gmail.com).

**Márcia Mascarenhas Alemão** - Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde/EE/UFMG; Av. Alfredo Balena, 190/004, Fone (31) 3409-9878, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, CEP 30130-100. E-mail: [marcia.alemao@yahoo.com.br](mailto:marcia.alemao@yahoo.com.br).

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa você poderá consultar:

**COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG**

Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG.

E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br) Telefone: 31 3409-4592.

**CEP – FHEMIG – Comitê de Ética e Pesquisa da FHEMIG**

Alameda Vereador Álvaro Celso, 100, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, tel: (31)3239-9552 CEP:30.150-260, E-mail: [cep@fhemig.mg.gov.br](mailto:cep@fhemig.mg.gov.br)

## APÊNDICE C - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

### 1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Nome	RG	Assinatura
Adriane Vieira	15226972	
Márcia Mascarenhas Alemão	M: 3052322	
Richardson Warley Siqueira Luzia	MG:12348704	

### 2. Identificação da pesquisa

a) Título do Projeto:

ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA: ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA E PEDIÁTRICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

b) Departamento/Faculdade/Curso:

\_ENA/UFMG/MPGSS\_

c) Pesquisador Responsável:

\_Adriane Vieira\_

### 3. Descrição dos Dados

O objetivo geral da presente pesquisa foi analisar os motivos de absenteísmo de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital público estadual de urgência e emergência, no período entre de 2014 a 2018.

Para selecionar os participantes da pesquisa, foi necessário identificar os servidores que tinham o maior percentual de afastamentos médicos por motivo de doença, bem como trabalhadores que tinham menor percentual de ausências no período compreendido entre janeiro 2014 a dezembro de 2018. Para isso, foi realizada consulta aos seguintes bancos de dados: sistema de apuração de ponto; sistema de administração de pessoal do estado de Minas Gerais; e banco de dados das licenças médicas por CID's da gerência de saúde e segurança do trabalhador da instituição, registrados em planilha Excel. As informações a serem coletadas no banco de dados da empresa são: cargo e função, número de dias de afastamento e os Códigos Internacionais de Doenças (CID) predominantes, cargos, setores.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, podem ser contactados os Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP-UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha – Belo Horizonte – MG – CEP 31270-901 Unidade Administrativa II – 2º Andar – Sala: 2005 Telefone: (031) 3409-4592 – E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br) ou, FHEMIG (CEP-FHEMIG): Alameda Álvaro Celso, 100, Sala 105, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte – Minas Gerais. CEP:30150260, Telefone: (031) 3239 – 9711 – E-mail: [etica@fhemig.mg.gov.br](mailto:etica@fhemig.mg.gov.br).

#### 4. Declaração dos Pesquisadores

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos (ou até 10 anos), na sala 510 da Escola de Enfermagem da UFMG e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação dos CEP's UFMG e FHEMIG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre Esclarecido de todos os Sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Dados, para salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belo Horizonte, 08 de Agosto de 2019.

Nome completo	Assinatura
Adriane Vieira	
Márcia Mascarenhas Alemão	
Richardson Warley Siqueira Luzia	

## **5. Autorização da Instituição**

Declaramos para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo, o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se aos mesmos utilizarem os dados dos participantes da pesquisa, exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantido a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados os pesquisadores deverão apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Belo Horizonte, 08 de Agosto de 2019.

---

Ana Paula Ferreira Pena de Simone  
Gerência da Saúde e Segurança do Trabalho ( GSST)  
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)

**APENDICE – D Relatório Técnico**

Richardson Warley Siqueira Luzia

**RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO DA PESQUISA  
ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA: Estudo de Caso de Unidades de  
Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica de um Hospital Público**

Relatório técnico-científico a ser apresentado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais de Saúde.

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

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Márcia Mascarenhas Alemão

Belo Horizonte

2020

## RESUMO

O hospital é considerado um ambiente insalubre, que possui fatores predisponentes para diversos danos físicos e/ou psíquicos à saúde do trabalhador. A unidade de terapia intensiva (UTI), em especial, requer um nível de atenção elevado, pois os profissionais precisam lidar com as demandas diversas dos pacientes e dos familiares, que podem potencializar o sofrimento, adoecimento e absenteísmo. Por objetivo geral, tem-se, analisar os motivos de absenteísmo de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital público estadual de urgência e emergência, no período entre de 2014 a 2018. Por objetivos específicos: descrever o quantitativo de afastamentos por doenças, por cargo e função no período do período analisado; descrever os fatores do ambiente e das condições de trabalho que favorecem o absenteísmo na visão dos entrevistados; identificar os fatores que geram cansaço e sentimentos positivos e negativos no trabalho na UTI; identificar como os fatores fisiológicos (sono, lazer e atividades físicas) que podem afetar o bem-estar do trabalhador; e identificar os fatores predisponentes do adoecimento. Metodologicamente é um estudo de caso, com a realização de entrevistas e consultas aos bancos de dados, para a busca de informações sobre os afastamentos por adoecimento. Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde pertencentes ao quadro funcional do Hospital Estadual Alfa (HEA): enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas e técnicos de enfermagem. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 13 participantes. Os dados quantitativos foram submetidos a análise estatística do tipo descritiva. A análise dos dados qualitativos foi realizada pela técnica de análise de conteúdo, estabelecendo-se como categorias temáticas: ambiente e condições de trabalho; cansaço e desânimo; prazer e realização; sono, lazer e atividade física; fatores predisponentes do adoecimento; consequências do absenteísmo; reação da chefia e colegas ao adoecimento; e motivação para trabalhar no hospital. Os dados revelam o registro de 16.419 dias de falta ao trabalho por licença médica na UTI, no período de 2014 a 2018. A função com maior número de dias de afastamento é a do técnico de enfermagem, o que está associado ao quantitativo desses profissionais nestas unidades. O enfermeiro é a segunda categoria nesse aspecto. A comunicação efetiva entre a equipe e a chefia é um fator que precisa de melhorias nos processos e nos relacionamentos. Em relação ao ambiente e às condições de trabalho, vários condicionantes têm gerado insatisfação. O cansaço está relacionado aos plantões e a quantidade de horas de trabalho ininterrupto. A maioria tem dificuldades para dormir. Nos momentos de folga, aproveitam para ficar com família, restando poucas alternativas de lazer. Várias situações contribuem para o adoecimento, como a sobrecarga de trabalho em função do perfil assistencial do paciente, acúmulo das atividades durante o plantão, mais de um vínculo de trabalho, comunicação entre a equipe multiprofissional, risco biológico e fatores externos como familiares. As reações ao absenteísmo são diversas e ambíguas. A gravidez, ainda é vista como um problema e, o trabalhador que adoecce repetidamente é rotulado como pouco produtivo. Considera-se possível e necessário, realizar intervenções que busquem melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador. O produto técnico apresentado é um relatório, que tem como objetivo realizar o diagnóstico do absenteísmo e propor ações que assegurem a saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Absenteísmo; Profissionais da saúde; Saúde do trabalhador; Unidade de Terapia Intensiva.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CID - Código Internacional de Doenças

CQCC - Coordenação de Quadros Carreiras e Competências

DIGEPE – Diretoria de Gestão de Pessoas

GSST – Gerência de Saúde e Segurança do Trabalhador

HEA - Hospital Estadual Alfa

NEGFT - Núcleo de Estatística de Gestão e Força de trabalho

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>81</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>82</b>
<b>1.1.1</b>	<b>Objetivo geral .....</b>	<b>82</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>82</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>82</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>84</b>
<b>3.1</b>	<b>Resultados quantitativos .....</b>	<b>84</b>
<b>3.2</b>	<b>Resultados qualitativos .....</b>	<b>85</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Ambiente e condições de trabalho .....</b>	<b>85</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Cansaço e desânimo .....</b>	<b>85</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Prazer e realização .....</b>	<b>86</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Sono, lazer e atividades físicas .....</b>	<b>86</b>
<b>3.2.5</b>	<b>Fatores predisponentes do adoecimento .....</b>	<b>87</b>
<b>3.2.6</b>	<b>Consequências do absenteísmo .....</b>	<b>87</b>
<b>3.2.7</b>	<b>Reação da chefia e colegas ao adoecimento .....</b>	<b>87</b>
<b>3.2.8</b>	<b>Motivação para trabalhar no hospital .....</b>	<b>88</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>88</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Bolela e Carvalho (2006) caracterizam as unidades de terapias intensivas (UTI) como locais de oferta de cuidados especializados a paciente internados para observação ou em estado crítico, com necessidades de assistência de controle rigoroso dos parâmetros vitais, de forma contínua e permanente. Este é um ambiente permeado por tecnologias de ponta e que requer das equipes agilidade nas emergências iminentes. Apesar da estrutura tecnológica avançada e da qualificação da equipe multiprofissional, convive-se com alto índice de mortalidade. Tal fato, aumenta o medo entre familiares e pacientes pela permanência na UTI, uma vez que relacionam a unidade com a morte ou pouca chance de recuperação, resultando em sobrecarga emocional das equipes multiprofissionais (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015; LEMOS; ROSSI, 2002).

O desenvolvimento das atividades laborativas da equipe multiprofissional dentro da UTI, requer mais atenção quanto à organização das rotinas e a comunicação entre os membros da equipe, porque o tratamento de pacientes críticos exige grande complexidade de todos que trabalham nesse setor. Portanto, todos esses profissionais lidam com o sofrimento no âmbito hospitalar, e que podem levar a quadros de somatização devido a esse ambiente estressor, sendo que alguns profissionais chegam a desencadear processos que envolvem o afastamento, quadro de transtornos mentais, ansiedade e depressão, aumentando o absenteísmo (LUCCHESI; MACEDO; MARCO. 2008).

O absenteísmo se caracteriza entre a frequência e/ou ausência do tempo de trabalho perdido. Isso acontece quando o trabalhador não comparece ao serviço, sendo o motivo de falta, atraso e/ou por doença mediante a licença médica (FURLAN; STANCATO 2013).

Inoue et al. (2008) e Furlan e Stancato (2013) indicam cinco tipos de absenteísmo que podem levar a ausência ao trabalho: por motivo de doença; por acidente de trabalho e/ou doença do trabalho; absenteísmo legal (nojo, gala, doação de sangue e de serviços militares); o absenteísmo compulsório (atribuído pelo patrão, por prisão e/ou outro impedimento de não comparecer ao trabalho); e o absenteísmo voluntário (motivado pelo trabalhador de ordem particular não justificada). Nesta pesquisa, explora-se o absenteísmo motivado pela doença, buscando o entendimento do fenômeno no cenário a ser estudado.

Vasconcelos et al. (2017) afirmam que o custo dessa ausência dos trabalhadores no ambiente de trabalho é considerado onerosa nas organizações, no sentido de capacitar, substituir e gerar horas extras, para compensar o trabalho não realizado pelo trabalhador ausente.

Contudo, essa situação gera também um custo indireto que é a sobrecarga dos profissionais do setor e a redução da qualidade prestada da produtividade na organização.

Na pesquisa realizada por Machado et al. (2011) em uma unidade de terapia intensiva, nota-se que a exposição prolongada a fatores de riscos ocupacionais e de um ambiente de trabalho estressor, facilita que a equipe de enfermagem a desenvolva a síndrome de *Burnout*.

Considerando esse cenário, formula-se a questão de pesquisa: Quais os motivos do absenteísmo de profissionais de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital público estadual de urgência e emergência?

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo geral**

Analisar os motivos de absenteísmo de uma unidade de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital público estadual de urgência e emergência, no período entre de 2014 a 2018.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Descrever o quantitativo de afastamentos por doenças, por cargo e função no período do período analisado;
- Descrever os fatores do ambiente e das condições de trabalho que favorecem o absenteísmo na visão dos entrevistados;
- Identificar os fatores que geram cansaço e sentimentos positivos e negativos no trabalho na UTI;
- Identificar como os fatores fisiológicos (sono, lazer e atividades físicas) que podem afetar o bem estar do trabalhador; e
- Identificar os fatores predisponentes do adoecimento.

## **2 METODOLOGIA**

O presente estudo caracteriza-se por ser do tipo qualitativo e descritivo (TRIVIÑOS, 1987). O método adota para o desenvolvimento da pesquisa foi o estudo de caso de um hospital público, referência em urgência e emergência, localizado no estado de Minas Gerais,

denominado neste estudo de Hospital Estadual Alfa (HEA), para que sua identidade seja preservada.

A unidade de análise escolhida foi a UTI, que engloba a UTI adulto e pediátrica. Observou-se que nas unidades de terapia intensiva adulto e pediátrico atuam 366 trabalhadores. As descrições dos cargos e funções estão apresentadas na Figura 1.

**Figura 1 – Cargos e funções da unidade de terapia intensiva**

CARGO	FUNÇÃO
Profissionais da Enfermagem	Enfermeiro e Técnicos de Enfermagem
Profissionais Médicos	Médico
Profissionais de Nível Superior da Área da Saúde	Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista
Profissionais de Nível Técnico e Médio na Saúde	Técnico de Farmácia e Auxiliar Administrativo
Profissionais de Nível Fundamental na Saúde	Circulante de Enfermagem

Adaptado pelo pesquisador através da fonte: Sistema de Apuração de Ponto – (SAPT) e Sistema Integrado de Administração de Pessoal - (SISAP)

Existem cinco cargos que englobam 13 funções, sendo nove de nível superior, dois de nível técnico (enfermagem e farmácia), um de nível médio (auxiliar administrativo) e um de nível fundamental (circulante de enfermagem).

Para selecionar os participantes da pesquisa foi necessário identificar os servidores que tinham o maior percentual de afastamentos médicos por motivo de doença, bem como aqueles que tinham menor percentual de ausências no período compreendido entre janeiro 2014 a dezembro de 2018. Com base nessas informações, foi possível identificar pelo menos cinco servidores em cada cargo e função, com maior e menor percentual de afastamento.

Na sequência, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos selecionados. Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada é baseada em um roteiro prévio de questionamentos que interessam o estudo.

Os dados quantitativos coletados no banco de dados da instituição foram submetidos a uma análise estatística do tipo descritiva. Os dados das entrevistas foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo do tipo categorial temática.

Segundo Franco (2008), essa forma de análise permite reunir um conjunto de estratégias, visando obter procedimentos de técnicas de análises nas comunicações, com o objetivo sistemático das descrições dos conteúdos das mensagens. Assim, por meio das condições empíricas do texto, foi possível estabelecer categorias para uma interpretação, possibilitando compreender o pensamento do sujeito em uma concepção transparente de linguagem.

Essa técnica é composta por três etapas: sendo a primeira formada pela pré-análise, a qual possibilita a escolha do que será analisado do documento mediante a leitura flutuante, formulação de possíveis hipóteses e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação; a segunda etapa, é formada pela exploração do material, que possibilitou classificar e alcançar a compreensão do texto para uma análise e categorização; e, a terceira, o tratamento dos dados, quanto inferência e interpretação dos resultados.

Segundo Franco (2008), a análise de conteúdo é uma técnica que busca como objetivo, o sentido de um texto. Sendo uma linguagem entendida como expressão da existência humana, se estabelecendo representações sociais entre a linguagem, pensamento e ação.

### **3 RESULTADOS**

#### **3.1 Resultados quantitativos**

As análises do banco de dados revelaram um registro de 16.419 dias de falta ao trabalho por licença médica na UTI adulto e pediátrica, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. A quantidade média de dias de afastamento por ano é de 3.284, o que corresponde a 274 dias de afastamentos por mês e nove por dia.

Os dados também demonstram a redução de 23,82% no quantitativo de dias de ausência por licença médica no período analisado. Ao apurar quantidade de licenças por categoria profissional, observou-se que a função com maior número foi do técnico de enfermagem, com 11.757 dias, representando 71,59% das ausências no período. O enfermeiro/enfermeiro intensivista é a segunda categoria profissional com maior número de ausências, 1.790 dias, cujo valor percentual é de 11,42%. O técnico de enfermagem e o enfermeiro representam 70% da força de trabalho da UTI adulto e pediátrico, por isso, representa a maior concentração de ausências. A terceira categoria profissional com maior número de ausência foi do fisioterapeuta respiratório, com 1.418 dias, cujo valor percentual é de 8,64%.

Ao relacionar o CID-10 com a categoria profissional, observou-se que as doenças relacionadas ao grupo (F00- F999) são responsáveis por 14,95% das ausências do técnico de enfermagem e, 6,43%, das ausências do enfermeiro. Na categoria dos médicos, a maior prevalência foram as doenças do grupo O00 – O99, gravidez, parto e puerpério, com 3,45% e, do grupo com uma representação de 2,49% - S00 – T98 -, lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Ao agrupar os dias de ausências por CID-10 da doença, observou-se, que as doenças relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99) representam 26,25% das ausências no período. O segundo motivo que levou o afastamento do trabalhadores foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 – M99), cujo percentual foi de 15,26%.

## **3.2 Resultados qualitativos**

### **3.2.1 Ambiente e condições de trabalho**

Em relação ao ambiente e às condições de trabalho, vários condicionantes têm gerado insatisfação, o barulho é um deles, além das demandas variadas e as interrupções do atendimento em andamento, que podem prejudicar a qualidade do serviço prestado e tiram a concentração aumentando o desgaste físico e emocional.

Outras fragilidades mencionadas foram: falta de comprometimento dos membros das equipes; condições ergonômicas desfavoráveis; questões políticas como o mal uso do dinheiro público, quando o dinheiro que deveria ser destinado ao paciente é utilizado para outro fim; falta de comprometimento profissional; gravidade do paciente; sobrecarga de trabalho comprometendo as relações interpessoais; falta de insumos; qualificação profissional inadequada; e despreparo dos supervisores.

### **3.2.2 Cansaço e desânimo**

Os participantes relataram que o cansaço está relacionado aos plantões, em função do número de horas de trabalho ininterrupto e, principalmente, os noturnos, porque trabalham sozinhos ou com um quadro bastante reduzido.

A jornada e o plantão dentro da UTI são puxados e desafiadores e o trabalho no período noturno impõe ainda mais sobrecarga e dificuldade de descanso. Outras situações relatadas foram cansaço maior no período final do plantão ou da semana, tendo, ainda, as questões familiares como a criação de filhos que exigem atenção e cuidado.

A instituição não apresenta uma regulamentação que define o cumprimento da carga horária semanal. Por ser pública, a carga horária está de acordo com edital do concurso. O cumprimento da jornada é estabelecido em acordo celebrado entre chefia e servidor, por meio

de escala de trabalho ou de plantão, sendo comum a troca entre os trabalhadores com a permissão da chefia imediata. Por isso, é comum o cumprimento das 24 horas interruptas ou mais para as categorias profissionais nesta instituição.

### **3.2.3 Prazer e realização**

O ambiente familiar, estar com os filhos, marido e aproveitar os momentos com eles é fonte de prazer. Mas, ele, também está relacionado com os resultados do trabalho que, no caso, é a melhora do paciente: chegar grave na UTI e sair conversando e andando, receber alta, contribuir para com a boa evolução e recuperação desse paciente.

Essa sensação de prazer foi relatada por todas as categorias profissionais, como um sentimento de emoção com o trabalho realizado. O prazer está relacionado à identidade profissional e à realização pessoal, quando existe o reconhecimento por parte dos pacientes. Da mesma forma, as conversas entre os membros da equipe amenizam a carga e dão um estímulo para seguir o plantão. A atividade física, a aula de música e a família completam esse quadro emocional.

### **3.2.4 Sono, lazer e atividades físicas**

Em relação ao sono, a maioria dos entrevistados relata que tem dificuldades para dormir e/ou não dorme bem. Foi observado nos relatos que o plantão e outras situações fora do hospital contribuem para isso. Quanto ao lazer, foi identificado que os entrevistados não têm muitas oportunidades, a não ser no fim de semana, aproveitando os momentos de folga na escala para ficar com família, filhos e maridos. Alguns profissionais tiveram contato com o uso de medicações para estimular o sono e, outros, nunca fizeram o uso.

Em relação à atividade física, os entrevistados relataram que se esforçam para praticar. Muitos citaram que tem preferência pela caminhada, musculação, natação e pilates. Foram pontuadas as dificuldades de não conseguir fazer atividade física, em função do regime de plantão, dos cuidados com os filhos e o próprio cansaço pós plantão.

### **3.2.5 Fatores predisponentes do adoecimento**

Observou-se que várias situações que contribuem para o adoecimento, entre elas: sobrecarga de trabalho em função do perfil assistencial do paciente, acúmulo das atividades durante o plantão, mais de um vínculo de trabalho, comunicação entre a equipe multiprofissional, risco biológico e fatores externos como familiares. Todos eles favorecem o adoecimento.

O cenário de trabalho da UTI apresenta dificuldades, principalmente nos quesitos de comunicações efetivas, estrutura física, formas de gestão do trabalho e de pessoas e interação entre membros da equipe.

### **3.2.6 Consequências do absenteísmo**

Os entrevistados mencionaram o fato de se sentirem sobrecarregados e, que isso, seria uma motivação para a ausência. Informam que os profissionais da UTI estão adoecendo e, eles, não aceitam que estão doentes devido a questão financeira, pois a licença médica geraria uma queda no salário. Relataram que não há absenteísmo entre a equipe delas, mas citam que já vieram trabalhar doentes, para não desfaltar a escala de trabalho.

Neste estudo, observou-se que os CID F00 – F99 e M00 – M99 obtiveram o quantitativo de ausências maior nas categorias profissionais da enfermagem e da fisioterapia.

### **3.2.7 Reação da chefia e colegas ao adoecimento**

As reações ao absenteísmo são diversas e, às vezes, ambíguas. Nem sempre existe compreensão sobre o fato do absenteísmo ter sido motivado pelo adoecimento do trabalhado, porque o ritmo de trabalho é intenso que nem mesmo as chefias têm tempo para conversa e analisar cada caso. O trabalhador que adoce, em especial repetidamente, ainda é rotulado como pouco produtivo e desleal com os colegas e, isso, gera sobrecarga para a equipe.

O presenteísmo também foi apontado como um dos problemas vivenciados no ambiente de trabalho. No ano de 2017, o hospital começou a pagar um adicional por dia efetivamente trabalhado. Durante as entrevistas surgiram relatos de que, às vezes, os trabalhadores comparecem ao trabalho mesmo doentes, justamente para não perderem o benefício financeiro, estimulando o presenteísmo.

### 3.2.8 Motivação para trabalhar no hospital

Apesar de todas as dificuldades e situações estressantes geradas, todos os entrevistados demonstraram que se identificam com o setor e com o hospital. Afirmaram ter prazer e orgulho de trabalhar neste local e se sentem realizados com o que fazem. Por essa razão, o ambiente da UTI, por ser complexo, possibilita a geração de fontes estressoras no ato de cuidar, comunicar, interagir com família, mas, também, de entrega à profissão, de retorno do trabalho realizado com a cura ou sobrevida do paciente.

Dois participantes relataram que seria importante se houvesse um serviço de acompanhamento psicológico dos trabalhadores para atuarem no início do adoecimento, de forma preventiva, desenvolvendo ações que possam minimizar os agravos à saúde, além de se realizar treinamentos e capacitações para facilitar o entendimento para evitar o adoecimento.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A UTI adulto e pediátrica, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, teve 16.419 dias de falta ao trabalho por licença médica. A média de dias de afastamento por ano foi de 3.284, o que corresponde a 274 dias de afastamentos por mês e nove por dia.

A categoria profissional que mais se afastou foi a do técnico de enfermagem, 11.757 dias, o que representa 71,59% das ausências no período. O enfermeiro/enfermeiro intensivista é a segunda categoria profissional com maior número de ausências, 1.790 dias, correspondendo a 11,42%. O técnico de enfermagem e o enfermeiro representam 70% da força de trabalho da UTI adulto e petiátrica, por isso, representa a maior concentração de ausências. A terceira categoria profissional com maior número de ausência foi do fisioterapeuta respiratório, 1.418 dias, ou seja, 8,64%.

Ao agrupar os dias de ausências por CID-10 da doença, observou-se, que as doenças relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99) representam 26,25% das ausências no período. O segundo motivo que levou o afastamento do trabalhadores são as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 – M99), cujo percentual é de 15,26%.

A análise qualitativa dos dados obtidos por meio das 13 entrevistas realizadas demonstraram que a sobrecarga, o estresse, acúmulo de atividades, o plantão, os relacionamentos entre a

equipe, o perfil e a demanda do paciente, podem ocasionar o adoecimento e o afastamento do trabalho.

Considera-se possível e necessário realizar intervenções que busquem melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador, principalmente das categorias profissionais da enfermagem e da fisioterapia, devido à quantidade de pessoal e de afastamentos por adoecimento, para garantir uma melhor saúde ocupacional.

Com os resultados que a pesquisa revelou, foi possível elencar recomendações para que a instituição encontre caminhos para o reconhecimento, entendimento e organização das ações para enfrentamento do absenteísmo institucional:

- . Construir políticas em gestão de pessoas;
- . Realizar capacitação dos gestores e das chefias imediatas;
- . Avaliar os processos de trabalho, bem como avaliar a gestão das horas extras e das férias, para não sobrecarregar os profissionais;
- . Melhorar a comunicação efetiva da equipe;
- . Realizar pesquisas de clima organizacional com frequência; e
- . Oferecer acolhimentos preventivos (antes do adoecimento).

A instituição onde foi realizada a pesquisa, passou por uma reforma administrativa de toda a sua estrutura organizacional. Essa mudança importante foi o convite de chefiar o Núcleo de Estatística de Gestão e Força de trabalho (NEGFT). Este setor será responsável por monitorar e gerar informações estratégicas, ações em gestão de pessoas. Sendo assim, foi realizada a publicação da Portaria Presidencial Nº 1.667, de 20 de fevereiro de 2020, que instituiu o Núcleo de Estatística de Gestão da Força de Trabalho, que realizará também entre outras atribuições, o monitoramento do absenteísmo institucional.

Além disso, no ano de 2018, foi criado um indicador para absenteísmo com o eixo estratégico em faltas injustificadas e licenças médicas. Este indicador passou a ser monitorado no primeiro trimestre de 2019. Este pesquisador foi indicado pela Gerência de Saúde e Segurança do Trabalho para ser o representante da área, em função da pesquisa de mestrado que estava sendo desenvolvida na instituição.

O grupo formado para discutir inicialmente o absenteísmo na instituição foi composto pelo: Assessor Estratégico da Diretoria de Gestão de Pessoas (Diretoria de Gestão de Pessoas), Analista Coordenador, do setor de Coordenação de Quadros Carreiras e Competências (CQCC), Analista de Gestão de Pessoas, que pertence ao setor de Coordenação de Quadros Carreiras e

Competências, e o Enfermeiro do Trabalho da Gerencia de Saúde e Segurança do Trabalhador (GSST).

A partir da inserção deste pesquisador no grupo, o indicador foi rediscutido e iniciou-se nova trajetória. Primeiramente, foi construído um plano de ação de curto, médio e longo prazos para que a instituição avaliasse quais caminhos seguir para enfrentar o absenteísmo. Este plano foi encaminhado para a Diretoria de Gestão de Pessoas. Das medidas adotadas neste plano de ação, foram consolidadas, até o momento presente, apenas a publicação do boletim estatístico mensal e a publicação institucional de conscientização do absenteísmo na *intranet*. As demais propostas, ainda não foram executadas.

Em 2020, foi definido que este pesquisador seria o responsável pelo indicador institucional. Assim, foi criado um grupo de trabalho, em nível central, composto por: representantes da GSST, representantes do Gerencia de Ensino e Pesquisa, da Gerência de Pessoal e da Diretoria Assistencial. Este grupo favorecerá um diálogo entre as áreas envolvidas no absenteísmo, na tentativa de construir caminhos e ações que favorecerão a instituição e o trabalhador, refletindo em melhor assistência ao paciente.

No primeiro trimestre de 2020, conforme definido no indicador do primeiro trimestre de 2020, a DIGEPE, por intermédio do grupo central formado pelos representantes mencionado, terão que construir critérios para avaliação das boas práticas, para serem repassadas para as unidades e, assim, inserir caso tenha realizado alguma boa pratica. Se for esse o caso e escolhida entre o grupo, será apresentada em seminário em março de 2020.

Dessa maneira, foi repassado via *e-mail* para que as unidades de toda a rede que compõem a instituição, enviassem as boas práticas identificadas na unidade até o dia 12 de março, para que sejam avaliadas pelo grupo de trabalho formado pela administração central e, conforme critério definido poe ele, escolhidas cinco boas práticas que serão apresentadas no seminário do absenteísmo no dia 31.03.2020.

Neste seminário, haverá a devolutiva do grupo central repassando os avanços da instituição frente ao absenteísmo, bem como a apresentação das gerencias de ensino e pesquisa e de saúde e segurança do trabalhador. Além disso, serão realizados os repasses dos avanços e dos caminhos que a instituição planeja para melhorar a gestão de serviços e das pessoas envolvidas no processo do absenteísmo institucional. Este evento contará com a palestra magna da apresentação da pesquisa de mestrado, que foi realizada na instituição no período de 2019 a 2020.

## REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson, 1999.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L. BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-8, maio-jun., 2015.

BOLELA, F.; JERICO, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 301-309, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 9-16. (Série B. Textos básicos de saúde) (Cadernos Humaniza SUS, v.3)

CAMPELO, C. L. et al. Absenteísmo na enfermagem: análise do estado da arte. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 9, n. 1, p. 207-215, jan./mar. 2016.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Líber Livro, 2008.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FURLAN, J. A. S.; STANCATO, K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. **Rev. Adm. Saúde**; v. 15, n. 60, p. 111-120, 2013.

INOUE, K. C. et al. O absenteísmo-doença de uma equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 209-214, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 jul. 2019.

LEMO, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 345-357, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2019.

LORENZETTI J.; LANZONI G. M. M. ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: Diálogo com Gestores Públicos e Privados. **Rev Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-30, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2019

LÜDKE, M. ; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R. M. Síndrome de Burnout em centro de terapia intensiva infantil da região centro-oeste de Minas Gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min.** Minas Gerais, v. 1, n. 2, p. 201-209, abr/jun. 2011.

MARTINS, B. R. **O Processo de trabalho do enfermeiro na unidade de urgência e emergência de um hospital público**. 2016. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem): Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

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**. Belo Horizonte, v.20, n.2, supl 2, p. 47-58, 2010;

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

VASCONCELOS, D. V. et al.. Absenteísmo em dois hospitais públicos de Minas Gerais: perfil epidemiológico. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte v. 27, (supl 1): p. 4 -10, 2017.

YIN, R. K. **Estudo de Caso - Planejamento e Métodos** 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.