

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Escola de Enfermagem**

**Pós-Graduação em Enfermagem**

**Renata Bastos Peres**

**ABSENTEÍSMO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM UMA  
UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

Belo Horizonte – MG

2016

Renata Bastos Peres

**ABSENTEÍSMO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM UMA  
UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado  
do Programa de Pós-graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Minas  
Gerais.

Linha de pesquisa: Organização e Gestão de  
Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Marília Alves.

Belo Horizonte – MG  
Escola de Enfermagem – UFMG

2016

P437a Peres, Renata Bastos.  
Absenteísmo de Técnicos de Enfermagem em uma unidade de urgência e emergência de um Hospital Universitário [manuscrito]. / Renata Bastos Peres. - - Belo Horizonte: 2016.  
91f.  
Orientador (a): Marília Alves.  
Área de concentração: Administração em Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Absenteísmo. 2. Técnicos de Enfermagem. 3. Emergências. 4. Hospitais Universitários. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WA 495

## ATA DE DEFESA

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
- tel: 3109-9836 | st: 3409-9889  
- caixa postal: 3556 | enfp@enferm.ufmg.br



UFMG  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS

### ATA DE NÚMERO 489 (QUATROCENTOS E OITENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA RENATA BASTOS PERES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 4 (quatro) dias do mês de março de dois mil e dezesseis, às 10:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ABSENTEÍSMO E SUA RELAÇÃO COM O COTIDIANO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO", da aluna **Renata Bastos Peres**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Marília Alves (orientadora), Meiriele Tavares Araújo e Adriane Vieira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;  
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;  
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação 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, 04 de março de 2016.

Profª Drª. Marília Alves  
Orientadora (Esc. Enf./UFMG)

Profª. Drª. Meiriele Tavares Araújo  
(Esc. Enf./UFMG)

Profª. Drª. Adriane Vieira  
(Esc. Enf./UFMG)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

  
  
  
  
HOMOLOGADO em nome do CPQ  
Em 07/03/2016  


Profª. Dra. Marília Alves  
Coordenadora do Colegiado de  
Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem/UFMG

Diminuir zoom (Ctrl+menos)

Escola de Enfermagem  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colgrad@enf.ufmg.br



### MODIFICAÇÃO EM DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **RENATA BASTOS PERES**.

As modificações foram as seguintes:

Modificação do título para: "Absenteísmo de  
Técnicos de Enfermagem em uma Unidade  
de Urgência e Emergência de um Hospital  
Universitário"

#### NOMES

Prof.ª Dr.ª Marília Alves  
Prof.ª Dr.ª Meiriele Tavares Araújo  
Prof.ª Dr.ª Adriane Vieira

#### ASSINATURAS

*Paulo Dias*  
*Meiriele Tavares Araújo*  
*Adriane Vieira*

HOMOLOGADO em reunião do CCE  
em 07/02/2016

*Marília Alves*  
Prof.ª Dr.ª Marília Alves  
Coordenadora do Colegiado de  
Pós-Graduação em Enfermagem

## AGRADECIMENTOS

Hoje, e para sempre, agradeço Àquele a quem entreguei minha vida e Ele a transformou em bênçãos: **Deus!** Pela presença constante durante a caminhada, sem você ao meu lado, eu não teria conseguido. Por ter me dado coragem e força para enfrentar os momentos mais difíceis, obrigada pelos anjos que colocou em minha vida, sou rodeada de pessoas maravilhosas

À minha mãe **Gislene**, meu pai **Renato** e minha irmã **Sabrina**, por estarem sempre ao meu lado, por terem compreendido meus momentos de ausência, que não foram poucos, na conciliação de dois vínculos profissionais e a jornada do mestrado. Em especial agradeço minha mãe por me ouvir nos momentos de angústia e confortar meu coração. Ao recém-chegado **Pedro**, meu pequeno príncipe, quanta força você me trouxe! Mesmo tão pequeno me proporciona um sorriso que me encoraja a continuar. Aos meus tios, tias, primos, primas, avô e avó, por serem sempre tão atenciosos e por acreditarem em mim.

À minha estimada orientadora, Prof. Dra. **Marilia Alves**, pelos ensinamentos transmitidos, pela convivência enriquecedora e pela paciência dispensada. Você tornou este sonho possível, me acolheu de braços abertos.

Aos **professores** da Escola de Enfermagem da UFMG, por estimularem a busca constante pelo conhecimento, pelo despertar de inquietações.

À amiga **Lilian**, não tenho palavras para descrever como você foi importante nesta jornada. A **Thays**, por me incentivar e por ter contribuído para que o primeiro passo fosse dado. À **Helena, Lorena e Carolina**, vocês foram coração e família, me ouviram, compartilharam meus momentos de sofrimento e muitas vezes de silêncio.

Às eternas amigas da UFJF **Denise, Nathalia e Paula**, foram minhas mãos e pés em Juiz de Fora, antes desta jornada se iniciar. Obrigada pela disponibilidade de resolver tudo o que precisei.

Aos “Amigos da Foragida” (**Marconi, Luiz, Rosana, Andreza, Suzana, Jullyane, Emanuele, Selma, Mariana e Rayssa**). Vocês tornaram esta etapa mais leve, as risadas me fizeram, muitas vezes, esquecer todas as preocupações, vocês foram um grande presente do mestrado. Nossos momentos foram de pura alegria e diversão.

Aos meus amigos da UPA leste. Obrigada pelas trocas de plantão para que pudesse conciliar o desejo de estudar com o trabalho, em especial **Vanessa, Cássia, Aline, Silvia e Priscila G.**

À Gerente de enfermagem do hospital em estudo, **Rita**, e a coordenadora do Pronto Socorro, **Joyce**, por terem aberto as portas para este estudo.

Aos **técnicos de enfermagem** participantes deste estudo, por terem me proporcionado o prazer de poder ouvir seus relatos, por terem me confiado compartilhar um pouquinho de suas vidas.

À bibliotecária **Mariza**, sempre atenciosa e disponível para me ajudar nas buscas bibliográficas.

Ao **NUPAE** pelos conhecimentos compartilhados

Enfim, àqueles que por mim torceram, diariamente ou eventualmente, pessoalmente ou por meio virtual. Que contribuíram com conselhos, orientações ou até mesmo apenas ouvindo meus desabaços. Todos fazem parte desta vitória.

Dedico este trabalho a toda a equipe de enfermagem, que passa sua vida cuidando dos outros.  
Dedico, ainda, à minha mãe **Gislene** e ao meu pai **Renato**, os quais me ensinaram a caminhar,  
fazendo-me acreditar que eu posso tudo sempre! Tudo aquilo que sou e o que pretendo ser  
devo a eles! Peço a **Deus** que os guarde por muitos e longos anos ao meu lado.



“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

Fernando Pessoa

## RESUMO

O presente estudo buscou compreender situações do cotidiano de vida e de trabalho que influenciam no absenteísmo de técnicos de enfermagem do setor de urgência e emergência de um Hospital Universitário de Belo Horizonte. Foi realizado um estudo de caso único de abordagem qualitativa, cujos sujeitos foram técnicos de enfermagem que atuam no setor de Pronto Atendimento. Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2015 por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e visita técnica na instituição e submetidos à Análise de Conteúdo. Emergem dos resultados quatro categorias: (1) Cotidiano de trabalho em uma unidade de Pronto Atendimento; (2) Relação dos profissionais com o trabalho na urgência e com o hospital, dividida em duas subcategorias (2.1) Identificação com o trabalho na urgência, (2.2) Fatores que geram satisfação ou insatisfação; (3) Motivos auto referidos de absenteísmo – uma visão da realidade; (4) Repercussões do absenteísmo no ambiente de trabalho e para os profissionais. Os resultados apontaram um cotidiano de serviço dinâmico, agitado e imprevisível. Os relatos mostram identificação dos técnicos com o setor de emergência e adequação do perfil dos profissionais com o trabalho realizado, com as características do setor e dos pacientes. No que diz respeito às situações de satisfação e insatisfação com o trabalho, foram apontados como motivos de satisfação trabalhar com pacientes graves e obter boa recuperação dos mesmos, o que confere sucesso no atendimento, e bom relacionamento com a equipe. Como motivos de insatisfação foram evidenciados sentimentos de desvalorização decorrentes do baixo reconhecimento financeiro, sobrecarga de trabalho, pacientes e acompanhantes pouco cooperativos e, contraditoriamente, relacionamento interpessoal prejudicado com a equipe. Os resultados mostram que as questões de saúde não são os únicos motivos do absenteísmo, pois surgiram relatos de interferências de problemas familiares como relacionamentos amorosos conturbados, necessidade de cuidado com os filhos, de transporte, de manifestações na cidade, de rotatividade da equipe, stress profissional, problemas de relacionamento interpessoal com a chefia, falecimento de familiares, riscos de exposição à doença infecto contagiosas, festas e compromissos judiciais. Foi possível identificar relação permanente de vida pessoal e trabalho com reflexos no absenteísmo. Quanto às repercussões do absenteísmo no trabalho cotidiano evidenciou-se a sobrecarga enfrentada pelos trabalhadores presentes, a desorganização do processo de trabalho e do setor, o comprometimento da qualidade da assistência e os prejuízos para o trabalhador faltoso que é submetido a ações punitivas, mesmo que seja apenas desconto salarial. Os resultados desta pesquisa podem subsidiar discussões acerca do absenteísmo na instituição visando políticas gerenciais que contribuam para sua diminuição e conseqüente melhoria para o usuário, trabalhador e gestor.

**Palavras-chaves:** Absenteísmo. Técnicos de Enfermagem. Emergências. Hospitais Universitários.

## ABSTRACT

This study sought to understand the situations of life and daily work that influence the absenteeism of nursing technicians of the emergency care sector of a University Hospital at Belo Horizonte. A single case study of qualitative approach, whose subjects were nursing technicians who work in Emergency Care sector was carried out. Data were collected in March and April 2015 through interviews with semi-structured and technical visit at the institution and submitted to content analysis. Emerging from the results four categories: (1) Daily work in an emergency care sector; (2) relationship of professionals with work on the urgency and the hospital, divided into two subcategories: (2.1) Identification with the work on urgency, (2.2) Factors that generate satisfaction or dissatisfaction; (3) Reasons self-reported of absenteeism – a view of reality; (4) Effects of absenteeism in the workplace and for professionals. The results show a dynamic service every day, agitated and unpredictable. The reports show identification of technicians with the emergency department and suitability of the professional profile of the work done, with sector characteristics and patients. With regard to situations of satisfaction and job dissatisfaction, were identified as reasons of satisfaction, to work with critically ill patients and obtain good recovery thereof, which gives success in attendance, and good relationship with the team. As reasons for dissatisfaction were evidenced feelings resulting from devaluation of the low financial recognition, work overload, patients and uncooperative companions and, contradictorily, impaired interpersonal relationship with the team. The results show that health issues are not the only reasons for absenteeism, as reports emerged of family problems of interference as troubled love relationships, need for care of the children, transport, protests in the city, staff turnover, professional stress, interpersonal problems with leadership, death of family members, exposure risks to infectious contagious disease, parties and judicial appointments. It was possible to identify a permanent relationship of personal life and work reflected in absenteeism. As for absenteeism impact on the daily work showed up the burden faced by workers present, the disorganization of the labor and sector process, compromising the quality of care and the damage to the guilty employee who is subjected to punitive actions, even if is pay off only. The results of this research, can subsidize discussions about absenteeism in the institution aiming management policies that contribute to their reduction and consequent improvement to the user, employee and manager.

Keywords: Absenteeism. Licensed Practical Nurses. Emergencies. Hospitals University.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAAR	Bacilos Álcool-Ácido Resistentes
BC	Bloco Cirúrgico
BO	Bloco Obstétrico
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Centro de Material Esterilizado
COBOM	Corpo de Bombeiros
COEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTI	Centro de Terapia Intensiva
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
NEPE	Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PA	Pronto Atendimento
PAF	Pronto Atendimento Feminino
PAM	Pronto Atendimento Masculino
PCR	Parada Cardiorrespiratória
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UGMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UI	Unidade de Internação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VRE	Enterococo Resistente à Vancomicina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
2.1	Trabalho do homem na sociedade .....	16
2.2	Absenteísmo em serviços de saúde .....	17
2.3	Abordagens do absenteísmo de enfermagem no cotidiano dos serviços .....	21
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	26
3.1	Tipo de estudo .....	26
3.2	Cenário de estudo.....	27
3.4	Sujeitos do estudo.....	32
3.5	Coleta de dados .....	32
3.6	Análise dos dados .....	33
3.7	Aspectos éticos.....	34
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	36
4.1	Caracterização dos profissionais entrevistados .....	36
4.2	Cotidiano de trabalho em uma unidade de Pronto Atendimento.....	38
4.3	Relação dos profissionais com o trabalho na urgência e com o hospital .....	45
4.3.1	<i>Identificação com o trabalho na urgência</i> .....	46
4.3.2	<i>Fatores que geram satisfação ou insatisfação</i> .....	50
4.4	Motivos autorreferidos de absenteísmo: uma visão da realidade .....	60
4.5	Repercussões do absenteísmo no ambiente de trabalho e para os profissionais	70
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	75
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
	<b>APÊNDICES</b> .....	855
	<b>ANEXOS</b> .....	877

## 1 INTRODUÇÃO

A vivência profissional como enfermeira em unidades de urgência e emergência fez com que a autora deste estudo deparasse com significativas ausências de profissionais ao trabalho, justificadas ou não, e nem sempre mensuradas pelo serviço. Estas ausências acarretavam vários transtornos na realização do trabalho e no atendimento aos usuários, configurando-se, na prática, como uma das principais dificuldades para o dimensionamento de pessoal.

Ao buscar o entendimento dos motivos das ausências dos trabalhadores no setor de recursos humanos, em seu local de trabalho, a pesquisadora se deparou com diferentes justificativas, sendo as mais frequentes as decorrentes de problemas de saúde. No entanto, problemas de saúde ou atestados médicos podem estar encobrendo outras questões da vida pessoal e profissional do trabalhador, que necessitam ser compreendidas, visando ações adequadas na gestão de pessoas. Atestados médicos são justificativas legais perante as leis trabalhistas e não acarretam descontos salariais para o trabalhador, mas implicam em custos financeiros e na qualidade da assistência para a instituição. Mesa e Kaempffer (2004) afirmam que, embora as ausências não previstas ao trabalho sejam geralmente justificadas por atestados médicos, isso não significa que o não comparecimento do trabalhador ao seu local de trabalho seja exclusivamente por motivo de adoecimento. Ressalta-se que, muitas vezes, há um limite tênue entre doenças efetivamente comprovadas e situações de sofrimento pessoal ou no local de trabalho que podem resultar em ausências justificadas ou não por atestados médicos. Neste sentido, para Dejours (1992) o absenteísmo pode representar um escape do trabalhador na busca do equilíbrio quando se encontra diante da insatisfação no trabalho, o que pode configurar uma forma de resistência às suas características.

Apesar da maioria dos estudos sobre absenteísmo abordar as licenças médicas, que são de grande magnitude e custos para a sociedade e cujos registros são de fácil mensuração, há outros aspectos da vida cotidiana do trabalhador que podem interferir nas ausências ao trabalho. Estes aspectos despertaram o interesse pelo estudo do tema, buscando compreender o absenteísmo e sua relação com o cotidiano dos profissionais do setor de urgência e emergência, portanto, uma compreensão do absenteísmo nas situações cotidianas de vida dos profissionais.

Neste estudo, adotou-se o tradicional conceito de Chievenato (1991), utilizado em várias produções com pequenas variações. Ou seja, o absenteísmo é entendido como a soma dos períodos que os empregados se encontram ausentes do trabalho, quando se esperava que estivessem presentes. Outro conceito importante é o de cotidiano que não é apenas um cenário

rotineiro. Para Certeau (2009, p.31) é “[...] aquilo que nos é dado a cada dia”, que nos oprime, nos pressiona dia após dia, o espaço de produção e reprodução das práticas sociais, lugar da existência, das questões da vida rotineira.

O absenteísmo é um problema que tem sido discutido ao longo dos anos. Desde a década de 1980, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) já ressaltava a importância de se fazer os registros das ausências por motivos de saúde (BRASIL, 1985). Na enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), ressalta que o registro do absenteísmo contribuirá para conhecer sua dimensão na equipe, possibilitando subsidiar a composição do quadro de profissionais para as unidades assistenciais (BRASIL, 2004).

Atinge diversas categorias de trabalhadores em diferentes setores da economia. Na enfermagem, o estudo do absenteísmo torna-se fundamental pelo fato de ser um segmento significativo de trabalhadores na área da saúde, responsável pelo maior contingente de força de trabalho dos estabelecimentos hospitalares (COSTA *et al.*, 2014), com responsabilidade pela assistência e gestão da unidade em tempo integral, o que torna necessário o conhecimento das causas deste fenômeno, como também das implicações que este pode acarretar no atendimento ao usuário. Considerando sua natureza multifatorial, estudos com diferentes abordagens tornam-se necessários para a compreensão ampliada das causas, o que pode oferecer subsídios para intervenções efetivas.

Em âmbito nacional e internacional, a categoria de enfermagem vem apresentando números significativos de absenteísmo, caracterizando-se como a categoria profissional que registra maiores índices de absenteísmo se comparada a outras profissões da área da saúde (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION, 2001).

A ausência de um ou mais profissionais de enfermagem gera problemas diversos de ordem econômica e social, com repercussões para o trabalhador, usuário e instituição, embora os reflexos acarretados pelo absenteísmo, muitas vezes, não sejam mensuráveis. O trabalhador presente no trabalho enfrenta sobrecargas, realizando também as atividades dos colegas ausentes (FERREIRA *et al.*, 2011). A qualidade do trabalho é prejudicada, visto que não é realizado com a mesma dedicação (MAGALHÃES, DALL’AGNOL E MACK, 2013). A Instituição empregatícia enfrenta aumento dos custos operacionais, em razão da quantidade de horas extras solicitadas para cobertura dos faltosos (CARNEIRO; FAGUNDES, 2012). Observa-se que, em algumas instituições públicas, o ato de não comparecer ao serviço, apresenta impactos diretos que refletem na vida pessoal do próprio funcionário, acarretando descontos salariais e prejuízos na contagem de tempo para sua aposentadoria. Há algumas

diferenças no perfil e nas consequências do absenteísmo, considerando que o mesmo é maior nas instituições públicas que no setor privado.

Por ser um fenômeno de grande impacto, torna-se imprescindível conhecer sua etiologia, visto que a gestão eficaz do absenteísmo está relacionada ao conhecimento dos fatores causais. O absenteísmo tem caráter multifatorial, o que contribui para aumentar a sua complexidade, podendo ser atribuído tanto a problemas de saúde como a causas diversas (OENNING; CARVALHO; LIMA, 2012), o que faz com que deva ser analisado de acordo com sua complexidade. Em sua origem, costumam figurar as seguintes condições: doenças efetivamente comprovadas e não comprovadas, crenças e valores, razões de caráter familiar, faltas voluntárias por motivos pessoais, de transporte e financeiros, além de fatores inerentes à própria empresa como baixa motivação para trabalhar e debilidades da cultura organizacional (FAKIH; TANAKA; CARMAGNANI, 2012; FERREIRA *et al.*, 2011).

Na equipe de enfermagem, há que se ressaltar alguns fatores de risco para a ausência no serviço, como, por exemplo, longas jornadas de trabalho em turnos desgastantes (vespertinos, noturnos, domingos e feriados), multiplicidade de funções, repetitividade, normas rígidas, ritmo excessivo de trabalho, estresse para a resolutividade do cuidado, pressão para o desenvolvimento das atividades, contato direto e constante com seres humanos que se encontram em condições de saúde debilitadas, além das más condições de trabalho com muita responsabilidade e pouca valorização do trabalho. (FURLAN; STANCATO, 2013; FERREIRA *et al.*, 2011). Nesse contexto, há risco elevado de adoecimento do trabalhador, assim como para a elaboração de estratégias defensivas como forma de fugir, mesmo que temporariamente, de situações desagradáveis.

Aspectos diretamente relacionados às condições de saúde do trabalhador sempre fizeram parte das justificativas de falta, sendo tratados como absenteísmo-doença, principalmente em estudos que envolvem instituições hospitalares como cenário, pois, nesses locais, as gerências têm a tendência de considerar como absenteísmo apenas as faltas provenientes de licença médica do trabalhador (ALVES, 1996). Porém, percebe-se que a conciliação de aspectos da vida pessoal e social do trabalhador se tornou fator importante nas ausências ao trabalho. Nesse contexto, visando aclarar o fenômeno em uma nova perspectiva, busca-se entender o absenteísmo e sua relação com o cotidiano dos profissionais.

Assim, a realização desta investigação se justifica, considerando as repercussões que o absenteísmo apresenta para a instituição, gestores, trabalhadores e usuários, e a pouca atenção dada pelas instituições tanto para na compreensão do fenômeno como na adoção de ações que possam minimizar seus efeitos. Há também escassez de pesquisas sobre o cotidiano dos



trabalhadores e sua interferência no absenteísmo. Além disso, há a necessidade de pesquisas com abordagem qualitativa sobre o tema, visto que a maioria dos estudos é quantitativa, apresentando o retrato da situação com dados estatísticos (COSTA *et al.*, 2014; FAKIH; TANAKA; CARMAGNANI, 2012; MAGALHÃES *et al.*, 2011; UMAM *et al.*, 2011, MARTINATO *et al.*, 2010; CARVALHO, 2010;).

A abordagem quantitativa constitui uma base importante para o entendimento do absenteísmo-doença, mas não aprofunda nos aspectos do cotidiano que levam os profissionais a se ausentarem do serviço. Os estudos quantitativos abordam algumas variáveis do absenteísmo que, muitas vezes, não conseguem expressar a complexidade da vida real, que é desafiadora, dinâmica e encontra-se em permanente mudança, deixando lacunas que necessitam melhor compreensão. A produção existente sobre o fenômeno aponta para a importância dos estudos qualitativos, abordando aspectos do cotidiano que influenciam o absenteísmo, aprofundando as análises e indicando a visão do trabalhador sobre os outros motivos de ausência ao trabalho.

O absenteísmo é um importante indicador, não apenas do perfil de adoecimento, mas também das condições de trabalho, do clima organizacional e de quão comprometidos estão os trabalhadores (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2007). Sancinetti *et al.* (2011) acrescentam que o absenteísmo é também um indicador de qualidade da gestão de recursos humanos. Nesse sentido, torna-se relevante reconhecer o caráter multidimensional e multifatorial do absenteísmo e a importância de promover esses registros nas instituições, pois possibilitará a compreensão de causas geradoras do absenteísmo, o que poderá oferecer subsídios para ações gerenciais visando à implementação de estratégias, a fim de reduzir seus índices, consequências e proporcionar maior satisfação e integração do trabalhador.

Neste estudo parte-se do pressuposto de que situações cotidianas da vida pessoal e profissional influenciam no não comparecimento do trabalhador ao local de trabalho, e não apenas questões relacionadas à sua saúde. Assim, tem-se como objetivo compreender as situações do cotidiano de vida e de trabalho que influenciam no absenteísmo de técnicos de enfermagem do setor de urgência e emergência de um Hospital Universitário de Belo Horizonte.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Trabalho do homem na sociedade

O homem, em sua história, sempre esteve ligado ao trabalho, sendo este o motor que movimenta a sociedade. Com o passar dos anos, o trabalho mudou suas características, deixou de ser apenas fonte de sobrevivência do trabalhador, e reformulou-se, de acordo com as necessidades do ser humano e do mercado de trabalho que foram surgindo ao longo do tempo, conforme a evolução tecnológica, e tornou-se um organizador social caracterizado pela realização e satisfação pessoal de quem o executa. Apresenta-se como fator determinante de sobrevivência, caracterizado por sua intencionalidade e como meio de produção que garante as necessidades de sustento para o homem, bem como sua valorização e satisfação pessoal (HEY *et al.*, 2013).

É considerado um organizador social, tendo em vista a condição que exerce na vida das pessoas, no qual, por determinações históricas e econômicas, os indivíduos são mais valorizados no período em que se apresentam economicamente produtivos, sendo por meio do trabalho que o sujeito se reconhece e é reconhecido na sua atividade profissional (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011). Além disso, possui caráter de realização e satisfação pessoal que, se não são alcançados, podem acarretar prejuízos à integridade física e psíquica do trabalhador (UMANN *et al.*, 2011).

O trabalho também é visto como gerador de status social, por ocupar parte significativa do tempo da vida das pessoas, principalmente na faixa etária adulta, quando estas se apresentam mais saudáveis (CARVALHO *et al.*, 2010). Exerce papel importante para a estruturação psíquica e para os processos de formação da identidade dos indivíduos (OLIVEIRA; MENDES, 2014).

Segundo Silva (2011), com o passar dos anos, o trabalho, que era considerado apenas um meio de sobrevivência e acúmulo de riqueza, passou a ser considerado uma das principais dimensões da vida humana. Deixa de ser um fardo necessário à sobrevivência e passa a interferir na inserção do homem na sociedade, ao delimitar espaços de mobilidade social, e fazendo com que os indivíduos sejam identificados perante a realização de suas atividades.

Neste contexto, de acordo com o Ministério da Saúde os trabalhadores são “[...] todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia” (BRASIL, 2001, p.17).

Ao longo da história, o perfil do trabalhador era predominantemente caracterizado pela mão de obra masculina; com o passar dos anos, a mulher foi introduzida no mercado de trabalho. Na sociedade contemporânea, encontra-se presença expressiva de mulheres, principalmente nas categorias de enfermagem, que é uma profissão majoritariamente feminina (COSTA *et al.*, 2014).

No entanto, com a evolução do trabalho, veio a competitividade, a pressão para o desenvolvimento de tarefas e o ritmo acelerado de trabalho. Essa situação tornou as atividades laborais cada vez mais estressantes para o trabalhador, culminando em estresse e desestímulo com o trabalho, situações estas que acarretam, muitas vezes, o não comparecimento regular do trabalhador em suas atividades laborais (FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; MARTINATO *et al.*, 2010).

## **2.2 Absenteísmo em serviços de saúde**

A ausência dos profissionais nas instituições, conhecida como absenteísmo, tem sido objeto de análise em diversas áreas do conhecimento, principalmente na área da saúde e na enfermagem, tendo em vista as características do setor e a importância dele para a sociedade.

A expressão absenteísmo, advinda da palavra “absentismo”, de origem francesa, era aplicada no século XVIII aos proprietários rurais que abandonavam o campo para viver na cidade. Com a revolução industrial, o termo passou a designar também os trabalhadores que apresentavam tendências a faltar ao serviço (QUICK; LAPERTOSA, 1982). Com isso, observa-se que este fenômeno é um problema antigo que se encontra em ascendência. Atualmente, o absenteísmo vem gerando transtornos nas organizações, tanto públicas quanto privadas, pressionadas pelo aumento de produtividade e racionalidade no trabalho, tornando sua compreensão importante para a adoção de políticas gerenciais. O fenômeno absenteísmo é um termo abrangente que pode assumir diferentes significados, de acordo com a abordagem realizada, tornando-se necessário conceituar o termo.

Chiavenato (1991) já definia o absenteísmo como a soma dos períodos que os empregados se encontravam ausentes do trabalho, seja por falta ou atraso, quando se esperava que estivessem presentes. Tal definição corrobora com o conceito trazido na literatura internacional por Blanca-Gutiérrez, Jiménez-Díaz e Escalera-Franco (2013) que (re) afirmam o absenteísmo como sendo o não comparecimento ao trabalho, conforme o planejamento estabelecido pela instituição.

Gaidzinski (1998) afirma que as ausências do trabalhador ao local de trabalho podem ser classificadas como previstas e não previstas. Constituem a primeira classe aquelas que são planejadas com antecedência, como férias, descanso semanal remunerado e feriado não coincidente com o domingo. As ausências não previstas são as que efetivamente caracterizam o absenteísmo, pelo seu caráter imprevisível, como faltas abonadas e injustificadas, licenças médicas, acidente de trabalho, licenças maternidade e paternidade, período de nojo e de gala.

De acordo com Quick e Lapertosa (1982), o absenteísmo é dividido em: (1) absenteísmo voluntário: ausência ao trabalho por razões particulares não justificada por doença; (2) absenteísmo por doença: inclui todas as ausências por doença ou por procedimento médico; (3) absenteísmo por patologia profissional: ausências por acidentes de trabalho ou doença profissional; (4) absenteísmo legal: faltas ao serviço amparadas por leis, tais como: gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar; e (5) absenteísmo compulsório: impedimento ao trabalho devido a suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que não permita o trabalhador chegar ao local de trabalho.

A fim de oferecer subsídio para o dimensionamento de pessoal na equipe de enfermagem e solucionar problemas decorrentes do absenteísmo, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabelece o Índice de Segurança Técnica, através da Resolução nº 293/04. Este índice é composto de duas parcelas fundamentais: a taxa de ausências por benefícios (planejada, isto é, para cobertura de férias e licenças) e a taxa de absenteísmo (não planejada, ou seja, para cobertura de ausências /faltas por diversos motivos). Para a realização deste cálculo, admite-se o valor de 15% do quadro de pessoal que considera 8,33% para cobertura de Ausências por Benefícios e 6,67%, valor empírico/arbitrado, para cobertura da taxa de absenteísmo. Considera-se que estes valores podem variar, observando o perfil e a complexidade dos pacientes atendidos (BRASIL, 2004).

Acrescenta, ainda, que o responsável técnico de enfermagem deve dispor de 3% a 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem para cobertura de situações de absenteísmo, a rotatividade de profissionais e participação em programas de educação continuada. Porém, o que vêm sendo observado no cotidiano das instituições são valores de absenteísmo que extrapolam o planejamento como proposto pelo COFEN, no qual as ausências são em grande parte por motivos alheios a previsão da chefia do serviço e, muitas vezes, não comunicadas em tempo hábil para reposição do quadro de trabalhadores (BRASIL, 2004).

O absenteísmo é entendido como um fenômeno multicausal, caracterizado pela ausência dos profissionais na instituição empregatícia, que não pode ser explicado pela abordagem de apenas uma de suas dimensões (OENNING; CARVALHO; LIMA, 2012). Torna-se importante

considerar variáveis diversas, como questões relacionadas ao trabalho e motivos que se relacionam a vida pessoal do trabalhador que sejam de caráter imprevisível (ALVES, 1996).

Ao longo dos anos, o absenteísmo vem se tornando um tema de interesse de estudiosos, uma vez que tem gerado preocupações para o mercado econômico cada vez mais competitivo e globalizado. Na área da saúde, o contato constante entre pessoas com suas subjetividades e pela imprevisibilidade das situações e atividades, faz com que o trabalho nesses locais seja de grande complexidade (ABREU; SIMÕES, 2009). Esta situação, aliada a outras do serviço de saúde, faz com que os profissionais da área apresentem menores índices de assiduidade se comparados a outros setores de prestação de serviço, fato já observado por Mesa e Kaempffer (2004), em âmbito internacional, em estudo comparativo de taxas de absenteísmo de indústrias, hospitais, minas, universidades e organizações de pesquisa.

As organizações hospitalares se caracterizam como ambientes insalubres, com trabalho de caráter penoso, influenciado pela sobrecarga de atividades, esforço físico aumentado e relações interpessoais permeadas de tensões (FERNANDES *et al.*, 2011). Nesse ambiente, em virtude de condições laborais desfavoráveis, que expõe o trabalhador a riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânico e psicológicos, e outras próprias do indivíduo, o trabalhador faz uso de mecanismos que podem ser manifestados por posturas resistentes ou defensivas e pela “fuga” do trabalho, por meio de atestados médicos, licenças ou faltas injustificadas (ALVES, 1996). Em hospitais de diversos países, as condições laborais ergonômicas inadequadas foram apontadas como precursoras de adoecimento osteomuscular do trabalhador (DÍAZ *et al.*, 2010). Estudo realizado no Canadá mostrou que a equipe de enfermagem que atuava em instituições hospitalares apresentava maiores índices de absenteísmo que as que atuavam em outras instituições de saúde (RAJBHANDARY; BASU, 2010). Ressalta-se, porém, que a maioria dos estudos sobre absenteísmo é realizada em hospitais em detrimento de estudos em outros níveis de complexidade do sistema de saúde.

No ambiente hospitalar, o absenteísmo é mais impactante devido à complexidade dessas instituições, em que o paciente necessita de acompanhamento 24 horas e suas necessidades não podem ser adiadas. Haja vista que é uma unidade de atendimento contínuo onde a interrupção no cuidado ao paciente pode acarretar danos a qualidade da assistência prestada. Além disso, para Inoue (2008), as instituições hospitalares trabalham com número limítrofe de profissionais e, portanto, o absenteísmo nessas instituições torna-se extremamente preocupante.

As instituições hospitalares possuem especificidades que as diferenciam de outras áreas. O setor de urgência e emergência se destaca no atendimento ao usuário, tendo em vista a clientela que atende e onde o atendimento inicial é determinante na evolução clínica do

paciente. No entanto, há escassez de literatura sobre estes serviços, que constituem referência hospitalar especializada (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006). Os profissionais que atuam em unidades de urgência e emergência devem ser capazes de tomar decisões rápidas e precisas, diante da dinâmica de atendimento. Assim, agilidade, habilidade manual e intelectual, objetividade e capacidade para distinguir prioridades são características essenciais dos trabalhadores deste setor, visto que o paciente grave não suporta demora na adoção de condutas ou mesmo falha nas decisões tomadas (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

E, ainda, o serviço de urgência expõe, mais frequentemente, os trabalhadores à dor e ao sofrimento; trabalho nos finais de semana; sobrecarga de trabalho; excesso de pacientes; trabalhos noturnos; escalas reduzidas; exposição a produtos químicos, biológicos e radiações ionizantes, além de uma mecânica corporal inadequada. Essas particularidades do trabalho podem gerar um desgaste físico e emocional e, ao tentar adaptar-se aos inúmeros agentes estressantes vivenciados no cotidiano do trabalho, podem lançar mão de mecanismos de fuga como o absenteísmo (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

Nas instituições hospitalares, a enfermagem é o maior quantitativo do corpo profissional da saúde (COSTA *et al.*, 2014) e caracteriza-se por uma profissão majoritariamente feminina. Costa, Vieira e Sena (2009) afirmam que, por determinações históricas da divisão do trabalho, a mulher desempenhava atividades relacionadas à alimentação, higiene e cuidados, seja dos maridos, filhos ou enfermos. As autoras ressaltam que as mulheres, por realizarem trabalhos domésticos, encontraram no hospital um espaço privilegiado para a profissionalização de suas atividades, assumindo este campo, principalmente como profissionais da área da enfermagem.

Nesse contexto, a mulher aparece gerenciando a vida como pessoa, esposa e mãe, assumindo diferentes posições no mercado de trabalho por motivos diversos como complementação da renda familiar, realização profissional, entre outras, no qual a dupla atividade no trabalho e no lar gera uma sobrecarga que implica em desgaste físico e emocional, o que pode acarretar em ausências no trabalho (FURLAN; STANCATO, 2013).

Na equipe de enfermagem, Sancinetti *et al.* (2011) observaram uma tendência ao crescimento do absenteísmo, após realizarem estudo comparativo dos índices de absenteísmo entre os anos de 2001 e 2005. Corroborando com a percepção de um aumento das taxas de absenteísmo, Estorce e Kurcgant (2011) afirmam que houve aumento expressivo no número de licenças médicas, duplicando seus valores entre os anos de 2003 a 2007 na instituição estudada. Estes resultados sinalizam para a necessidade de realização de novos estudos, a fim de verificar as causas que podem estar envolvidas e que vêm provocando o aumento das taxas de

absenteísmo. E, ainda, tornam-se relevantes estudos comparativos de diferentes setores, tendo em vista as diferenças encontradas.

### **2.3 Abordagens do absenteísmo de enfermagem no cotidiano dos serviços**

Constantemente, aborda-se o absenteísmo na enfermagem estabelecendo relações com saúde ocupacional, atribuídas à incapacidade por doença e a acidentes de trabalho. Isto se deve ao fato de que a maioria dos estudos atribui as ausências ao adoecimento do trabalhador, sendo justificadas por atestado médico, intitulado absenteísmo doença (SANCINETTI *et al.*, 2011; MAGALHÃES *et al.*, 2011; INOUE *et al.*, 2008). Há alguns anos, a literatura vem apontando as doenças do sistema osteomuscular como causa majoritária dos afastamentos dos profissionais de saúde, principalmente na equipe de enfermagem (CALIL; JERICÓ; FERROCA, 2015; MARQUES *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2011; MAGALHÃES *et al.*, 2011; ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) considera que as doenças do sistema osteomuscular apresentam evolução de caráter insidioso e origem multifatorial complexa, nos quais os fatores causais se entrelaçam. Entre eles, pode se considerar a mecanicidade na reprodução de tarefas, o posicionamento inadequado e os fatores que se relacionam à organização do trabalho, como exigência de produtividade, competitividade e controle excessivo dos trabalhadores, sem levar em consideração sua história de vida e sua individualidade.

Na última década, têm sido desenvolvidos estudos que apontam para descobertas de que o absenteísmo doença nem sempre é o único motivo do funcionário não comparecer ao serviço, tendo em vista que existem outros motivos ainda pouco estudados, mas que merecem destaque frente ao impacto nos índices de absenteísmo (BELITA; MBINDYO; ENGLISH, 2013; MESA; KAEMPFER, 2004). Portanto, percebe-se que a justificativa de ausência ao trabalho por meio de atestado médico, caracterizada como absenteísmo doença, vem ocorrendo em diferentes países como principal motivo de afastamento, porém, não tem tido uma análise criteriosa e adoção de medidas por parte das instituições de saúde.

Nessa perspectiva, Alves (1996) já apontava, há duas décadas, a importância de abordagens do absenteísmo na realidade concreta do trabalho das instituições empregatícias, como também na realidade da vida do trabalhador, tendo em vista que se influenciam mutuamente. De acordo com a autora, existem situações que impedem a presença do servidor ao trabalho, além dos motivos relacionados à doença, relacionando-se também ao seu cotidiano

de vida, como transporte, situações socioeconômicas, cultural, do ambiente familiar, entre outros fatores, que nem sempre são considerados no campo do absenteísmo. Furlan e Stancato (2013) apontam a atividade doméstica como fator que interfere na assiduidade no serviço. Nesse âmbito, se destaca a responsabilidade e o cuidado de enfermos em suas famílias.

Na enfermagem, frequentemente, há trabalhadores que tem dois ou mais empregos e ainda são responsáveis pelo trabalho doméstico, buscando complementação salarial ou mesmo como forma de manter o sustento da casa. Mudaly e Nkosi (2015) apontam a remuneração inadequada para a classe como fonte de absenteísmo. De acordo com Giomo *et al.* (2009), os baixos salários culminam em dificuldades socioeconômicas, o que obriga os trabalhadores a adotarem a dupla jornada de trabalho para conseguir ter uma vida digna. Estudos realizados por Furlan e Stancato (2013) relacionaram a manutenção de duplo vínculo empregatício como causa do absenteísmo por doença.

Ainda sobre a relação entre absenteísmo e vínculo empregatício, Inoue (2008) argumenta que existe uma maior taxa de absenteísmo entre trabalhadores temporários, atribuindo a menor ocorrência de absenteísmo entre os efetivos, devido ao maior comprometimento com a instituição, além dos salários diferenciados por tempo de serviço e incentivos à carreira. Fakh, Tanaka e Carmagnani (2012) e Primo, Pinheiro e Sacurai (2010) também mencionam a influência do tipo de vínculo empregatício, porém, encontram em seus estudos maiores índices de absenteísmo entre os trabalhadores estatutários. Giomo *et al.* (2009), na mesma direção, apontam que os maiores índices de absenteísmo são entre os estatutários e que, talvez, os temporários faltem menos por se preocuparem com possível demissão, considerando a instabilidade do emprego.

Além do tipo de vínculo, Furlan e Stancato (2013) e Trindade *et al.* (2014) incluem a jornada de trabalho como variável de interferência do absenteísmo. Os primeiros apontam maiores índices de absenteísmo no turno da manhã, enquanto os segundos referem que os maiores índices de absenteísmo foram encontrados no período noturno. Portanto, foi encontrada variação entre organizações, o que sinaliza a influência de fatores diversos além da doença.

A atribuição a fatores inerentes à doença foi apontada por Inoue *et al.* (2008), ao relacionar que o incremento de avanços científicos e tecnológicos, juntamente com o aumento da complexidade do cuidado e a taxa de ocupação de 100% dos leitos são catalizadores do absenteísmo doença. Estes achados se contrapõem a Sancinetti *et al.* (2009) que encontram maior número de afastamentos quando há menor taxa de ocupação de leitos. De acordo com os autores, durante os picos de ocupação, foi observado menor absenteísmo, o que pode demonstrar comprometimento desses trabalhadores com a assistência e também o tempo para



que a exposição às cargas de trabalho possa gerar processos de desgaste e doenças. Estes achados levam os autores a inferirem que os profissionais ausentaram-se por doença após terem sido submetidos a ritmos maiores de trabalho.

Torna-se importante salientar que causas de absenteísmo nem sempre estão vinculadas apenas ao profissional, mas também a condições pouco favoráveis no ambiente de trabalho, processos de trabalhos precários, repetitividade de atividades, desmotivação, conturbada relação entre os trabalhadores e a gerência e impactos psicológicos que uma gerência pouco prevencionista e humanística, carregada de atos autoritários, podem causar aos empregados (BELITA; MBINDYO; ENGLISH, 2013). Magalhães, Dall'agnol e Marck (2013) apontam a sobrecarga no trabalho com aumento da razão paciente/enfermeiro como geradora do absenteísmo.

O cenário de insatisfação com as condições de trabalho vem sendo apresentado em estudos internacionais. No Reino Unido, Nyathi e Jooste (2008) apontaram a inadequada coesão da equipe, autonomia insuficiente, rotinização ineficaz e efeitos da sobrecarga como fatores que contribuíram para a ausência do enfermeiro ao trabalho.

Características do trabalho da enfermagem emergiram em trabalho realizado por meio de grupos focais com enfermeiros e auxiliares de enfermagem. No estudo os participantes destacaram intervenções que geram esforço físico e fadiga, como, por exemplo, banho no leito e transporte de pacientes, como principais fatores que levam ao adoecimento e ausência ao trabalho da equipe de enfermagem (MAGALHAES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). Furlan e Stancato (2013) afirmam que as faltas podem também demonstrar rejeição ao trabalho, proveniente da insatisfação com o cargo, as funções desempenhadas e as políticas da empresa. Primo, Pinheiro e Sacural (2010) acrescentam que os gerentes, por não disporem de meios de resolução de conflitos ou de situações que dificultam o comparecimento ao trabalho, acabam favorecendo o absenteísmo.

Furlan e Stancato (2013), ao aplicarem um questionário aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de uma instituição hospitalar de alta complexidade para saber os motivos de suas ausências, encontraram também o fator insatisfação. Nesse caso, a insatisfação estava relacionada com os salários pagos pela instituição e por se sentirem desvalorizados frente à importância das atividades que desempenhavam.

O absenteísmo é um tema complexo, pois envolve múltiplos fatores, como componentes individuais, sociais e culturais, que, muitas vezes, se relacionam ao cotidiano de vida do trabalhador, e não apenas às questões mensuráveis de condição de saúde. Nesse sentido, torna-se importante reconhecer a influência das questões da vida cotidiana sobre o absenteísmo, um

cotidiano carregado de significados e contradições. Porém, o tema cotidiano, como abordagem científica na área da saúde, tem sido pouco focalizado, visto que ainda existe a concepção de que este se relaciona apenas com o senso comum, não fazendo parte do campo científico (SANTOS *et al.*, 2014). Tem-se a tendência convergente de considerar o cotidiano como um campo da rotina (LEITE, 2010).

No entanto, o cotidiano configura-se como uma importante forma de abordagem para se analisar a vida do trabalhador, as questões da vida rotineira, os processos e práticas triviais, pois representa as interfaces da vida comum e do ambiente de trabalho, que mantêm entre si relações permanentes de cooperação e conflitos (SANTOS *et al.*, 2014). Uma análise do cotidiano pode desvendar aspectos ocultos que podem interferir na decisão do trabalhador de comparecer ou não ao trabalho, daí a necessidade de buscar na vida cotidiana uma compreensão ampliada do absenteísmo.

O cotidiano, segundo Certeau (2009, p.31), pode ser definido como “[...] aquilo que nos é dado a cada dia”, ou que nos cabe em partilha, nos oprime, pois existe uma opressão no presente, construído por meio de bricolagens dos indivíduos que compartilham de um mesmo meio, é o espaço de produção e reprodução das práticas sociais. Assim, o cotidiano é o dia a dia do ser humano, é a vida rotineira, as práticas diárias que envolvem a vida pessoal e profissional, conhecidas como práticas cotidianas. De acordo com Certeau (2009), o cotidiano nem sempre pode ser visto ou mensurado porque o que interessa ao historiador é o cotidiano invisível, dessa forma, busca observar além do que está explícito nos discursos e expressões de fácil percepção das atividades do cotidiano, além de buscar compreender a essência do ser que vive em sociedade.

Na percepção de Certeau (1998), o ser humano, na vivência de seu cotidiano, faz uso de práticas para viabilizar sua sobrevivência, utilizando-se de táticas e estratégias. As estratégias “[...] escondem sob cálculos objetivos a sua relação com o poder que os sustenta, guardado pelo lugar próprio ou pela intuição” (CERTEAU, 1998, p.47). “[...] cálculo (ou a manipulação) das relações de força que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder pode ser isolado” (CERTEAU, 1998, p.99), sendo um planejamento a longo ou médio prazo, racionalizado, de uma ação a fim de alcançar um objetivo ou meta, no qual será determinado o alvo e o percurso.

Para Certeau (1998, p.100) as táticas são vistas como “[...] a ação calculada que é determinada pela ausência de um próprio”. “As táticas manifestam igualmente a que ponto a inteligência é indissociável dos combates e dos prazeres cotidianos que articula” (CERTEAU, 1998, p.47). Assim, “As táticas são determinadas pela ausência de poder” e se relacionam com

a astúcia popular, sendo uma prática cotidiana corriqueira, simples do dia a dia, no qual o ser humano se inventa e reinventa, sendo uma engenhosidade do fraco para tirar partido do forte (CERTEAU, 1998, p.101), caracterizam-se pela “hábil utilização do tempo, das ocasiões que apresenta (CERTEAU, 1998, p.102). Dessa forma, a tática tem uma temporalidade reduzida em relação á estratégia, podendo ser entendida como o aproveitamento de uma dada ocasião para desviar de uma força, de uma estratégia, para burlar alguma situação. Apoiase na própria estratégia para funcionar, provocando um campo de escapatória, sendo assim, as táticas são práticas que se aproveitam de certa situação para gerar resultados imediatos. Para Certeau (1998), as práticas cotidianas, como falar ler, circular, ir ao supermercado, preparar as refeições, podem ser permeadas de táticas, escapando do planejado, do previsto.

O ser humano diariamente lança mão de táticas e estratégias para sua sobrevivência. Situações de táticas e estratégias também podem ser observadas no cotidiano de trabalho. Há estratégias definidas por quem detém o poder, como horários de trabalhos e maneiras específicas de desenvolver uma ação. No entanto, o cotidiano é permeado de táticas para se alcançar o desejado ou necessário. Assim, sem a intenção de fazer julgamentos de mérito, atestados médicos podem ser táticas que o trabalhador utiliza para justificar sua ausência ao trabalho, visto que atestados médicos são justificativas legais, que não acarretam descontos salariais. Em muitas situações, os atestados podem ser utilizados para encobrir questões do cotidiano de vida do profissional.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo de estudo

De acordo com Minayo (2010), o conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica, e considera que o método é o fio condutor para se formular esta articulação, tornando plausível a abordagem da realidade a partir de perguntas feitas pelo investigador. Com isso, torna-se necessário realizar um percurso metodológico que procure abarcar o fenômeno em sua totalidade. Assim, optou-se por realizar um estudo de caso de natureza qualitativa como estratégia de pesquisa.

A escolha do método deu-se pelo fato dessa estratégia atender aos objetivos propostos, frente à complexidade do fenômeno que se pretende abordar e sua relação com o cotidiano, considerando que a abordagem qualitativa é empregada para compreender fenômenos de alto grau de complexidade interna (MINAYO, 2010).

A abordagem qualitativa parte da premissa de que a ação humana tem sempre um significado subjetivo que não pode ser apreendido somente do ponto de vista quantitativo (FRASER; GONDIM, 2004). Caracteriza-se por permitir o aprofundamento de questões do contexto de vida e de trabalho do sujeito, possibilitando desvelar a subjetividade na qual as relações se estabelecem (MINAYO, 2010), que vai de encontro aos objetivos deste estudo, focalizando a compreensão do absenteísmo e sua relação com o cotidiano dos trabalhadores, levando em consideração a subjetividade que o permeia.

O método qualitativo se aplica ao estudo da história das relações entre os sujeitos e de suas crenças, percepções e opiniões, das representações, que são produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

Permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pelo empirismo e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2010, p. 57).

A estratégia metodológica escolhida foi o estudo de caso por possibilitar a investigação de fenômenos contemporâneos em seu contexto de vida real, caracterizado pelo estudo exaustivo e profundo do objeto, gerando um conhecimento mais amplo e detalhado (YIN, 2005). Permite abordar fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, entre outros, utilizando-se de documentos, artefatos, entrevistas, banco de dados e observações

como fonte de evidências (YIN, 2005). Assim, optou-se por esta estratégia visando aprofundar o entendimento do contexto de vida e trabalho dos profissionais e sua influência nos motivos de absenteísmo dos mesmos.

O estudo de caso é utilizado para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e percepções a respeito da situação, do fenômeno ou do episódio (MINAYO, 2010). Tem como objetivos: (a) compreender os esquemas de referência e estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico; (b) permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; (c) esclarecer fatores que interferem em determinados processos; e (d) apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes (MINAYO, 2010).

### **3.2 Cenário de estudo**

O estudo foi desenvolvido no Pronto Atendimento (PA) de um hospital universitário de grande porte, que se encontra inserido na rede pública de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. A escolha do cenário foi intencional, considerando as experiências vivenciadas pela autora, como também pelo fato de ser um hospital universitário um local de realização de diversas pesquisas acadêmicas e vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o que o torna um cenário com características não encontradas em outras instituições, como a presença de acadêmicos e residentes, o que pode influenciar no cotidiano hospitalar.

O hospital, cenário do estudo, foi inaugurado em 1998 com o intuito de possibilitar a regionalização do atendimento de urgência e emergência e a descentralização desses serviços. O PA é responsável pela assistência a pacientes de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica e não traumatológica de uma população de cerca de 1,1 milhões de habitantes no Eixo Norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Realiza atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária (FUNDEP, 2014).

O hospital tem como missão “desenvolver com eficácia, eficiência e resolutividade a assistência nas situações de urgência e emergência e, de forma articulada, atividades de ensino e pesquisa com excelência técnica e relevância social no âmbito exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS). A visão de ser referência em urgência e emergência no âmbito da assistência, gestão, ensino e pesquisa, contribuindo efetivamente para a organização da rede de cuidados do SUS” (FUNDEP, 2014). Apresenta como valores: comprometimento institucional; compromisso com o SUS; ética nas relações; interdisciplinaridade no trabalho; responsabilidade social; transparência e democracia na gestão e valorização do trabalhador

(FUNDEP, 2014).

Este hospital possui os seguintes setores: Centro de Terapia Intensiva (CTI) Adulto, no qual se encontra o Serviço de Hemodiálise, Unidade de internação adulto (UI), Bloco Obstétrico (BO), Alojamento Conjunto, CTI Neonatal, Centro de Materiais Esterilizados (CME), Bloco Cirúrgico (BC) e Pronto Atendimento (PA) que foi o setor estudado. Possui serviço de apoio diagnóstico, Hemominas, farmácia polo e farmácias satélites.

### **3.3 Ambiência da pesquisa**

Considerando a natureza do fenômeno estudado e sua relação com o cotidiano da unidade, optou-se por descrever com maiores detalhes o ambiente de realização da pesquisa. O PA se divide em vários setores, visando atender a demanda de paciente de maneira adequada, a saber: Setor de Acolhimento com Classificação de Risco, Sala Amarela, Sala de Emergência Cirúrgica (Poli 9), Sala de Emergência Clínica (Poli 10), Pronto Atendimento Masculino (PAM), Pronto Atendimento Feminino (PAF), Pediatria, Sala de Sutura e Ortopedia.

Nesses setores, são atendidos usuários que chegam ao hospital por demanda espontânea, como também aqueles trazidos por meio de serviços de atendimento extra hospitalar, como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros (COBOM). Além disso, o PA recebe pacientes encaminhados de outras unidades, obedecendo a grade de urgência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, com fluxo de pacientes pactuados previamente. Para os pacientes encaminhados de outras unidades, há critérios para serem aceitos, podendo ser encaminhados via central de leitos ou através do contato prévio da unidade solicitante com a equipe médica de plantão e que podem ser provenientes de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou outros hospitais de Belo Horizonte e região metropolitana.

Ao ingressar no PA, o paciente passa primeiro pelo acolhimento e classificação de risco, onde é atendido por um enfermeiro e definida a prioridade de atendimento, de acordo com o Protocolo de Manchester. O sistema de classificação é informatizado e o enfermeiro tem o auxílio do técnico de enfermagem. Após a classificação, de acordo com seus sinais e sintomas que definem a prioridade de atendimento, o paciente é encaminhado para o setor adequado e deve ser atendido no tempo especificado nas cores a seguir:

**Tabela 1: Classificação de cores/urgência pelo Protocolo de Manchester.  
Belo Horizonte, 2015.**

<b>EMERGÊNCIA</b>	<b>COR</b>	<b>TEMPO DE RESPOSTA MÁXIMO (MIN)</b>
EMERGÊNCIA	VERMELHO	0
MUITO URGENTE	LARANJA	10
URGENTE	AMARELO	60
POUCO URGENTE	VERDE	120
NÃO URGENTE	AZUL	240

Fonte: Elaborado pela autora com base no protocolo.

Em relação aos setores do PA e sua capacidade de atendimento instalada, tem-se:

- Setor de acolhimento com classificação de risco: conta com um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. No setor, é realizada a classificação de risco de acordo com o Protocolo de Manchester, e o técnico de enfermagem auxilia no atendimento inicial ao paciente e o conduz para os setores estabelecidos.
- Poli 9: tem uma equipe de um médico cirurgião, dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem. Tem cinco leitos fixos e um leito de emergência. Desenvolve atividades de atendimento de emergência a vítimas de situações traumatólogicas. Os enfermeiros deste setor também são responsáveis pelo poli 10.
- Poli 10: tem uma equipe com dois médicos clínicos, cinco técnicos de enfermagem e dois enfermeiros que atendem também o Poli 9. Possui oito leitos fixos e um leito de emergência. Atende pacientes de emergências clínicas.
- Sala amarela: tem uma equipe com quatro técnicos de enfermagem e um enfermeiro. Nesse local, os pacientes recebem o primeiro atendimento dos médicos, que atendem nos consultórios, são medicados e ficam em observação até a liberação de alta ou solicitação de internação hospitalar. Possui 12 poltronas, oito cadeiras e macas flutuantes que podem variar de acordo com a demanda de pacientes. O enfermeiro deste setor também é responsável pela pediatria e ortopedia.
- Pronto Atendimento Masculino (PAM): tem uma equipe de dois médicos clínicos, um enfermeiro e seis técnicos de enfermagem. Possui 33 leitos. Este setor é dividido entre PAM interno, onde os pacientes ficam em uma sala e PAM externo, onde os pacientes ficam no corredor. Tem capacidade para acomodar 12 pacientes internos e 21 pacientes externos que em, sua maioria, estão internados. Os técnicos de enfermagem realizam cuidados de competência deste profissional.

- Pronto Atendimento Feminino (PAF): tem uma equipe com dois médicos clínicos, um enfermeiro e cinco técnicos de enfermagem que atendem a 32 leitos e, assim como o PAM, se divide em PAF interno, que possui 16 leitos, e PAF externo, com outros 16 leitos. Os técnicos de enfermagem realizam atividades de cuidados de competência deste profissional.
- Pediatria: tem como equipe dois médicos pediatras, dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro. Possui 12 leitos que atendem crianças em internação e em observação. O enfermeiro deste setor também é responsável pela sala amarela e ortopedia.
- Sala de sutura: tem como equipe um médico cirurgião e um técnico de enfermagem. Possui três mesas para sutura. Neste setor o técnico auxilia o médico em procedimentos e realiza assistência de enfermagem.
- Ortopedia: tem uma equipe de um médico ortopedista, um enfermeiro e três técnicos de enfermagem. Possui 12 leitos localizados no corredor. Os técnicos de enfermagem auxiliam em atos ortopédicos e realizam assistência ao paciente. O enfermeiro deste setor é responsável também pela sala amarela e pediatria.

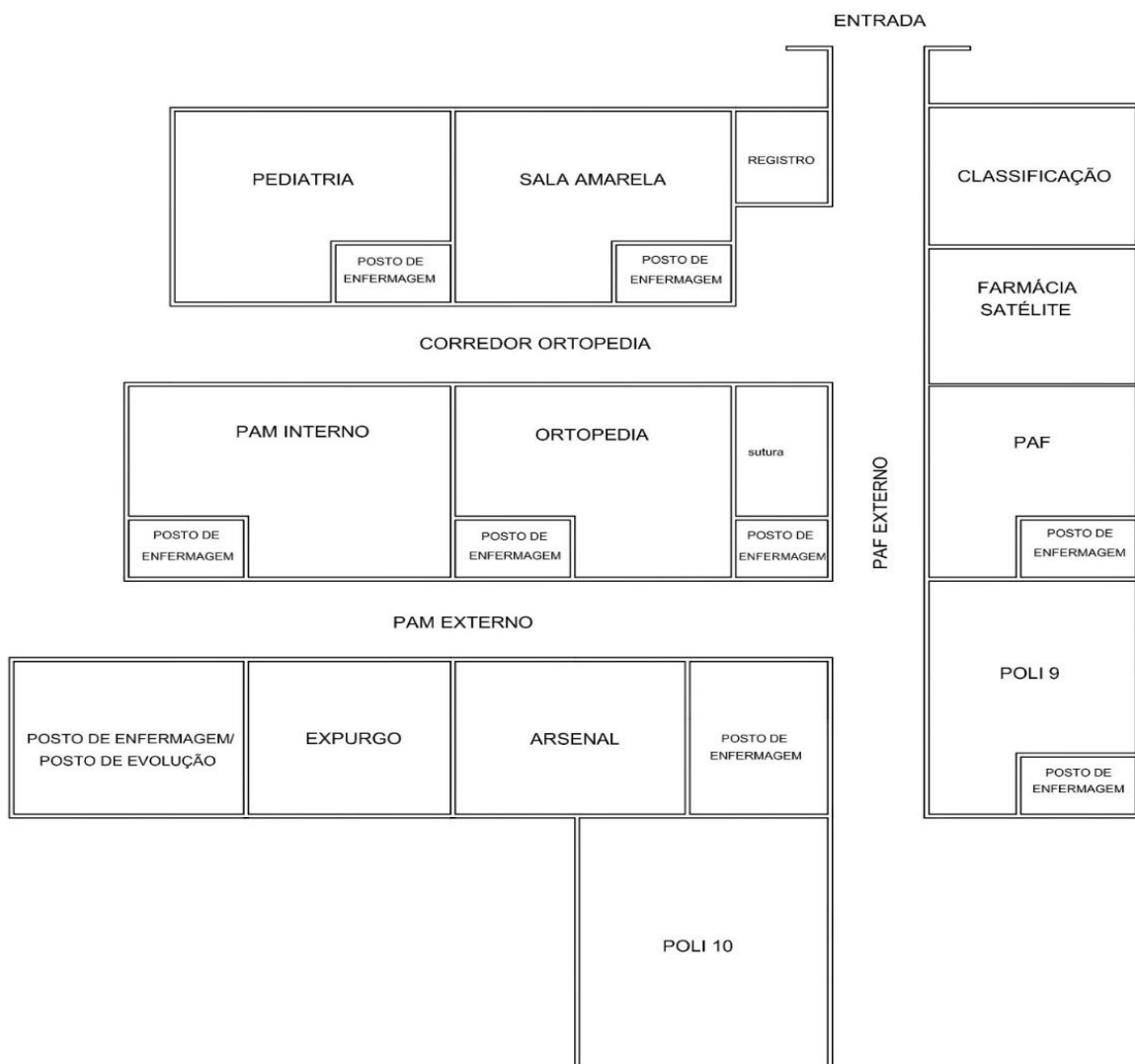
O hospital, por ser referência para instituições de ensino superior, possui residentes enfermeiros e médicos que realizam atividades assistenciais nos setores descritos.

A chegada de um paciente grave do PA tem um código para os trabalhadores, conhecido como onda vermelha, a partir do qual os pacientes graves, tanto traumatológicos como clínicos, são encaminhados para os leitos de emergência nos setores Poli 9 e Poli 10, de acordo com o tipo de atendimento necessário.

Além disso, a taxa de ocupação do setor em estudo não reflete a real ocupação, visto que o paciente com ficha ou em atendimento de urgência pode ser encaminhado para setores, ocupando leitos, porém, não entram no sistema como pacientes presentes, sendo cadastrados após 24 horas na unidade. Ressalta-se que os pacientes que permanecem na unidade por até 24 horas são considerados em observação, não sendo considerados no quantitativo diário de pacientes. Essa situação foi descrita por Ohara, Melo e Laus (2010) como recorrente no PA de um hospital público de São Paulo, no qual havia um grande número de pacientes que, mesmo não internados, requerem assistência de enfermagem, tanto para atendimentos como para orientações, quanto a realização de exames laboratoriais e de imagens, como, por exemplo, os pacientes que são atendidos nas salas de sutura, procedimentos ambulatoriais, sala de administração de medicações e sala de inalação. A figura 1, a seguir, mostra a organização do PA por setores.



**Figura 1: Desenho do setor de Pronto Atendimento.**



Fonte: Elaborado pela autora.

### 3.4 Sujeitos do estudo

Como sujeitos deste estudo, foram selecionados 22 técnicos de enfermagem que trabalham na assistência direta aos pacientes no PA do hospital. Optou-se por estudar este grupo, tendo em vista que representa a maior parte da força de trabalho da enfermagem e, na literatura, apresenta maiores índices de absenteísmo na equipe de enfermagem, como também por ser uma categoria de interesse da autora (BARGAS; MONTEIRO, 2014; SANCINETTI *et al.*, 2011; UMANN *et al.*, 2011; MAGALHÃES *et al.*, 2011; ESTORCE; KURCGANT, 2011). Os sujeitos da pesquisa são contratados por meio das Consolidações das Leis do Trabalho (CLT) em regime de plantão de 12 horas de trabalho e 36 horas de descanso, totalizando uma jornada de 44 horas semanais.

Os critérios de inclusão neste estudo foram: ser técnico de enfermagem lotado no PA, trabalhar nos turnos diurno e noturno nos diversos setores. Como critério de exclusão: estar de férias ou licença médica no período da coleta de dados. Os sujeitos foram escolhidos de forma aleatória, de acordo com a disponibilidade e desejo de participar da pesquisa, sendo que não houve nenhuma recusa dos sujeitos abordados.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa o número de sujeitos não foi estabelecido *a priori*, foi determinado durante o trabalho de campo, a partir da saturação de dados, quando houve reincidência das informações capazes de refletir a totalidade nas múltiplas dimensões (MINAYO, 2010). Para Minayo (2010), uma amostra qualitativa ideal é aquela que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo.

### 3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais com roteiros semiestruturados (APÊNDICE I), que foram gravadas e transcritas na íntegra, para análise e interpretação das falas dos entrevistados, de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações. Foi realizada visita técnica ao setor, observando sua rotina, juntamente com a coordenadora de enfermagem do setor, com o objetivo de favorecer a compreensão da dinâmica do local de trabalho (ANEXO A).

Como proposto por Alves (1996), na coleta de dados, procurou-se identificar o perfil dos sujeitos da pesquisa, o que facilitou a compreensão do pensamento dos atores inseridos no contexto da instituição e ampliou a visão das causas do absenteísmo, como resultante do

processo de interação social. Para tal, os entrevistados responderam a um questionário estruturado preenchido antes da realização das entrevistas (APÊNDICE I).

As entrevistas ocorreram após contato prévio, no qual os técnicos foram convidados a participar do estudo e esclarecido o propósito. Após o aceite, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados durante os meses de março e abril de 2015. Para maior conforto dos participantes, as entrevistas ocorreram em uma sala reservada cedida pela instituição, onde permaneciam apenas o entrevistado e o entrevistador.

Neste estudo, realizou-se entrevista qualitativa, com questões sobre o perfil e questões abertas que permitiram a exploração em profundidade da perspectiva dos atores sociais, abrindo novas possibilidades de compreensão das questões enfrentadas pelos sujeitos, sendo um instrumento de acesso às experiências dos atores (POUPART-JEAN *et al.*, 2010). Para Fraser e Gondim (2004), a entrevista favorece a relação entrevistador/entrevistado e privilegia a fala dos atores sociais, proporcionando melhor compreensão de significados, valores e opiniões dos sujeitos a respeito de situações e vivências, assim como possibilita explorar a visão de mundo dos entrevistados, o que proporciona melhor alcance dos resultados.

O roteiro semiestruturado permite ao pesquisador conduzir a entrevista com a possibilidade de ultrapassar as questões estabelecidas previamente no roteiro, possibilitando maior enriquecimento da coleta de dados ao permitir ao pesquisador fazer perguntas adicionais sobre o tema, a fim de aprofundar a reflexão e compreender melhor o contexto, ou esclarecer questões, caso seja necessário (MINAYO, 2010). Inicialmente, foi realizado o teste piloto para avaliação da compreensão das questões e a possibilidade de alcance dos objetivos propostos e realizados os ajustes nos roteiros.

### **3.6 Análise dos dados**

Os dados coletados foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2009). Segundo o autor, a análise de conteúdo diz respeito a um conjunto de técnicas de análise que, de forma articulada, permitem analisar as comunicações estabelecidas entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Para Bardin (2009) a análise de conteúdo tem como o objeto de estudo a palavra, permite buscar conhecer o que está atrás das palavras sobre as quais se debruça e constitui-se em uma busca de outras realidades por meio das mensagens, sendo “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2009, p.31).

A análise de conteúdo aumenta a possibilidade de novas descobertas, indo além do visível, do significado da leitura simples do real, trazendo à tona conteúdos ocultos presentes nos dados coletados (BARDIN, 2009). Assim, essa técnica de análise possibilita a compreensão mais profunda dos dados, podendo desvelar questões que estão ocultas na realidade do sujeito, favorecendo o alcance dos objetivos. A análise foi realizada seguindo três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e tratamento dos resultados, e por fim, a inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

A pré-análise consistiu da fase da organização do material que permitiu operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, possibilitando a formulação de questões norteadoras. Nessa fase, foi realizada a leitura flutuante e exaustiva das entrevistas que possibilitou a aproximação com os conteúdos das entrevistas.

A exploração do material foi a fase na qual ocorreu a transformação dos dados brutos por meio de recorte, agregação e enumeração de palavras ou frases, a fim de permitir atingir uma representação do conteúdo, visando identificação das unidades de registro que foram agrupadas sucessivamente até a construção das categorias. Acrescenta-se que, antes da discussão das categorias centrais, tornou-se essencial discutir o perfil dos sujeitos, visando identificar quem fala e de que lugar está falando para contextualizar seus relatos.

Na inferência e interpretação, realizou-se o tratamento dos dados categorizados de forma a apresentarem significados, a fim de possibilitar a interpretação das informações obtidas. No processo de análise das entrevistas, as falas foram agrupadas por unidades temáticas e interpretadas de acordo com a literatura sobre o tema (BARDIN, 2009).

### **3.7 Aspectos éticos**

A pesquisa foi desenvolvida respaldando-se na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido e aprovado no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão – NEPE (Anexo B) do hospital cenário da pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG, parecer 41330815.9.0000.5149 (ANEXO C).

A coleta de dados ocorreu após aprovação em todas as instâncias. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto à finalidade do estudo, e sua participação ocorreu de forma voluntária, ficando garantido ao sujeito o direito de recusar participar da pesquisa ou retirar-se

da mesma se julgar necessário. Todos os entrevistados assinaram o TCLE, emitido em duas vias, sendo uma entregue ao pesquisado (APÊNDICE II).

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram sistematizados e apresentados de modo a favorecer a compreensão do cotidiano de trabalho e de vida dos entrevistados e sua influência nas ausências ao trabalho na unidade de PA. Após a leitura e organização do material, iniciou-se a análise dos resultados que foram agrupados nas seguintes categorias: (1) cotidiano de trabalho em uma unidade de Pronto Atendimento; (2) relação dos profissionais com o trabalho na urgência e com o hospital, dividida em duas subcategorias: (2.1) identificação com o trabalho na urgência e (2.2) fatores que geram satisfação ou insatisfação; (3) motivos autorreferidos de absenteísmo: uma visão da realidade; (4) repercussões do absenteísmo no ambiente de trabalho e para os profissionais. Acrescenta-se que, antes da discussão das categorias centrais, tornou-se essencial discutir o perfil do sujeito, visando identificar quem fala e de que lugar está falando para contextualizar seus relatos.

### 4.1 Caracterização dos profissionais entrevistados

A caracterização dos sujeitos contribui para um melhor entendimento dos resultados encontrados. Nesse sentido, delinear as características sócias demográficas favoreceu a compreensão do cotidiano de vida e de trabalho do sujeito, haja vista que os relatos são construções influenciadas pelo contexto no qual o sujeito se insere.

**Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa de um serviço de urgência e emergência quanto ao sexo, idade e número de filhos. Belo Horizonte, 2015.**

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	18	82
Masculino	4	18
Idade (anos)		
20 a 29	6	27
30 a 39	10	45
40 a 49	5	23
50 a 59	1	5
Número de filhos		
0	10	46
1	6	27
2	4	18
3	2	9

Fonte: Elaborada pela autora.

Dos 22 entrevistados, a maioria é do sexo feminino, 18 (82%), e apenas quatro (18%) do sexo masculino. Quanto à faixa etária, seis (27%) possuem de 20 a 29 anos, 10 (45%) possuem de 30 a 39 anos, cinco (23%) possuem de 40 a 49 anos e um (5%) possui entre 50 e 59 anos.

No contexto familiar, 12 (55%) relatam já serem pais e mães, encontrando-se neste grupo também uma gestante. Em relação ao número de filhos, seis (27%) entrevistados afirmaram possuir um filho, quatro (18%) possuem dois filhos, dois (9%) possuem três filhos e 10 (46%) não têm filhos. Na situação escolar dos filhos, nenhum frequenta creche, nove (41%) frequentam escola, dois (9%) ficam com os avós e um (5%) encontra-se cursando ensino superior. Os entrevistados, em sua maioria, residem com filhos, maridos, pais, sobrinhos. Apenas dois (9%) afirmaram morar sozinhos. Entre os entrevistados, 16 (73%) relatam não possuir dependentes diretos dos seus cuidados, três (14%) relataram cuidar dos filhos, sendo que um (5%) é cuidador de seu filho portador de necessidades especiais (dificuldades de locomoção), um (5%) cuida do pai e dois (9%) cuidam de primo e sobrinho nos momentos de folga, porém, não são de sua inteira responsabilidade.

**Tabela 3: Distribuição dos sujeitos da pesquisa do serviço de urgência e emergência quanto ao meio de transporte, moradia e vínculos empregatícios. Belo Horizonte, 2015.**

Variáveis	N	%
Meio de transporte		
Público	14	64
Carro Particular	8	36
Moradia		
Casa própria	17	77
Aluguel	4	18
Casa financiada	1	5
Número de vínculos empregatícios		
1	14	64
2	8	36
3	0	0

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação aos vínculos empregatícios, oito (36%) afirmaram ter mais de um emprego, realizando uma jornada de trabalho semanal superior a 44 horas semanais e cinco (62,5%)

destes tem uma jornada semanal de 88 horas. Os demais, 14 entrevistados, possuem apenas um emprego (64%).

Pela análise do contexto social, verificou-se que 17 (77%) possuem casa própria, quatro (18%) moram de aluguel, um (5%) tem seu imóvel financiado. Como meio de transporte para o trabalho, 14 (64%) utilizam o transporte público para se locomover até o trabalho e oito (36%) utilizam carro particular. Em relação aos que utilizam o transporte público para chegar ao trabalho, 11 (79%) utilizam apenas um ônibus, dois (14%) utilizam dois ônibus e um (7%) utiliza ônibus associado ao metrô. O tempo gasto no trajeto de casa para o trabalho varia de cinco minutos a 120 minutos, de acordo com o trajeto percorrido até o local de trabalho, assim como o meio de condução que utilizam. Metade dos entrevistados reside em cidades da Região Metropolitana que não pertencem ao município de Belo Horizonte.

#### **4.2 Cotidiano de trabalho em uma unidade de Pronto Atendimento**

Os serviços de Pronto Atendimento possuem particularidades em relação a outros serviços de saúde. Assim, para melhor contextualização dos resultados torna-se necessário conhecer este setor e as atividades que são realizadas, a partir da visão dos trabalhadores que atuam diariamente no mesmo, e também a partir da observação realizada em diário de campo pela autora. Como foi realizado um estudo de caso único, a compreensão de sua rotina torna-se essencial para análise dos dados.

Esse Serviço de Pronto Atendimento é dividido em diferentes setores, a saber: sala de sutura, sala amarela, ortopedia, Poli 9 e Poli 10, sala de pronto atendimento masculino, sala de pronto atendimento feminino, pediatria e ambiente de acolhimento com classificação de risco. Cada setor apresenta peculiaridades relacionadas ao perfil de seus pacientes, ao tipo de cuidados realizados e também à carga de trabalho encontrada. Considera-se que há setores onde a sobrecarga de trabalho é maior, tendo em vista a maior demanda de pacientes e a complexidade do cuidado dedicado a cada um. O relato a seguir descreve as atividades dos profissionais no PA, no que se refere às rotinas cotidianas:

Aqui no pronto socorro a gente tem uma escala. Cada mês, nós somos escalados em um setor e a rotina é a mesma para todos os setores. A gente chega de manhã, eu faço a corrida de leito, anoto o nome dos meus pacientes, olho como estão os sinais vitais, se tem edema no acesso, como está o nível de consciência, tudo que eu preciso para fazer a minha evolução. Pego as prescrições, vou à farmácia, pego as medicações e administro as de oito horas da manhã, encaminho os pacientes para o banho, faço curativo, faço o que tenho que fazer. Em alguns setores, a gente segue essa rotina de chegar e fazer isso. Tem outros setores, por exemplo, na zona amarela [sala amarela],



que a gente não tem medicação de horário certo para fazer porque os pacientes estão só em observação. Quando tem paciente internado, a gente vai ao setor e pede material para o decorrer do dia. Na ortopedia, tem paciente internado, mas são poucos, a gente chega, tem que pedir material e organizar o setor. Depende de onde está, mas basicamente é medicar e realizar os cuidados como, por exemplo: ajudar o paciente ir para o banho, fazer curativo e essas coisas, isso se o paciente não é acamado ou se o paciente tem alguma dificuldade para deambular, se não, a gente deixa a pessoa tomar banho a hora que ela quer (E19).

O relato aponta um cotidiano de trabalho com grande número de atividades, mas que apresenta certa regularidade nas mesmas, o que leva a inferir que, caso o quadro dos pacientes não se agrave e a equipe de enfermagem esteja completa, é possível seguir. É uma descrição pormenorizada do cotidiano de trabalho, passo a passo, de acordo com a escala e os horários, a rotina diária de chegar à unidade, fazer a corrida de leito para conhecimento dos pacientes e verificação de sua condição de saúde como também das necessidades individuais de cada um, a fim de prover subsídios para a realização da assistência.

No depoimento do profissional, chama a atenção os deslocamentos da equipe de enfermagem no início do plantão para buscar medicação, que será utilizada durante todo o dia, na farmácia. Esse trabalho consome parte da jornada diária que poderia ser dedicada ao cuidado, o que poderia estar contribuindo para melhoria do cuidado ao paciente.

Torna-se importante salientar, de acordo com o relato, que a equipe de enfermagem segue uma escala de rodízio entre os setores, previamente estabelecida pela coordenação, por meio da qual os trabalhadores são mensalmente distribuídos. O rodízio de setor leva a inferir que, com a contínua mudança do local de trabalho, o funcionário é poupado de estar sempre em contato com a mesma demanda e tipo de atividade, haja vista que existem setores de maior demanda de pacientes e carga de trabalho. Dessa forma, o rodízio da escala tem um sentido prático de distribuição dos profissionais que, além de possibilitar aquisição e utilização de conhecimentos diferentes, também pode contribuir para o equilíbrio da equipe.

Os profissionais mostram dominar a rotina do cotidiano em seus detalhes como aquilo que lhes é dado. Segundo Certeau (2009), o cotidiano é fornecido diariamente, pressiona dia após dia. Dessa forma, pode-se observar a realidade cotidiana de cada unidade, com suas demandas e particularidades, com interferências de questões administrativas relacionadas aos recursos humanos, sendo possível haver sobrecarga de trabalho decorrente tanto por deficiência de quantitativo de trabalhadores como em razão de uma demanda aumentada de pacientes, como pode ser observado nas falas a seguir:

O dia a dia aqui é muito paciente para a gente cuidar, tem setor que é muito paciente, outros são mais tranquilos. Setor igual à observação masculina, observação feminina,

poli e a sala amarela, a gente trabalha o dia inteiro, o dia inteiro mesmo, só pára para comer (E20).

O paciente chega lá no poli, a gente punciona, medica, encaminha para o raio x. Se for ficar no poli, monitoriza e tudo, se não for, encaminha para o outro setor (E21).

Sala amarela, que é a sala de medicação, que acumula paciente demais lá dentro, tem pouco funcionário (E21).

Em relação aos diversos setores, os relatos mostram uma grande demanda de cuidado dos pacientes, o que exige do trabalhador agilidade no atendimento, gerando demanda física e emocional para realizar o cuidado necessário.

Observa-se que, na sala amarela, local onde se realiza a medicação dos pacientes que não apresentam elevada gravidade e que não necessitam ser encaminhados para a sala de emergência, existe uma sobrecarga referida pelos trabalhadores, pelo acúmulo de pacientes para serem medicados e observados, e um pequeno quantitativo de profissionais. O número de pacientes atendidos nesse setor é variável, podendo ser maior que o esperado, fazendo com que a demanda de cuidados ultrapasse o previsto. Nesse sentido, foi possível observar sobrecarga dos trabalhadores do PA, visto que, mesmo não havendo a efetivação da internação na unidade, existe uma grande quantidade de pacientes que requerem assistência de enfermagem.

De acordo com os relatos, evidencia-se a situação de setores onde existe maior sobrecarga de trabalho, como o PAM, PAF, Poli e sala amarela. Com isso, infere-se que setores como sutura, triagem, ortopedia e os demais não citados são mais tranquilos para trabalhar e nos quais é menor a demanda de pacientes e trabalho. Estudos apontam que o PA possui uma demanda, muitas vezes, maior do que a prevista, ultrapassando sua capacidade de atendimento, gerando uma sobrecarga de trabalho (MENZANI, 2006).

Quanto à demanda de pacientes e seu perfil de gravidade, há variações, tornando o PA um local de trabalho imprevisível. O atendimento é destinado a pacientes externos, sendo o local de primeiro atendimento dos pacientes ao ingressarem na instituição. Por esse motivo, os profissionais estão sempre a espera de novos pacientes que, muitas vezes, chegam em estado grave, tendo que ser imediatamente atendidos pela equipe.

É diversificado, são várias clínicas ao mesmo tempo. Tem a questão também que a gente atende porta de entrada. Nós atendemos qualquer tipo de enfermidade. Às vezes, quando o paciente é portador VRE [Enterococo Resistente à Vancomicina], a gente vai saber, depois de dois dias, que já está com o paciente. Quando é um paciente portador de Tuberculose, é somente depois de uns dois dias, porque aí pede o exame de BAAR [Bacilos Álcool-Ácido Resistentes], aí não faz hoje, vai fazer somente amanhã pela manhã, o resultado sai somente a tarde, então, são dois dias que a gente fica com o paciente com risco, às vezes, tem meningite (E4).

Eu acredito que, por ser o primeiro atendimento, os pacientes chegam mais graves, aí a gente tem que ter um cuidado maior, porque, quando chegam para o setor, eles já estão estabilizados (E20).

Neste contexto de imprevisibilidade, observa-se a presença de pacientes com diagnóstico médico não confirmado e com perfil de gravidade variável. Isso acarreta diferença de rotina dos cuidados pelo responsável e exige do profissional maior atenção na realização dos procedimentos, como também constante estado de alerta para possíveis intercorrências que possam surgir, visto que os pacientes, em grande parte, apresentam instabilidade hemodinâmica.

Pelos relatos, foi possível identificar o clima de insegurança vivenciado pelos profissionais que citaram especificamente as doenças transmissíveis como situações que colocam sua saúde em risco, embora se reconheça que em um PA também chegam vítimas de arma de fogo e arma branca. O risco de a violência acompanhar a vítima até o serviço de saúde está presente, mesmo unidade possuindo vigilantes 24 horas por dia.

A necessidade de ser atendido prontamente pela equipe, sem a possibilidade de realização de exames prévios para diagnóstico de possíveis doenças transmissíveis, pode expor a equipe a risco de contaminação. Essa situação raramente acontece quando os pacientes estão internados em outras unidades e são transferidos para outros setores, pois já se encontram clinicamente estáveis e com diagnóstico médico, muitas vezes, estabelecidos. Os pacientes graves que chegam ao PA são atendidos, estabilizados e, geralmente, encaminhados para outros setores do hospital, como a clínica médica, clínica cirúrgica, CTI ou bloco cirúrgico.

Nesse contexto, Garcia e Fugulin (2010) ressaltam a característica de porta aberta do PA, que disponibiliza atendimento imediato, faz com que a equipe esteja em constante estado de alerta, tornando o trabalho imprevisível. Oliveira (2009) discorre sobre a imprevisibilidade encontrada nesse ambiente, no qual o trabalhador encontra-se constantemente em uma corda bamba, sentindo-se inseguro, por não saber o grau de gravidade do paciente que pode chegar a qualquer momento e, por não conhecer a patologia que este possui, sente-se exposto ao medo de adquirir uma doença transmissível. Menzanini (2006) também reforça a ideia de imprevisibilidade do setor e a relaciona ao atendimento de pacientes graves. Esse autor aponta que o trabalho consiste, muitas vezes, em estabilizar o paciente e transferi-lo para outro setor ou outro serviço. Assim, o funcionário do PA está exposto às possíveis consequências do primeiro atendimento, fato que raramente ocorre em outros setores da instituição.

Ainda sobre a imprevisibilidade do setor, Ohara, Melo e Laus (2010) afirmam que a imprevisibilidade da demanda, aliada à sua gravidade e à complexidade, torna esse cenário

desafiador e o coloca como um dos setores mais importantes de um hospital, sendo local onde o pessoal deve ser qualificado para todas as adversidades possíveis que possam surgir. Por outro lado, as unidades de urgência não conseguem desenvolver processos que permitam atender rapidamente os pacientes e, ao mesmo tempo, assegurar melhores condições de segurança aos profissionais.

Nas entrevistas, os trabalhadores ressaltam a inconstância no cotidiano do PA, entre períodos de tranquilidade e tumulto, carregado de correria e agitação para a realização de múltiplas atividades. Em 12 horas de plantão, não há tempo suficiente para descanso, somente para alimentação, o que não supre suas necessidades de reposição da energia gasta.

É bem agitado, bem agitado mesmo. Aqui a gente não para, a gente trabalha o dia inteiro, somente para mesmo para comer e descansar, na hora do descanso. É muito corrido, às vezes, é bem cansativo, mas é o que eu gosto de fazer (E20).

É muita correria mesmo, eu acho que é muita correria, dia a dia (E18).

Estresse do começo do plantão até o fim do plantão (E9).

Atordoado, às vezes está tranquilo, mas agora não está tranquilo não, esses dias, está ficando cheio. É muita correria o PA (E17).

A “correria” no cotidiano de trabalho tem um caráter contínuo que, com o passar do tempo, traz consequências para os trabalhadores que reagem de diferentes formas. Apesar de ser cansativo e gerar estresse, o relato mostra que o há satisfação em ver o resultado do trabalho materializado em vidas salvas com a participação do trabalhador, dando significado ao seu trabalho.

Menzani (2006) reafirma que o PA é um ambiente estressante, agitado, onde as condições de trabalho nem sempre são as mais adequadas. O autor atribui o estresse do setor ao fato de demandar agilidade, conhecimento e segurança dos profissionais para garantir assistência ao paciente que necessita de atendimento imediato. Em relação estresse do ambiente, Carret *et al.* (2011) ressalta que, apesar das condições adversas do setor, mantém-se a necessidade de toda a equipe executar as atividades, observando os valores éticos e morais, com o conhecimento técnico e as tecnologias disponíveis no setor.

O ritmo de correria imposto nesse setor gera diferenças não apenas nos cuidados, mas também na forma que estes são registrados. No cotidiano de trabalho, observa-se como consequência as limitações para registro dos cuidados prestados, as evoluções são mais sucintas que em outros setores.

Aqui é uma correria. Você não tem tempo não. Aqui no PS é diferente da internação, por exemplo: A evolução nossa é bem rápida, é uma evolução na qual, às vezes, não tem como você colocar o horário das medicações certinho. A gente coloca o básico, tanto é que a nossa evolução é diferenciada, a gente coloca mais “xizinho” e vai marcando. Lá em cima [andar], você consegue ter um espaço para anotar, aqui não tem tempo (E4).

No depoimento, observa-se que o profissional não dispõe de tempo suficiente para fazer evoluções mais detalhadas e que, frente a isto, a instituição disponibiliza, no sistema informatizado, uma forma de fazer anotações no prontuário do paciente, sistematizada e objetiva para adequar a dinâmica do setor. No entanto, no cuidado em saúde, a documentação das atividades e dos seus resultados, por meio de registros escritos, constitui um dos instrumentos de comunicação efetivos para o planejamento, continuidade e avaliação dos serviços prestados aos clientes (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007). A comunicação efetiva, escrita ou oral, é um requisito para a segurança do paciente.

Os registros de enfermagem, além de indicar ações realizadas, possibilitam a continuidade do trabalho, por meio da transferência do cuidado entre profissionais, unidades e outros serviços, favorecendo a qualidade da assistência e a tomada de decisão, visto que a enfermagem dedica várias horas de cuidado ao paciente e, portanto, teria mais informações a repassar. Além disso, o registro escrito é prova concreta e permanente da atuação do profissional, servindo de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas, de educação e outras atividades relacionadas (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007).

O PA é um setor em que, funcionando continuamente, as equipes multidisciplinares estão sempre à disposição para o atendimento do paciente grave e, com isso, torna-se um setor de grande resolutividade, praticidade e imediatismo, mesmo que seja para uma consulta médica e/ou estabilização do paciente. O entrevistado descreve detalhes do trabalho realizado e as condições favoráveis disponibilizadas pelo hospital para atender o paciente grave, que tem relação com a finalidade do trabalho, como pode ser observado nos relatos a seguir.

A urgência, eu vou falar sobre a urgência, os polis. Você resolve a vida do paciente ali, ou ele sai dali vivo ou morto. Você não precisa ficar esperando. Ali você já sabe o diagnóstico mais ou menos. Você sabe se tem condições imediatamente de fazer alguma coisa por ele, não ficar aguardando outras coisas para que tudo se resolva (E12).

Há praticidade de atender o paciente, porque na sala de emergência tudo acontece na hora. Se chegar um paciente infartado você medica na hora, pois tem o médico na hora para atender, você faz eletrocardiograma na hora. Se for um paciente com suspeita de AVC [Acidente Vascular Cerebral], ele já é encaminhado para a tomografia, o neurologista avalia, o que não tem nas observações, porque, nas observações, o médico só vai olhar na hora que ele estiver disponível. Se o paciente agrava, a gente leva para a emergência e imediatamente ele é avaliado, aí o

atendimento é mais rápido. A sala pode estar um tumulto, mas, se chegar um paciente grave, a gente para de atender os outros pacientes e vai dar assistência ao paciente grave que chegou, então, é tudo mais prático, você tem tudo ao alcance das mãos, o médico está aqui, a medicação também, se precisou fazer tomografia corre e liga para o setor de TC [Tomografia Computadorizada], imediatamente levamos o paciente e fazem a tomografia, então, é tudo mais prático. Com isso, você vê resultado mais rápido também (E19).

O rápido acesso a exames, medicações e profissionais de diferentes especialidades, de acordo com a necessidade clínica ou traumática do paciente do setor, proporcionam um diagnóstico mais rápido e facilitam a propedêutica ao paciente, favorecendo seu prognóstico. Esta resolutividade torna-se, muitas vezes, fator decisivo entre a vida e a morte do paciente. Garcia e Fugulin (2010) também ressaltam que, no setor de urgência e emergência, se encontram facilidades de realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Tais facilidades encontradas neste setor, para a realização de exames e medicações imediatas, foram fatores que aumentaram a proporção de pessoas que procuravam o serviço de urgência e emergência para a resolução de seus problemas de saúde (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

Quanto à infraestrutura e recursos materiais do setor, percebe-se nos depoimentos que são inadequados, devido à superlotação e insuficiência de macas para acomodar todos os pacientes.

O problema do pronto socorro é a superlotação. Aqui, a gente tem uma deficiência de espaço físico. Hoje mesmo, a gente tem seis pacientes em um espaço que seriam quatro. Fica apertado, para você chegar em outro paciente, você tem que empurrar maca (E19).

[...] na emergência, sempre está chegando paciente e, muita das vezes, não tem maca disponível para atender aquele paciente. Ele entra para a gente na cadeira, aí os médicos ficam cobrando da gente maca, não tem como a gente providenciar maca. Alguns médicos começam a ficar alterados com a gente. Assim, é bem puxado o plantão (E6).

Quando tem jogo [o hospital é próximo ao estádio], o negócio lota, aí falta maca, igual hoje não tem maca, chega na cadeira, aí é ruim (E21).

Os sujeitos descrevem que, no cotidiano de trabalho, há um grande quantitativo de pacientes e que a infraestrutura da unidade não está preparada para o número de usuários que vêm recebendo ultimamente, que têm extrapolado a capacidade de atendimento. O espaço não é suficiente, o que gera a necessidade de acomodar pacientes, muitas vezes, de forma inadequada, desfavorecendo a dinâmica de atendimento.

Na visita técnica, foi possível observar que há setores onde são atendidos pacientes mais graves e outros para pacientes menos graves, cujos recursos disponíveis são diferenciados, não

havendo padronização. Assim, foi possível observar dificuldades relativas à grande demanda de pacientes e poucos recursos materiais e de infraestrutura no conjunto do PA.

No depoimento de E6, fica claro que as situações de acomodação dos pacientes, muitas vezes, interferem no relacionamento da equipe, tornando-se um dificultador das relações interpessoais da equipe multidisciplinar. Essas dificuldades foram relatadas principalmente com a equipe médica, gerando atrito entre os profissionais devido a acomodação inadequada do paciente, além de ser fonte de insatisfação dos funcionários que realizam o atendimento. A insuficiência de macas para acomodar todos os pacientes é uma realidade constante enfrentada pela equipe, e foi ressaltada por diferentes sujeitos como um fator negativo para o atendimento. Mas, pelo fato de ser uma unidade de porta aberta e demanda espontânea, o PA não restringe o acesso ao usuário, levando à ativação de leitos extras que são operacionalizados em forma de macas pelos corredores do setor. (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

A realidade de falta de equipamentos e insuficiência de espaço físico vivenciada no cotidiano do PA é confirmada por outras pesquisas realizadas em nível nacional, nas quais foi evidenciada a permanência de pacientes em macas pelos corredores, acomodados em locais de circulação de pessoas, alto índice de ruídos e luminosidade constante, fator inapropriado para a realização de uma assistência adequada (OHARA; MELO; LAUS, 2010; CASAROLLI *et al.*, 2015). Nessas condições, os pacientes tornam-se mais suscetíveis a falhas relacionadas à segurança do paciente como: quedas, infecções relacionadas à assistência à saúde, erro na administração de medicações e lesões de pele (CASAROLLI *et al.*, 2015). Além do comprometimento da assistência, um ambiente de trabalho inadequado pode aumentar os riscos de acidentes para os trabalhadores, acarretando prejuízos para sua saúde ocupacional.

### **4.3. Relação dos profissionais com o trabalho na urgência e com o hospital**

Nesta categoria foram discutidos os motivos que levam os profissionais a escolherem o PA para trabalhar e a relação com as características do setor, bem como situações de satisfações e insatisfações no trabalho. Esta categoria se divide em duas subcategorias, a saber: (4.3.1) identificação com o trabalho na urgência e (4.3.2).fatores que geram satisfação ou insatisfação.

### 4.3.1 *Identificação com o trabalho na urgência*

Os técnicos de enfermagem passam grande parte de seu tempo diário de trabalho em longas jornadas de 12 horas, dedicando-se ao cuidado de pacientes com diferentes níveis de gravidade.

Na equipe de enfermagem, em virtude dos baixos salários, a maioria dos trabalhadores é obrigada a optar por mais de um emprego, o que leva essa categoria a permanecer no ambiente dos serviços de saúde a maior parte do tempo de suas vidas produtivas (SCHMIDT; DANTAS, 2006). Neste estudo, foi possível identificar que apenas oito entrevistados (36%) possuem dois vínculos empregatícios e a maioria apenas um vínculo.

Os participantes da pesquisa passam 44 horas semanais no PA, sendo possível, algumas vezes, ultrapassar essa jornada, tendo em vista as trocas de plantão e os plantões extras para cobertura da escala que pode estar incompleta, tanto por ausências decorrentes de faltas como por vagas ainda não preenchidas.

A extensão das jornadas e a identificação com o trabalho podem ter efeitos diversos, caso não haja prazer no trabalho realizado. Assim, a identificação com o local de trabalho é importante para a atividade profissional, e fatores do trabalho podem, muitas vezes, estimular ou desestimular o comparecimento ao serviço, como também podem ser fonte de prazer e sofrimento no trabalho. Os trabalhadores relatam gostar do que fazem no cotidiano de trabalho da urgência, sendo essa uma das razões para escolherem o PA para atuarem.

Toda vida eu trabalhei no pronto socorro, já trabalhei no andar, mas não adaptei, gosto disso aqui, dessa correria, dessa rotina (E11).

Ah! Uma que eu gosto. Gosto desse dia a dia. Muito assim, muito corrido, mas é gostoso, acaba você gostando daquilo (E15).

Porque eu amo. Eu amo. Eu não gosto de internação, não gosto de lugar parado, eu gosto de paciente intubado, eu gosto de trauma. Não gosto de lugar parado (E21).

É uma área que eu gosto, eu acho que não daria certo em clínica médica, eu gosto mais de adrenalina (E14).

Os sujeitos da pesquisa referem já terem trabalhado em outros setores do hospital, porém, optaram pelo PA, devido a uma das características principais de ser um trabalho dinâmico e, muitas vezes, vivenciarem ausência de rotina. Frente ao cotidiano de correria presente no setor, eles preferem atuar no PA em relação a outros setores, como a clínica médica, argumentando que esse é um local parado, pouco dinâmico e que não se adaptariam a esta rotina



monótona. Observa-se que este prazer pelo PA é intenso e duradouro, o que faz com que os trabalhadores optem por permanecer neste setor, diante da experiência de prazer vivenciada.

Pesquisas realizadas no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) também apontam para a influência da ausência de rotina, com a identificação para o trabalho. Nesse serviço, a cada atendimento ao paciente, torna-se possível vivenciar situações diferentes, nas quais o profissional está exposto a diversas condições, expressadas por atendimentos em locais extremos como também a pacientes em condições adversas e inesperadas de saúde, o que torna o serviço dinâmico e livre de rotina (ROCHA, 2013). O trabalho no SAMU e no PA ocorrem em circunstâncias diferentes, porém, relacionam-se ao contexto de urgência. Assim, pode-se observar que, frente à livre demanda, o funcionário irá se deparar com o inesperado, com diversas situações que podem ainda não terem sido vivenciadas. Pelos relatos, foi possível verificar que há um perfil profissional que facilita a identificação com o trabalho na urgência e com o atendimento a pacientes graves.

Ainda sobre o cotidiano do setor e a identificação com o mesmo, há relatos de preferência por situações imprevisíveis, com mudanças constantes no cenário de trabalho que fazem com que os trabalhadores sejam expostos a sentimentos de emoção que “[...] estão carregados de adrenalina”, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Eu gosto de emoção, de adrenalina (E12).

O negócio meu é adrenalina, eu gosto da adrenalina em si, eu não gosto muito de ser uma pessoa passiva, eu gosto de ser mais uma pessoa ativa (E22).

Eu acho que aquela adrenalina da urgência e emergência, igual aqui a gente recebe paciente baleado, esfaqueado, infartado, essa coisa é para quem gosta, tem que gostar de urgência, mas eu acho que isso é bom, eu aprendi a gostar disso, tem nove anos que eu trabalho só com urgência, isso é gostoso, atendimento rápido, paciente grave (E19).

A adrenalina foi relacionada ao sentimento de agitação, uma constante vivida pelos trabalhadores nos serviços de urgência, em contraposição ao trabalho rotineiro e previsível. Situações inusitadas ou outras já vividas, como, por exemplo, o primeiro cuidado aos pacientes no limiar da vida, como as vítimas de arma branca, arma de fogo e infartados, nas quais o atendimento deve ser rápido e fazem com que os trabalhadores se sintam pessoas ativas.

As características da urgência/emergência impõem a necessidade de condutas imediatas, decisivas no atendimento, fazendo com que os trabalhadores se sintam pessoas ativas, capazes de tomar decisões rápidas, não sendo sujeitos passivos no cuidado, seguidoras de rotinas preestabelecidas. Dessa forma, surge a necessidade de o profissional apresentar um diferencial

para o atendimento ao usuário, tanto nas questões técnicas como psicológicas, o que faz com que os profissionais se sintam diferenciados, com características e habilidades ímpares para o trabalho

Além disso, as falas evidenciaram que as características do setor e a finalidade do atendimento no PA fazem com que os pacientes não permaneçam internados na unidade por longos períodos, sendo um dos motivos de escolha do PA para trabalharem. Percebe-se nos relatos uma preferência em atender em situações de gravidade, salvar vidas, mas não de fazer acompanhamentos sistemáticos de pacientes que exigem continuidade. A identificação com a urgência é centrada na grande movimentação de pacientes, na finalidade do trabalho, sem necessariamente estabelecer vínculos afetivos ou de continuidade.

Aqui o paciente não fica muito tempo, sobe para o andar ou vai ser transferido. Então, essa parte é boa, porque ficar seis meses com o mesmo paciente... Nosso Deus! (E11).

[...] você não fica muito tempo com o mesmo paciente. Você chega e vê, amanhã você já não vê mais. Eu acho que você não fica tão ligado quanto nos setores de clínica médica que eles ficam mais tempo, você não apega tanto. Eu acho melhor não se apegar (E6).

Eu gosto daquelas coisas rápidas que passam por você e você não fica. Por exemplo, se for para trabalhar no andar, eu prefiro não trabalhar. Porque o andar todos os dias que você chega é o mesmo paciente, praticamente, pronto socorro não. Pronto socorro você pega um hoje, amanhã você não vê ele mais, aí pega outro. E vai essa rotina (E5).

Eu gosto do pronto socorro, eu gosto daqueles pacientes que é coisa rápida, entra, sai, você medicou, você fez aquilo rápido (E7).

Ressalta-se que, na urgência, depois de prestados os primeiros atendimentos, medicar e estabilizar clinicamente os pacientes, eles recebem alta para domicílio ou são encaminhados para unidades de internação, para a continuidade do cuidado. Essa característica faz com que a rotatividade de pacientes seja alta, o que diminui o estabelecimento de vínculos entre paciente e funcionário, e relações intensas e duradouras com o paciente, sua família e sua história. São características dos perfis profissionais que devem ser considerados pela gestão de pessoas, tendo em vista que, em uma mesma instituição, há sempre diferentes postos de trabalho para profissionais com diferentes características.

Nesse contexto, a ausência de vínculos torna-se um atrativo para os trabalhadores que não desejam criar relações de proximidade com os pacientes. Para Queiroz e Penna (2011), o vínculo pode ser entendido como uma relação de confiança que se estabelece entre o paciente e o serviço, podendo estar ligada a um profissional ou a uma equipe. As autoras afirmam que, através deste, ocorre o estabelecimento de relações duradouras, importantes no processo de

construção de práticas longitudinais e integradas. Essa relação é essencial em alguns serviços como na Estratégia Saúde da Família (ESF), em que o vínculo é um dos pressupostos para trabalhar.

O vínculo é consequência de uma relação mais próxima que ocorre entre o sujeito e o profissional de saúde (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009). Entretanto, observa-se, na urgência, a ausência de formação de vínculo duradouro paciente/profissional como escolha do próprio trabalhador, o que pode ser considerado uma defesa frente aos sentimentos que possam surgir. Essa situação pode ser entendida como uma tática, em sentido mais amplo da vida profissional, que o trabalhador encontra para evitar o sofrimento em função do estabelecimento de laços e perdas posteriores. Outra referência dos sujeitos em relação aos motivos de trabalhar no PA se relaciona ao perfil que o funcionário deve possuir ou desenvolver para o tipo de atividade que é realizada neste setor, e apontam que escolheram trabalhar neste devido ao fato do perfil que possuem.

Fiz estágio no setor de clínica médica e clínica cirúrgica e vi meu perfil voltado mais para a área de emergência. Aí, no estágio mesmo, foi onde eu já fui contratado, fiquei, fui efetivando, e não parei mais. Eu prefiro a área de emergência que é onde tem mobilidade, eu sou muito agitado, eu gosto de fazer as coisas meio rápido. Na enfermagem, a emergência é o meu perfil. É o que eu gosto (E9).

Eu acho que o meu perfil é PA, porque sou mais agitada, não gosto de coisa muito parada, serviço que me deixa muito parada eu não gosto, gosto de coisa bem agitada, eu sou agitada, então, tem que ser uma coisa para extravasar mesmo (E20).

Os entrevistados fazem uma análise de seu perfil profissional mais dinâmico que se adequa ao atendimento de urgência/emergência. Afirmam que, por serem profissionais agitados, possuem perfil para trabalharem em setores dinâmicos, nos quais podem extravasar e desenvolver suas habilidades. Fazem um paralelo das peculiaridades do setor, como a agitação, a correria para realização do trabalho e a capacidade de atuar com pacientes graves com características pessoais e apontam a existência de um perfil pessoal e profissional para exercer essas atividades. O trabalhador, nesse setor, deve ser capaz de adotar condutas rápidas, ter raciocínio lógico e habilidades técnicas. A presença de um perfil para atuar no serviço de urgência foi observada em estudo realizado por Rocha (2013), em um serviço de atendimento móvel de urgência, no qual ressalta características que os profissionais devem ter. De acordo com a autora, devido à imprevisibilidade do atendimento da urgência, o profissional necessita de competências diferenciadas no que concerne às habilidades, conhecimentos e atitudes para executar as intervenções necessárias em um contexto de demandas específicas.

Oliveira (2009) também evidenciou a presença de um perfil para atuar em PA. Seus entrevistados relataram que, para atuar neste setor, o trabalhador precisa ter um diferencial, sendo um profissional mais dinâmico e com capacidade de improvisar, visto a imprevisibilidade que a realidade do trabalho se apresenta. Menzani e Bianchi (2009) acrescentam que o profissional desse setor deve ser capaz de tomar decisões rápidas e distinguir as prioridades, avaliando o paciente como um ser único.

A observação de um perfil como motivo para trabalhar na unidade de urgência não partiu apenas dos entrevistados. Em situações relatadas pelos sujeitos no processo seletivo no setor de recursos humanos, foi observada a proximidade de características pessoais do funcionário com características do setor.

Quando eu fiz entrevista para trabalhar aqui, na realidade, no momento do processo seletivo, não me falaram que eu iria para o PA, até porque eu não tinha experiência e, então, me falaram que eu poderia escolher o PA ou a clínica médica, mas como eu não tinha experiência eu optei por clínica médica, falei: “Não! Eles não vão querer uma pessoa que não tem experiência”. Até porque eu já havia procurado serviço em outra instituição, no caso PA, mas pelo fato da experiência, às vezes eles acabam dando chance, oportunidade, para quem tem experiência. Aí eu falei que ia ficar na clínica, embora não goste de clínica, mas eu pensei: “Nada que impeça de uma oportunidade surgir”. A moça do processo seletivo me ligou e disse que eu não tinha perfil de clínica médica, que eu tinha perfil para trabalhar no PA. Aí eu amei, porque a experiência que eu tenho hoje em dia aqui... Nossa! Para mim foi incrível. A experiência que eu tenho aqui é uma coisa que, para mim, foi enriquecedora no meu currículo (E22).

O setor de recursos humanos, com a função de identificar nos trabalhadores competências para cada área e habilidades físicas e psicológicas para o trabalho, torna-se um dos motivos que levam as pessoas a trabalharem no PA. No momento das entrevistas de emprego, os trabalhadores são selecionados e encaminhados aos setores onde irão desempenhar suas atividades, de acordo com suas características e seu perfil profissional.

#### ***4.3.2 Fatores que geram satisfação ou insatisfação***

O trabalho ocupa um lugar central na vida das pessoas, não apenas no sentido de prover a sobrevivência, mas também como articulador da identidade e da subjetividade (SANTOS, 2014). Nesse sentido, pode ser fonte de satisfação e de insatisfação, dependendo das características, condições e finalidades do trabalho. Nessa categoria, buscou-se compreender os sentimentos de satisfação e insatisfação dos técnicos de enfermagem.

No cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem, caracterizado por atividades, muitas vezes, complexas e desgastantes, a satisfação no trabalho se torna um aspecto fundamental que repercute na qualidade da assistência prestada e no conforto dos trabalhadores, tornando-se um elemento importante quando se analisa o comparecimento dos trabalhadores ao serviço.

Neste sentido, para Fontana (2009), as satisfações e insatisfações que se entrelaçam nas atividades laborais comprometem a qualidade de vida e do trabalho, afetando a saúde física e mental, atitudes, e comportamento profissional e social, tanto com repercussões para a vida pessoal e familiar do indivíduo como para as organizações. Além da interferência na qualidade de vida no trabalho, Pol, Zarpellon e Matia (2014) referem que o nível de satisfação profissional vem se tornando fator essencial e determinante para a melhor qualidade do cuidado, visto que a insatisfação com o ambiente de trabalho pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica do local. Assim, o prazer pelo trabalho move os integrantes da equipe de enfermagem em sua prática cotidiana dos cuidados de enfermagem.

O trabalho pode ser reconhecido por proporcionar sentimentos de prazer e sofrimento, pois é por meio dele que o ser humano constrói sua vida e se insere no mundo laboral, como fonte de realização pessoal e profissional, além de ser uma forma de sobrevivência. Os sentimentos de prazer e sofrimento são determinados, basicamente, pela dinâmica estabelecida entre a organização do trabalho e a história pessoal de vida do trabalhador (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010). Para Dejours (2006, p.98), “O trabalho se revela essencialmente ambivalente. Pode causar infelicidade, alienação e doença mental, mas pode também ser mediador da autorrealização, da sublimação e da saúde”. Mendes e Tamayo (2001) afirmam que:

O prazer-sofrimento inscreve-se numa relação subjetiva do trabalhador com seu trabalho, que implica intersubjetividade no momento em que esse sujeito passa a relacionar-se com outros, sendo os valores, como princípios que guiam a vida da organização, um dos elementos responsáveis pela socialização das normas e regras, que definem formas específicas do trabalhador vivenciar sua tarefa e compartilhar suas relações sociais, afetivas e profissionais no contexto organizacional (MENDES E TAMAYO, 2001, p 40).

Assim, o conhecimento dos fatores que causam prazer e sofrimento pode ser um dos pontos de partida para que a instituição e os trabalhadores impulsionem o trabalho de uma maneira mais prazerosa e colaborativa e, como consequência, o torne mais humano para si mesmos, evitando doenças, quer sejam físicas ou psíquicas, relacionadas ao sofrimento no trabalho (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Ao buscar a compreensão dos motivos de insatisfação e insatisfação apontados pelos técnicos em enfermagem, encontrou-se nos relatos que atender pacientes graves, característica marcante do pronto socorro, é uma fonte de satisfação no trabalho, assim como a possibilidade de atuar em momentos críticos da vida do paciente dependente de cuidados.

No pronto socorro são os casos graves, eu gosto muito de mexer com paciente grave, paciente bem grave mesmo, sabe, aquele paciente que tem que fazer tudo nele. É o paciente, assim, mais lúcido, orientado, não gosto não, gosto de paciente grave (E20).

Resultados relacionados ao prazer em trabalhar com pacientes graves também foram encontrados em pesquisas realizadas em outros setores de alta complexidade. Caram (2013) evidencia, em seu estudo realizado no CTI de um hospital universitário, que a complexidade do cuidado demandado pelos pacientes deste setor também se revela como fonte de prazer e realização profissional, uma vez que os profissionais se consideram competentes em atuar junto ao paciente grave. Observa-se que, mesmo sendo setores diferentes, a complexidade do cuidado os aproxima, pois são pacientes em situação crítica.

O trabalho em saúde tem seu produto consumido durante a realização do trabalho, ou seja, durante a assistência, na prática do cuidado (CARAM, 2013). Ele é observável por meio da resposta do paciente à assistência prestada, o que gera sentimentos de prazer e gratificação nos profissionais de saúde (CARAM, 2013). Outra questão mencionada pelos sujeitos e refere ao atendimento bem-sucedido ao paciente em situação de risco iminente de morte.

Quando o paciente recupera, a gente pega uma PCR [Parada Cardiorrespiratória], vê que sai tudo bem, tranquilo (E14).

O que me agrada? Poder salvar uma vida, isso me agrada e a gente fica muito feliz quando isso acontece. Às vezes, a gente já está cuidando do paciente, aí ele pepina ou alguma coisa assim, aí, a gente ter o prazer de salvar a vida, é muito bom (E16).

Participar da assistência e contribuir para salvar uma vida é um dos objetivos do trabalhador, que, ao ver a recuperação do paciente ou mesmo sua melhora imediata em um atendimento de emergência, torna-se fonte de prazer. Além das interferências que um serviço de qualidade pode proporcionar nos resultados do tratamento do paciente. Esta postura permite inferir que há satisfação, orgulho profissional e autorreconhecimento sobre as ações realizadas. Trata-se de uma visualização do sucesso de seu trabalho, na qual a melhora do paciente representa satisfação pessoal e profissional. De acordo com Souza *et al.* (2010), a possibilidade de salvar vidas possui grande relevância no equilíbrio psíquico do profissional, além de proporcionar conforto e satisfação. E, ainda, Lima *et al.* (2013) afirmam que a melhora, a

evolução, a recuperação e a cura do paciente resultam em motivação para a equipe de enfermagem.

Garcia *et al.* (2012) relatam que sentimentos de prazer estão presentes em situações no qual o sujeito percebe a melhora do estado de saúde do paciente, como resultado de seu trabalho, dos cuidados realizados por ele durante o atendimento do paciente, seja naquele dia ou após alguns dias de internação. Caram (2013) observou, também, o prazer sentido pelo trabalhador na recuperação e percepção da melhora do estado de saúde do paciente, por ter participado das atividades que fizeram com que ele saísse de uma situação de risco e tivesse a oportunidade de voltar para casa e se inserir novamente na sociedade.

A presença de sentimentos positivos, quando o trabalhador consegue reconhecer o resultado do seu trabalho no processo de cura do paciente, também foi apontado em estudo realizado com enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem de um hospital universitário no sul do país. Os sujeitos relataram o prazer em ver o paciente retornar a vida após uma PCR e valorizaram a possibilidade de estarem aliviando a dor e o sofrimento do mesmo (ALMEIDA, PIRES; 2007). Menzani (2006) ressalta que, apesar do enfermeiro enfrentar fatores de estresse em seu cotidiano, ele encontra fonte de prazer e satisfação no trabalho, nas intervenções que auxiliam a manutenção da vida.

Outro aspecto relacionado à relação paciente/profissional/processo de cuidado emergiu nas situações de melhora do paciente após as ações de enfermagem, o que resulta em agradecimentos ao trabalhador, como no relato abaixo:

O que me agrada é a resposta que você tem do paciente, quando você faz alguma coisa e vê melhora rápida. É saber que você está fazendo alguma coisa por alguém, é o que motiva a gente, um agradecimento, uma expressão facial de alegria. É o que motiva a gente (E9).

Nesse sentido, o reconhecimento do paciente pelo cuidado prestado, em forma de agradecimento expressado, muitas vezes, de forma não verbal, através de um sorriso, uma expressão facial de alegria, torna-se fonte de motivação e prazer no trabalho, no qual os profissionais sentem-se valorizados dentro de suas funções. Na percepção de valorização profissional, Mendes e Tamayo (2001) afirmam que:

[...] as vivências de prazer-sofrimento formam um único constructo composto por três fatores: valorização e reconhecimento, que definem o prazer; e desgaste com o trabalho, que define o sofrimento. O prazer é vivenciado quando são experimentados sentimentos de valorização e reconhecimento no trabalho. A valorização é o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor por si mesmo, é importante e significativo para a organização e a sociedade. O reconhecimento é o sentimento de

ser aceito e admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade. O sofrimento é vivenciado quando experimentado o desgaste em relação ao trabalho, que significa a sensação de cansaço, desânimo e descontentamento com o trabalho. Assim sendo, prazer-sofrimento são vivências de valorização, reconhecimento e/ou desgaste no trabalho (MENDES E TAMAYO, 2001, p.40).

O trabalhador envolvido no cuidado do paciente se sente feliz ao perceber a gratidão do paciente pelos cuidados dispensados durante o atendimento. Este reconhecimento do paciente pelo trabalho do técnico de enfermagem proporciona a sensação de ser útil ao ajudar ao próximo, o que revela sentimentos de prazer nesse grupo. Isto pode ilustrar a sensação de ser notado positivamente pela sociedade, quando aparentemente o trabalhador adquire certa importância para ele mesmo e para a comunidade à sua volta (GARCIA *et al.*, 2012). Em uma profissão na qual o reconhecimento do trabalho não é algo cotidiano, mas torna-se importante e satisfatório para o trabalhador ser reconhecido pelo desenvolvimento de suas atividades laborais, visto que o ambiente hospitalar é um local de visibilidade social (GARCIA *et al.*, 2012).

Para Rocha (2013), profissionais do SAMU, ao perceberem a valorização e reconhecimento do seu trabalho pelo usuário do sistema, tanto de familiares, vítima ou até mesmo a população que está presente na cena, sentem-se motivados, sendo ponto de satisfação no trabalho, o que acarreta em fortalecimento do espírito de equipe, de coesão e de motivação.

Nesse contexto de prazer, vivenciado pela valorização de seu trabalho pelo usuário, Pol, Zarpellon, Matia (2014) evidenciam também o prazer encontrado quando ocorre a valorização e reconhecimento do trabalho por colegas e por outras profissões da saúde. Aspectos relacionados à chefia também foram apresentados como fonte de satisfação para o trabalho. Os técnicos ressaltam que as características de gestão dos enfermeiros supervisores podem influenciar positiva ou negativamente no desempenho das atividades da equipe.

Eu prefiro o PA porque eu tenho mais liberdade, eu acho que a minha supervisão me apoia mais, acredita mais em mim e me conhece também. Aí eu fico mais tranquila, eu tenho liberdade aqui no PA, e eu trabalhei um pouquinho na clínica médica e lá a supervisão fica na cola, não é legal (E4).

Um (a) supervisor (a) eficaz acredita no trabalho realizado por sua equipe, baseado em uma relação de confiança mútua. O enfermeiro ou chefia deposita credibilidade nas atividades realizadas pelo subordinado, conferindo-lhe liberdade para desempenhar suas funções. Para o profissional, a liberdade recebida faz com que o trabalho seja realizado mais tranquilamente, o que pode gerar uma assistência de melhor qualidade, uma vez que o trabalhador se sente preparado para a realização da atividade à qual foi designado.



No cotidiano de trabalho, o relacionamento interpessoal é um estímulo para o trabalho. Além das relações com a chefia, foi citado o relacionamento entre os técnicos de enfermagem. Os sujeitos declaram sentir-se satisfeitos e motivados em desempenhar suas atividades diárias quando o trabalho é realizado em equipe, o companheirismo e a união dos colegas tornam-se fonte de prazer. Como pode ser observado nos relatos a seguir.

A amizade, aqui no hospital, eu gosto de trabalhar porque aqui você consegue ainda ter um companheirismo dos colegas (E4).

A união dos colegas. Eu gosto muito disso (E12).

Quando eu estou em uma equipe de trabalho, em que existe trabalho em equipe, me agrada demais (E18).

Eu não sei explicar, mas é igual a gente falar que a gente, com os colegas da gente aqui, é uma família, a gente convive mais com o colega do que dentro da própria casa da gente (E15).

Devido às grandes jornadas de trabalho da equipe de enfermagem, o trabalhador passa grande parte do seu tempo na instituição de saúde, no convívio com os colegas de trabalho. Nesse contexto, os trabalhadores consideram que sua equipe de trabalho pode ser vista como uma família, tendo em vista que a convivência contribui para sentimentos de prazer no trabalho. Segundo Moschen e Motta (2010), a cumplicidade entre os membros da equipe aflora a união da mesma, o que gera a cooperação no trabalho, sendo motivo de satisfação laboral.

Um sujeito atribui grande valor à equipe e refere que, além da necessidade de ter que trabalhar, a única fonte de estímulo para comparecer assiduamente ao trabalho é a relação com os colegas. Assim, fica evidente a importância atribuída à união no trabalho.

Os colegas de trabalho. Em primeiro lugar os colegas de trabalho, outra coisa não tem incentivo nenhum não. Os colegas de trabalho e a necessidade de ter que trabalhar (E8).

Dessa forma, as relações interpessoais e o trabalho em equipe emergem como fonte de prazer para o trabalhador, podendo ser considerado um diferencial para a realização do trabalho e primordial fonte de motivação para o comparecimento e assiduidade no serviço.

O trabalho em saúde requer interação entre os membros da equipe. Estudo realizado por Garcia *et al.* (2012), através de uma pesquisa qualitativa, com técnicos de enfermagem do PA de um hospital universitário público, evidenciou o prazer do trabalho conjunto, quando este é firmado em bons relacionamentos e amizade entre os profissionais. O bom relacionamento está, muitas vezes, pautado na ajuda mútua entre os profissionais para a realização de suas atividades

laborais, o que é atribuído à união da equipe e se relaciona a resultados positivos no aproveitamento e na qualidade do trabalho.

Rocha (2013) confere a importância da harmonia e amizade entre os membros do serviço de atendimento de urgência pré-hospitalar como indispensável na prestação de serviço de urgência e emergência de forma adequada, no qual cada profissional está sujeito à ação do outro no estabelecimento de um alinhamento técnico profissional. Com isso, percebe-se que o estabelecimento de uma relação de trabalho em equipe faz com que o atendimento flua com automatismo, favorecendo o cuidado do paciente.

Cabe ainda acrescentar que o trabalho em equipe é tão gratificante que, mesmo quando as condições do ambiente de trabalho não são favoráveis, o profissional sente prazer ao ir trabalhar pelo fato de ter uma boa equipe de trabalho (POL; ZARPELLON; MATIA, 2014).

O trabalho em equipe foi apresentado como fonte de prazer e, para alguns trabalhadores, sua ausência, expressa como falta de parceria, foi citada como vivência de sofrimento. Alguns entrevistados ressaltaram que, embora exista bom relacionamento com o colega, ocorrem situações em que trabalho em equipe se mostra precário pela falta de parceria entre os colegas durante a realização das atividades assistenciais, o que torna o trabalho individual cansativo e desgastante, desestimulando o trabalhador, como nas falas a seguir:

Às vezes, é conflito com o próprio colega de trabalho. Às vezes, tem uma picuinha aqui, uma picuinha ali (E5).

O que me desagrada mesmo é quando eu percebo que eu não posso contar muito com a pessoa que está do meu lado. Tem pessoa que sabe trabalhar em equipe, têm outras que não, então, eu fico um pouco chateada quando não posso contar muito com minha parceira ou, entre aspas, porque se fosse parceria, né?! Então, o que me deixa chateada é isso mesmo. Às vezes, quando eu percebo que a pessoa não está sendo tão parceira comigo no trabalho, eu faço minha parte e o que eu puder auxiliar ela, eu auxilio, mesmo que às vezes passivamente, nem todo mundo pensa igual. É isso que me deixa assim (E22).

Quando o trabalho não é em equipe, desagrada (E18).

O trabalho em saúde proporciona o contato próximo e diário, em um ambiente desgastante que favorece atritos, mas também proximidade. Assim como ocorre a ajuda mútua, algumas vezes, conversas paralelas podem gerar situações de conflito. Estudo desenvolvido por Lima *et al.* (2013), com a equipe de unidade de internação de um hospital público, revelou desrespeito entre os colegas de trabalho e a consequente falta de união como fonte de desmotivação e sofrimento. Assim, pode-se compreender que a cooperação e integração são ingredientes indispensáveis para o trabalho em saúde.

Apesar da presença de questões interpessoais nos discursos dos sujeitos, o sentimento de sofrimento relaciona-se também à questão salarial e ao reconhecimento do trabalho prestado.

O salário nosso também desagrada bastante (risos). O salário nosso poderia ser bem maior. O salário da gente aumentou, quando eu entrei aqui o salário era oitocentos e pouquinho, hoje ele está mil e duzentos, está bom, mas precisa melhorar ainda (E5).

Aqui, o que me desagrada é a falta de incentivo. A instituição não tem incentivo nenhum para a gente. Sempre que a gente quer uma folga, alguma coisa, a gente não consegue. A gente vê diferença de colega de trabalho com a chefia, entre um colega e outro. Às vezes, chefe puxa mais saco de um funcionário e deixa o outro a desejar (E8).

Eu acho que a maioria é o salário. A gente não recebe o tanto que a gente trabalha, nem o tanto que a gente se dá para o outro. Não tem gratificação, por exemplo: sábado, domingo, natal, ano novo, nós estamos aqui ganhando o mesmo tanto. Eu não quero ganhar o mesmo tanto do médico, eu não estudei para isso, mas é desvalorização do nosso trabalho. E a gente vê que é valorizado quando a gente recebe uma gratificação, quando o salário está adequado com a classe (E4).

Os sujeitos acreditam que o salário que recebem pelo seu trabalho não é compatível com a complexidade e importância das atividades desempenhadas em suas funções, no atendimento ao paciente e em sua melhora. Reconhecem que, no passado, os salários eram ainda menos satisfatórios para o grupo e que, mesmo com os aumentos ao longo dos anos, a remuneração ainda é baixa. Eles relatam, ainda, o trabalho em final de semana e feriados, falta de outros benefícios, flexibilidade para ter folgas e tratamento diferenciado por parte de algumas chefias.

O sentimento de desvalorização e insatisfação relacionado ao salário vem sendo uma constante na enfermagem, principalmente em setores de média e alta complexidade. O reconhecimento financeiro da área da saúde, com remuneração incompatível com as necessidades familiares, são fatores que explicam a dupla jornada de profissionais da área da saúde (PAFARO; MARTINO, 2004).

Nos relatos, emergiram ausência de incentivos não apenas na parte financeira, mas também nas questões de bonificação e “privilégios”. Muitas vezes, o trabalhador sente-se desvalorizado por não conseguir folgas desejadas, a que tem direito frente às horas extras ou referentes a feriados trabalhados, quando o trabalhador tem direito a uma folga ou recebe um pagamento extra no salário.

Em estudo realizado por Pol, Zarpellon, Matia (2014), em um CTI pediátrico, foi evidenciado o sofrimento dos técnicos de enfermagem em relação ao sentimento de desvalorização financeira. Os sujeitos queixaram-se de baixos salários e da falta de correspondência entre os valores recebidos e as cobranças da instituição. Neste mesmo estudo,

também é discutida a insatisfação de enfermeiras em relação a benefícios como, por exemplo, as folgas não concedidas.

Em estudo realizado por Schmidt e Dantas (2006), em quatro hospitais de Londrina, foi evidenciado que os baixos salários da enfermagem eram a maior causa de insatisfação no serviço. A insatisfação salarial também foi observada por outros autores, o que corrobora para que se perceba que a enfermagem ainda é uma profissão mal remunerada em nosso país (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; LIMA *et al.*, 2013; REGIS; PORTO, 2011). Assim, foi possível identificar que as exigências de trabalho no PA não encontraram correspondência com os salários e benefícios da instituição, o que constitui, provavelmente, o maior motivo de insatisfação, por envolver a valorização profissional. Esse resultado encontra respaldo em outros estudos que confirmam os baixos salários pagos aos técnicos em enfermagem em diferentes realidades, apesar das exigências de trabalho.

Outro motivo de insatisfação relatado foi a sobrecarga de trabalho, apontada como fonte de sofrimento dos trabalhadores, que se encontram no limiar de frustração. A sobrecarga de trabalho, associada às precárias condições de infraestrutura, como falta de macas para atender pacientes graves, são fontes de desgaste permanente. As atividades nem sempre são realizadas como desejado, e os trabalhadores sentem que, muitas vezes, poderiam desempenhar o serviço com mais qualidade, se tivessem melhores condições institucionais.

O que está deixando a gente estressada é essa superlotação. Tem hora que a gente está medicando um paciente e o outro está gritando (E11).

É o que te falei mesmo, é muito trabalho e, às vezes, a gente não dá conta de fazer tudo no tempo que a paciente precisa (E13).

A superlotação porque, por mais que tente controlar, que a coordenação feche atendimento pra SAMU e bombeiro, porque não tem maca, mas a demanda espontânea não tem jeito, chegou passando mal, veio de casa, você tem que atender. Aí a gente atende paciente, por exemplo, com dor precordial na cadeira de rodas. A superlotação é que deixa a gente estressada, porque, às vezes, eu não consigo, dependendo do plantão, dar uma assistência para o paciente no sentido de chegar e conversar. Às vezes, o paciente quer falar alguma coisa, quer só conversar e a gente não tem essa disponibilidade porque a demanda é muito grande, então, o tempo que você está parado, ouvindo o paciente conversar, chega outro e você tem que dizer: “Há! Espera um pouco, daqui a pouco eu volto aqui para a gente conversar” (E19).

Está faltando muita maca e muito profissional. Então, a gente está sobrecarregada, eu acho que a saúde está piorando, a saúde está ficando mais doente em vez de melhorar, é isso que eu não gosto. Se tivesse maca, se tivesse cada dia melhorando (E4).

Os serviços de urgência/emergência em geral, por serem unidades de porta aberta com livre demanda de paciente, têm experimentado situações de demanda maior que a capacidade

de oferta, e cabe aos profissionais da ponta lidar com esse desgaste. Há constante lotação que, muitas vezes, extrapola os limites esperados e a capacidade de atendimento, o que não permite oferecer melhor desempenho no atendimento ao paciente, como também acarreta em uma sobrecarga de trabalho aos profissionais presentes

A ausência de tempo para proporcionar um atendimento mais humanizado, no qual seja possível o diálogo, conhecendo melhor o paciente e podendo atender não apenas suas queixas físicas, mas também psicológicas, gera um sentimento de culpa nos trabalhadores, pois sentem que não estão desenvolvendo suas atividades como desejam. Garcia *et al.* (2013) evidenciam o sentimento de tristeza dos profissionais que, frente à sobrecarga enfrentada, não conseguem dar atenção devida ao paciente, não captando sua subjetividade, priorizando as normas, rotinas e protocolos.

Em estudo com enfermeiros do setor de urgência e emergência, em um hospital-escola de Curitiba, observou-se que a superlotação é um dos fatores que causam maior sofrimento dos profissionais deste cenário (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011). E ainda, Garcia *et al.* (2013) afirmam que a unidade de PA, geralmente, está superlotada e com grande demanda de pacientes graves, gerando sentimentos de “sobrecarga” e “estresse”, e que, frente à superlotação, o profissional assume o trabalho que seria realizado por várias pessoas.

Lima *et al.* (2013) afirmam que a sobrecarga de trabalho, tanto física como espiritual, e ausência de materiais suficientes e adequados para a realização das atividades laborais são fontes de sofrimento para a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) no cenário da unidade de internação.

Assim, a sobrecarga no cotidiano de trabalho é decorrente de dois fatores que se autoalimentam: grande quantidade de pacientes e número insuficiente de profissionais no setor. Nesse contexto, o absenteísmo pode ser uma resposta individual esperada que, ao mesmo tempo, aumenta a carga de trabalho e a desorganização do setor de urgência. Dessa forma, o trabalhador observa que o trabalho em saúde está piorando com o passar do tempo, que, ao contrário do que se espera, encontra-se a progressiva piora do sistema de saúde que se tornou “doente”, devido à ausência de profissionais e materiais para o trabalho.

A relação entre paciente, acompanhante e profissional, também foi relatada como fonte de insatisfação, em um ambiente onde os sentimentos estão aguçados, “à flor da pele”. As situações vivenciadas podem gerar desentendimentos e atritos entre os que estão neste cotidiano, tanto os profissionais como usuários do serviço.

Dos pacientes e acompanhantes. Nós temos caso uma funcionária que foi agredida aqui por acompanhante. Então, é assim, a gente não tem segurança. Você está medicando aqui e outro está falando: “Estou sentindo dor, enfermeira, faz alguma coisa, faz alguma coisa”. Daqui a pouco chega a explodir. Eles vão às pessoas erradas, que somos nós. Porque que não vai reclamar na diretoria ou vai na ouvidoria? Não, eles vão para cima da gente. Isso vai desmotivando (E11).

Hoje em dia, a gente vê que o povo [paciente e acompanhante] não tem mais humildade, para o povo, interessa a minha dor, a do próximo não interessa. Então é assim, é demais a falta de educação (E11).

Mudou bastante o perfil de paciente que a gente tem atendido, os pacientes estão mais agressivos (E2).

Nessa situação, ambos têm razão e não há solução à vista. O paciente/acompanhante quer resolver seu problema e, geralmente, não há um entendimento do interior do serviço e de seu cotidiano e, muitas vezes, já passou por outros serviços e não foi atendido. Os profissionais vivenciam um cotidiano de trabalho desgastante, cuja demanda é maior que a capacidade de resposta. Portanto, há um sentimento de insegurança dos trabalhadores, frente a acompanhantes agressivos e pacientes impacientes, que, no ambiente hostil do PA, querem que seu atendimento seja prioritário. Esta situação gera medo e sofrimento àqueles que vivenciam essas situações, visto que ficam expostos a situações conflituosas que podem gerar, inclusive, agressões físicas. As reclamações são dirigidas a quem está na ponta e não àqueles que podem fazer mudanças na estrutura do serviço.

Oliveira (2009) discorre acerca da problemática da falta de segurança vivida pelos trabalhadores, que acarreta agressões físicas e verbais, colocando em risco a integridade física e mental dos mesmos. Segundo o autor, a segurança caracteriza-se como condição mínima para as pessoas realizarem suas atividades no trabalho.

#### **4.4 Motivos autorreferidos de absenteísmo: uma visão da realidade**

A equipe de enfermagem representa o maior quantitativo de profissionais nos serviços de saúde, tendo em destaque o grupo de técnico em enfermagem que desempenha papel fundamental no cuidado e recuperação do paciente. O quantitativo e o qualitativo de pessoal são fatores que influenciam na qualidade do serviço prestado à população.

O absenteísmo gerado por um membro da equipe acarreta desgaste dos outros que permanecem no serviço, o que pode contribuir para absenteísmos futuros. Essa situação, ocorrendo por longos períodos, pode acarretar desgaste físico e psíquico, gerando uma cascata

de problemas como adoecimentos e aumento do absenteísmo na unidade (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014).

A literatura vem apontando para o absenteísmo doença como principal motivo de ausência dos empregados na instituição (MANTOVANI *et al.*, 2015). Porém, reconhece-se que não é essa a causa, pois existem situações ainda pouco estudadas, mas que merecem esforços na sua identificação, visto que podem estar sendo encobertas por atestados médicos. Nessa perspectiva, os atestados médicos podem estar encobrindo causas de absenteísmo de igual importância.

No cenário atual, a situação da saúde do trabalhador vem sendo discutida em vários aspectos que também emergiram nas entrevistas. Os sujeitos atribuíram a incapacidade para o labor a problemas de saúde, justificada por atestado médico, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Eu fiz uma cirurgia de varizes. Que eu me lembre, no mais, não me lembro (E1).

Só quando eu peguei atestado mesmo, que eu passei por vários problemas de saúde meu mesmo. (E5)

Só motivo de doença mesmo (E10).

Stress. Às vezes, alguma doença, às vezes, você passou mal. Alguma coisa assim. Mais o stress, eu acho que na área da saúde ele faz a gente realmente faltar, quando você está com acúmulo de trabalho. Às vezes, você pode estar passando por um período não muito legal. Às vezes, você tem uma enxaqueca ou muita dor nas pernas porque fica muito em pé, às vezes, uma infecção intestinal de alguma coisa que você come dentro do hospital (E12).

Problema de saúde meu. Eu tenho problema de coluna e, às vezes, um peso mais exagerado que você pega. É mais problema de saúde (E13).

Na sexta feira agora, que eu comi uma comida aqui que me fez muito mal, eu trabalhei a noite inteira, estava de plantão extra, trabalhei a noite inteira passando mal e, no outro dia, não dei conta, eu tive que ir embora, mas eu trabalhei até quase meio dia, depois fui embora (E16).

As condições de saúde do trabalhador têm sido os maiores motivos que os levam a se ausentarem do serviço. Porém, neste estudo, surgiram situações nas quais os problemas de saúde advêm de atividades relacionadas ao trabalho. Os sujeitos relatam dores osteomusculares, que podem estar relacionadas às atividades como má postura e mobilização de pacientes de forma inadequada, além do excesso de horas trabalhadas nas quais permanecem em pé por longos períodos. Os trabalhadores também ressaltaram que, em algumas situações, foram acometidos por doenças desenvolvidas durante o plantão e, com isso, foi necessário ausentar-se por algum período, como, por exemplo, em razão de infecções gastrointestinais.

O atestado médico foi decorrente de situações do ambiente de trabalho, como infecção gastrointestinal, estresse e sobrecarga de trabalho. Além disso, foram citadas condições físicas e psicológicas instáveis, durante as quais o trabalhador não se sente apto para o trabalho.

Corroborando com esses achados, membros da equipe de enfermagem de um hospital municipal do Espírito Santo, ao serem indagados se seus problemas de saúde foram provenientes de situações do trabalho, grande parte atribuiu a ele a sua condição atual de saúde (MOISÉS *et al.*, 2014).

Por outro lado, há relatos de profissionais que estavam com atestado médico e vieram trabalhar, mesmo impossibilitados para a atividade, com medo de perder o emprego.

Eu já tive atestado por causa de conjuntivite e vim trabalhar, e eles me mandaram embora. Nossa senhora! Não posso perder meu emprego (E21).

O comparecimento ao trabalho, mesmo doente, pode ser reflexo de uma sociedade capitalista na qual os trabalhadores somente são valorizados nos períodos em que estão ativos, como também decorrente da competitividade no mercado de trabalho por oportunidades de emprego. Dessa forma, o receio de perder o emprego por apresentar licença médica fez o trabalhador comparecer ao ambiente de trabalho, mesmo incapacitado para desempenhar suas atividades. Porém, ao chegar ao trabalho, foi afastado pela equipe de medicina do trabalho, tendo em vista os riscos para o trabalhador e usuário.

Comparecer ao trabalho sem condições para o mesmo pode comprometer o rendimento e a satisfação de toda a equipe, além de representar um risco para aqueles que estão sob seus cuidados, como a presença de doenças que podem ser transmitidas do trabalhador para o usuário, já que estes se encontram com debilidade imunológica.

Contrário ao receio de ser desligado do serviço, trabalhadores do estudo de Paschoalin, Griep e Lisboa (2012) afirmam que, devido ao compromisso que o profissional tem com o paciente, evita faltar ao trabalho, optando por permanecer realizando suas atividades laborais, apesar de apresentar algum problema de saúde.

Outro motivo referido pelos sujeitos deste estudo foi a relação com a supervisão. Através da visita técnica, observou-se que a hierarquia na instituição é constituída por uma enfermeira responsável técnica geral de todos os setores da instituição, uma enfermeira em cada setor, encarregada de coordenar toda a equipe do setor, e os enfermeiros, que supervisionam diretamente o trabalho da equipe de técnicos de enfermagem e atuam juntamente com eles na assistência com atribuições específicas do enfermeiro.



O relacionamento entre o enfermeiro supervisor e o técnico de enfermagem é essencial para o comparecimento ao serviço. Emergiram das entrevistas situações em que o relacionamento do técnico de enfermagem e supervisor foi um dos motivos de absenteísmo.

Já aconteceu sim. Já aconteceu que o meu supervisor estava me perseguindo, não sei o que ele arrumou, estava me perseguindo. Não sei se foi alguma coisa que eu falei que ele não gostou. Eu não estava querendo vir trabalhar, estava pensando até em pedir conta. Mas eu não quero deixar meus direitos para trás e aí foi aos pouquinhos melhorando, acabou que meu supervisor saiu, o negócio era com ele mesmo, estava atrapalhando a gente. Mas se a supervisão for boa, os trabalhadores também são, agora, se a supervisão não for... (E4).

Um bom relacionamento interpessoal deve estar presente em todos os momentos que envolvem seres humanos e constitui um estímulo para o profissional comparecer ou não ao trabalho. Para fugir de situações constrangedoras que possam surgir, o trabalhador se utiliza da tática de se ausentar do serviço para evitar conflitos, contribuindo para o aumento do absenteísmo. Esta é uma prática cotidiana corriqueira, na qual o ser humano se inventa e reinventa em uma engenhosidade do fraco para tirar partido do forte (CERTEAU, 1998).

O estudo de Mudaly e Nkosi (2015) refere que uma gerência de enfermagem pouco colaborativa, que apresenta distinção entre os profissionais e se mostra inacessível ao trabalhador, favorecendo o aumento do absenteísmo. E, ainda, sobre o relacionamento entre a equipe de trabalho, Abreu, Goncalves e Simões (2014) apontam o descontentamento relacionado à falta de entrosamento e colaboração entre os colegas de trabalho como gêneses do absenteísmo.

Emergiu dos relatos um motivo atual relacionado à mobilidade urbana. Em um ano de grandes manifestações públicas por motivos diversos, como 2015, estradas, ruas e avenidas foram interrompidas ao trânsito, criando dificuldades ou impedimento para as pessoas chegarem ao local de trabalho, independente do meio de transporte.

Quando estava tendo uma manifestação em Santa Luzia, eles fecharam a avenida, ficaram 24 horas com a avenida fechada, não tinha como eu vir (E19).

Manifestação, nesse dia eu cheguei aqui era 10:30 horas, porque eu fiquei parado dentro do ônibus (E9).

As manifestações realizadas pelos civis, buscando melhorias na saúde, segurança, educação e na política nacional, foram motivos de absenteísmo para alguns sujeitos. Nesse contexto, os sujeitos encontravam dificuldades em chegar ao trabalho, chegavam atrasados ou até mesmo não compareciam ao serviço. Além das grandes manifestações populares, também

foram apontadas manifestações específicas de categorias em greve que afetaram a mobilidade e foram fonte de absenteísmo. Entre essas últimas, destacam-se greves de motoristas e metroviários que impossibilitaram os trabalhadores de comparecer ao local trabalho, pois dependiam do transporte público para se locomoverem.

Não teve ônibus. Não teve como eu vir, nem de ônibus e nem de carro. Isso aí não tem como, porque é coisa de condução **(E5)**.

O ônibus não tem, não vai. Entra em greve, tem uma paralização. Essas coisas são impedimento da gente chegar no trabalho **(E8)**.

Só em caso de greve, não tinha como **(E11)**.

Quando eu morava em Caeté [ cidade vizinha], eu vinha de ônibus, aí entrou de greve e não tinha como eu vir **(E17)**.

Não tem facilidades, só sufoco. Ônibus cheio, você entra, os outros empurrando. Eu acho que é isso o que estressa. Você sai de casa para vir trabalhar, eu chego ao ponto 5:40 horas, aí dá 6:20h o ônibus ainda não passou e, quando passa, passa cheio, aí eu sempre chego atrasada. Você já chega atrasada, chega naquela correria, é um stress **(E1)**.

Grande parte dos entrevistados depende exclusivamente do transporte público para ir e voltar do trabalho, pois não possui veículo próprio. Assim, a situação de mobilidade urbana, em seus vários aspectos, incluindo a precariedade do transporte coletivo, além de outros transtornos, foi motivo de atrasos, estresse e faltas ao trabalho, apontado nesta pesquisa. A dependência do transporte coletivo atinge grandes proporções quando a distância entre o local de trabalho e residência é maior. Corroborando com essa situação, resultados encontrados por Ferreira *et al.* (2011) observaram a greve de ônibus como motivo de absenteísmo referido pela equipe de enfermagem. Além disso, os ônibus também são veículos sempre cheios, não pontuais, fonte de estresse diário para o trabalhador, como também motivo de atraso para chegar ao local de trabalho. O atraso, independente do tempo, é considerado absenteísmo, visto que são momentos em que se espera que o trabalhador se encontre presente no seu local de trabalho. Dessa forma, sua ausência, mesmo que por pequenos períodos, gera repercussões para a equipe que fica incompleta (GAIDZINSKI, 1998).

No entanto, alguns entrevistados relataram que, mesmo em situações de paralização de ônibus, compareceram ao serviço.

Quando eu vinha para cá, e tinha esse problema [paralização dos ônibus], eu vinha de bicicleta, vinha correndo. Eu pedalo **(E9)**.

Teve uma vez que teve greve, mas eu não precisei faltar não, eu pedi alguém para me trazer de carro, aí não precisei faltar não **(E13)**.

Frente ao compromisso firmado com a instituição, em momentos de greve, houve a procura de formas alternativas de comparecer ao trabalho, utilizando-se de carona com colegas de serviço, indo de bicicleta ou até mesmo caminhando. Tal situação conduz à percepção de que há compromisso com o trabalho, com os pacientes e com os colegas de serviço nas possibilidades existentes, mas que, nem sempre, existem para todos. Essa atitude foi tomada na intenção de não desfalcicar o quadro de profissionais, mantendo a qualidade do trabalho e não sobrecarregando a equipe.

Outro motivo de absenteísmo apontado pelos trabalhadores foi o não comparecimento ao trabalho por opção de não querer comparecer ou por se sentirem cansados. Foi uma opção do sujeito não comparecer ao serviço, caracterizando uma falta não justificada.

Eu faltei porque eu quis mesmo faltar, uma vez só, que entrou um monte de gente novato, “Cadê fulano?”. “Ah! Faltou”. “Ah! Fulano trouxe atestado”. Ai, no domingo, eu não quis trabalhar, não vim (E15).

Cansaço mesmo, a gente está cansada, a gente está estressada, não está bem, aí eu falto. Eu sou muito difícil de faltar, mais já aconteceu. Quando você acorda com aquela coisa: “Não quero ir hoje”, então, já aconteceu isso várias vezes (E19).

Eu estava cansado demais e não consegui levantar (E18).

Apesar de relatarem não querer comparecer, as ausências mostram reação a situações de trabalho que não foram resolvidas a contento, sendo possível considerar essas situações como táticas utilizadas pelos trabalhadores quando “[...] as táticas são determinadas pela ausência de poder” (CERTEAU, 1998, p.102), ou seja, poder para resolver os problemas existentes. A presença de profissionais novos na unidade, apresentando faltas justificadas por atestado médico, gerou sobrecarga no sujeito que desejou não comparecer ao serviço. Em relação ao contexto vivenciado com novos integrantes da equipe de enfermagem na unidade, ressalta-se que a instituição passou por recente processo seletivo para a contratação de trabalhadores.

A falta ao trabalho nos finais de semana e feriado, expressa pelo desejo de não querer comparecer ao serviço, embora aleguem cansaço, caracteriza o tipo de comprometimento com a instituição. Abreu, Gonçalves e Simões (2014) relacionaram essas situações aos trabalhadores que possuem vínculo efetivo com a instituição. Os autores também atribuem a falta voluntária à redução da motivação para o trabalho e a estabilidade no serviço. No entanto, o cansaço e estresse foram apontados também por Mudaly e Nkosi (2015) como fonte de absenteísmo.

O absenteísmo, por motivos relacionados a questões familiares, emergiu neste estudo. Diferentes situações de interferência de saúde de familiares foram encontradas.

Meu filho é cadeirante. Às vezes, ele depende de mim para levá-lo no médico, às vezes, ele tem quadro de depressão, aí eu não posso vir trabalhar (E8).

Minha filha passou mal, aí eu liguei, justifiquei por qual motivo e falei: “Estou com a minha filha no pronto socorro, ela está passando mal, se eu não conseguir ninguém para trocar, ou eu posso te pagar depois?”. Tudo é bem conversado com a coordenação (E12).

O meu filho, até poucos dias, estava com pneumonia, mais ou menos uns vinte dias atrás, mesmo assim, eu faltei um dia só, que foi o dia que eu fui levar ele ao médico (E16).

Tive que levar minha mãe no médico, ela passou mal e a única pessoa que estava disponível no momento para levar ela era eu (E22).

A minha mãe tinha um exame com cardiologista aí não tinha ninguém, tinha as minhas irmãs para ir, mas, por elas serem leigas, queriam que eu fosse para eu prestar mais a atenção, para perguntar, eu não consegui ninguém [para trocar o plantão], aí eu faltei (E17).

Só interfere se algum filho ou algumas das minhas meninas adoecer, aí ou eu não venho ou, então, eu procuro sair mais cedo (E20).

Os motivos apresentados pelos entrevistados se relacionam a questões da vida cotidiana, na solução de problemas familiares, principalmente em caso de adoecimento. Mostram-se comprometidas com o trabalho, pois procuram trocar plantões e avisam a chefia para tomar providências. O hospital, apesar de possuir poucos trabalhadores para cobrir estas situações, deveria adotar políticas mais flexíveis de compensação, que resultariam em maior satisfação e integração dos trabalhadores. Torna-se importante ressaltar que as relações familiares ocupam espaço importante na vida das pessoas e, se são obrigadas a fazer uma opção, vão fazer por aqueles que estão mais próximos e necessitados. As relações das mães com seus filhos e a necessidade materna de cuidar fazem com que os filhos sejam prioridade em suas vidas. Filhos doentes, internados em instituições de saúde ou cuidados em domicílio fazem com que as mães optem por não comparecerem ao serviço. Essas situações da vida cotidiana são pouco exploradas quando se aborda o absenteísmo, mas requerem especial atenção, tendo em vista que, na enfermagem, a maioria dos profissionais é composta por mulheres, cuidadoras familiares e, muitas vezes, chefes de família. Para Mantovani *et al.* (2015), grande parte das mulheres inseridas no mercado de trabalho agrega diferentes papéis na sociedade, necessitando conciliar atividades domésticas e cuidados com filhos e familiares, fato que pode provocar seu adoecimento, acarretando ausências no trabalho.

Outros profissionais apontaram que, quando seus pais estão doentes, eles têm que acompanhá-los nos serviços de saúde. Em alguns casos, é a única pessoa disponível para fazer esse acompanhamento ou são vistas pelos familiares como os mais capacitados para esta atividade pelo fato de serem profissionais da área da saúde e, por isso, não comparecem ao serviço.

Na pesquisa realizada por Abreu, Gonçalves e Simões (2014), sobre absenteísmo em uma unidade de terapia intensiva, os entrevistados referiram que alguns dos motivos de ausências não previstas estão relacionados às questões familiares enfrentadas pelos profissionais, ressaltando o papel da mulher, que necessita conciliar atividades domésticas e cuidados com os filhos. Em estudo realizado por Moisés *et al.* (2014), além da justificativa de doença pessoal, 12% de seus entrevistados relataram que faltaram ao trabalho por doença de seus familiares. E Ferreira *et al.* (2011) verificaram que 11,61% das ausências foram devido a acompanhamento familiar. Os autores relacionam o achado ao fato de a maioria dos entrevistados ser do sexo feminino.

A atitude do trabalhador de comunicar à chefia que não iria comparecer ao serviço e justificar o motivo da ausência é importante porque possibilita o planejamento em tempo hábil, favorecendo a gestão de recursos humanos. Além disso, tem-se a tentativa de troca de plantão com colegas, e a negociação de folga para o dia que precisa se ausentar, com reposição em outra data solicitada pela chefia. Tais tentativas foram realizadas pelos trabalhadores com o intuito de não faltar ao serviço, o que aponta compromisso com o trabalho, com os pacientes e com a instituição.

Ainda no contexto familiar, observa-se a interferência de relações familiares complexas, permeadas de contratempos, como gênese do absenteísmo.

Eu não vim porque meu marido fez isso, isso, isso e eu não consegui vim trabalhar. Relacionamento com briga (E18).

A colega teve que voltar para casa porque seu filho estava em casa com a namoradinha que tem 13 anos, ela teve que voltar porque estava preocupada porque o filho é maior de idade e a namoradinha é menor de idade (E13).

Às vezes, o filho é usuário de drogas e está aquela confusão, a cabeça da mãe naquele momento não tem como. A polícia pode estar atrás. Quem dera se todo mundo pudesse morar num lugar bacana, ter um bom salário. Às vezes, mora em periferias, em bairro que não é legal, onde você não pode deixar o filho sozinho. Porque tem assaltante, muito traficante, esse tipo de coisa (E12).

As questões familiares não se resumem apenas a situações de doença ou dependência de cuidado, mas em um conjunto de relações que envolvem desentendimentos, riscos dos filhos

se envolverem com drogas. Cada família tem seu modo de viver e seus problemas, que nem sempre são passíveis de solução nos momentos de folga do trabalho. Pelos relatos foi possível identificar vulnerabilidades, cuja presença do trabalhador, em determinados momentos, torna-se essencial para o equilíbrio familiar ou solução de problemas pontuais.

Situações conjugais conflituosas geram repercussões pessoais e familiares, em diferentes graus e o trabalhador se mostra incapaz de comparecer ao serviço, não se sentindo apto para desempenhar suas funções. Estudo realizado por Mudaly e Nkosi (2015), em âmbito internacional, corrobora com esses achados, no qual identificam as ausências na instituição como provenientes de questões relacionados à família e cônjuges. Os autores, citando Josias (2005), relacionam o absenteísmo familiar com presença de crianças na família, cuidado com os idosos e famílias chefiadas por apenas pai ou mãe.

A morte de familiares foi outro motivo de absenteísmo citado, mas cujo direito a licença (nojo) é restrita a graus de parentesco próximos. Outros graus de parentesco exigem negociações para se ausentar ou faltas. Tal conduta proporciona aos responsáveis técnicos tempo para a substituição do funcionário faltoso, o que diminui as repercussões do absenteísmo.

O meu avô estava aqui e foi a óbito. Eu não vim, mas avisei com antecedência, todos já sabiam que meu avô estava doente. Já estavam até me confortando antes porque sabiam que ele iria a óbito na situação que se encontrava. Quando ele foi a óbito, à noite, meu plantão era no dia seguinte, eu avisei na mesma noite: “Meu avô foi a óbito, amanhã eu não venho” (E16).

De acordo com o artigo 473 do Decreto-Lei 5452 que aprova a CLT, que rege os direitos dos trabalhadores, em caso de falecimento do cônjuge, pai, mãe, filhos, irmão ou pessoa que viva sob sua dependência econômica (quando declarada em sua carteira de trabalho e previdência social), o trabalhador tem o direito a se ausentar do trabalho por um período determinado de até dois dias consecutivos sem que ocorram descontos salariais. (BRASIL, 1943).

Fatos relacionados ao trabalho também emergiram nesta pesquisa, como contato com pacientes infectados ou mesmo o desejo de ser desligado da empresa sem que tenha que pedir demissão para ter ampliado seus direitos de acerto.

Às vezes, relata assim: “Ah! Eu não vou trabalhar não, porque, no plantão passado, eu fiquei com paciente com tuberculose e eu não quero ter contato com ele”. Ai, às vezes, o paciente pode até ter saído do setor, mas não vem trabalhar, não sabe a situação do paciente, o que definiu (E14).

Quero ser mandado embora e eu não quero pedir conta e ele vai ter que me mandar embora, aí falta (E16).

O trabalho com pacientes, no qual não se sabe o diagnóstico, é fonte de medo para o funcionário. Nessa situação, o sujeito ausentou-se do trabalho frente ao medo de ter novamente contato com um paciente que foi diagnosticado com tuberculose. O incômodo do funcionário ocorre pelo fato de sentir-se exposto aos riscos de contrair a doença, visto que não foram tomadas as medidas preventivas por desconhecer a patologia de base. No entanto, essas medidas deveriam ser rotina para trabalhadores da emergência.

Na outra situação, o trabalhador usa a tática de faltar sem justificativa, como forma de ser delgado da empresa. O trabalhador acredita que apresentando número elevado de faltas será desligado pela mesma, recebendo, assim, os direitos trabalhistas que o desligamento oferece. Com isso, não comparece ao serviço.

Compromissos pessoais no horário de trabalho também foram apontados como motivos de absenteísmo, podendo ser compromissos de ordem jurídica ou mesmo sociais.

Um compromisso, a justiça não espera, ela determinou aquilo é no dia que ela determinar. Um dia eu tinha um contrato para assinar, então, eu conversei no escritório, mas não teve como, foi marcado para esse dia (E22).

Porque eu faltei final de semana, aí coordenadora foi me chamar atenção. Foi porque um dia eu falei: “Coordenadora, eu preciso de uma folga!”. E ela não pôde me dar, tentei trocar e ninguém pôde trocar comigo, aí não teve como mesmo, eu já tinha marcado um compromisso, aí eu peguei e faltei (E17).

Essas questões são de difícil conciliação com o horário de trabalho. Com jornadas longas de trabalho e presença constante no serviço, os trabalhadores, em muitos casos, não conseguem administrar o tempo disponível com os horários para realizar seus compromissos. Ferreira *et al.* (2011) observaram em seu estudo que 1,61% de seus sujeitos apresentavam convocação de ordem judicial como motivo de absenteísmo. Outros compromissos vistos como inadiáveis foram apontados por Abreu, Gonçalves e Simões (2014), onde os sujeitos dessa pesquisa relataram que, para frequentar os cursos de pós-graduação, muitas vezes, é preciso escolher entre ir trabalhar ou ir para a aula, situação que é agravada pela dificuldade de realização de troca de plantão ou concessão de folga nos dias programados para as aulas.

Os motivos de absenteísmo relatados, além da doença efetivamente comprovada, mostram a dificuldade de conciliar situações da vida cotidiana, como trabalho, cuidado de pessoas doentes na família, situações jurídicas, cansaço excessivo, morte de familiares e situações de mobilidade urbana. Há comprometimento com o trabalho expresso em avisos à

chefia, tentativas de troca de plantões com colegas ou troca de dias de folga. No entanto, nem sempre essas tentativas são bem-sucedidas, resultando em faltas e atrasos.

#### **4.5 Repercussões do absenteísmo no ambiente de trabalho e para os profissionais**

O absenteísmo gera transtornos diversos para o trabalhador, empresa e usuário. A categoria da enfermagem busca compreender as repercussões geradas pela ausência do funcionário no setor de urgência e emergência. O conhecimento das peculiaridades do setor de PA evidencia que as repercussões do absenteísmo nesse setor podem tomar proporções, muitas vezes, não esperadas, pois se planeja trabalhar com um quantitativo de pacientes que, em muitos casos, pode ultrapassar a demanda prevista.

Dentre as repercussões provenientes do absenteísmo, a sobrecarga já vivenciada no setor de urgência acentuou-se em momentos em que a escala se encontrava reduzida, consequência da ausência de trabalhadores.

Sobrecarga de trabalho. Aí tem que remanejar os funcionários para o setor, cada dia é um funcionário que sai do seu setor para cobrir o outro. Ou, às vezes, geralmente, chama extra **(E1)**.

Sobrecarrega todo mundo. Aí tem que fazer rodízio de setores, nem sempre a pessoa que vai vir trabalhar com a gente é uma pessoa que a gente tem uma aptidão para estar trabalhando com aquela pessoa **(E2)**.

A sobrecarga de trabalho piora ainda mais, a gente já trabalha demais quando está completa a escala. É o estresse também, porque tem muito acompanhante, tem muita coisa, então é aquela correria, aquele estresse. Quando os colegas faltam, tem que remanejar para outro local, aí fica pouco, porque geralmente dá prioridade para a triagem, poli 9, poli 10, locais de mais fluxo. Tira da ortopedia, de uns locais também, mas faz falta, não tem como. Sobrecarga de trabalho **(E4)**.

Sobrecarrega. Normalmente eles fazem o possível para trazer outra pessoa para substituir o colega, mas quando isso não acontece, aí sobrecarrega. Você faz serviço seu e do colega **(E13)**.

Quando ocorre falta e não tem ninguém para colocar, fica agitado. Você trabalha em dobro, triplo, para tentar dar conta do plantão **(E12)**.

Nos relatos dos sujeitos evidencia-se a sobrecarga enfrentada pelos trabalhadores que permanecem no setor. Referem trabalhar o dobro ou triplo do que já trabalham normalmente para conseguir desempenhar também as funções do colega ausente, assumindo um número maior de paciente e, conseqüentemente, maior carga de trabalho, tendo em vista que em uma unidade de urgência o cuidado não pode ser interrompido e não se restringe a entrada de novos pacientes.



O trabalhador que se mantém no trabalho enfrenta sobrecarga de trabalho, tornando-se responsável por um volume maior de atividades e mantendo um ritmo mais acelerado, a fim de suprir a demanda dos faltosos, essa situação pode gerar prejuízo físico, mental, social, espiritual e, como consequência, seu adoecimento (MARTINATO *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2011). A sobrecarga também foi evidenciada no âmbito internacional como consequência do absenteísmo, em estudo realizado com técnicos de enfermagem no Canadá (RAJBHANDARY; BASU, 2010)

Na ausência de profissionais, existem estratégias apresentadas pela instituição estudada na tentativa de contornar essas repercussões. Ocorre o remanejando de trabalhadores dos setores vistos como mais tranquilos, nos quais se acredita que a sua retirada pode gerar menos repercussões, para setores considerados mais agitados, locais onde o absenteísmo repercute com maior intensidade. De acordo com os sujeitos deste estudo, o poli 9 e poli 10, por serem setores que apresentam maior fluxo de pacientes e maior demanda de atividades, não podem permanecer com o quadro de profissionais incompleto, sendo assim, prioriza-se a manutenção da equipe completa em relação aos outros setores, como por exemplo a ortopedia, onde, muitas vezes, o strabalhadores são remanejados para os setores mais agitados.

Além do remanejamento da escala, a instituição utiliza-se de outros mecanismos para manutenção do quadro completo de trabalhadores. São solicitados plantões extras, que se caracterizam pela cobertura da escala por trabalhadores que não estão escalados para aquele plantão. Essa conduta ameniza a sobrecarga, porém não a elimina, tendo em vista que os trabalhadores extras demoram a chegar e, muitas vezes, por não conhecerem a rotina do setor demoram a se estabelecer no mesmo. Profissionais participantes de uma pesquisa desenvolvida por Abreu, Gonçalves e Simões (2014), em um CTI, relataram que as atividades desenvolvidas na unidade já são desgastantes e, quando ocorre uma falta e não há substituição do profissional pela chefia, aumenta a sobrecarga consideravelmente, uma vez que o serviço terá que ser dividido entre os que compareceram ao trabalho.

De acordo com Azevedo (2014), o problema de reposição de trabalhadores torna-se ainda mais complexo em setores de PA e CTI, visto que os cuidados e recursos tecnológicos destes setores requerem mão de obra especializada, dificultando a sua substituição. A estratégia de solicitação de plantões extras ameniza as repercussões para o paciente e trabalhador, mas, em contrapartida, repercute financeiramente para a instituição, em função dos gastos com recursos humanos decorrentes do pagamento de horas extras para a reposição dos trabalhadores faltosos.

A tentativa de reposição dos trabalhadores faltosos gera aumento do custo operacional, derivando do aumento na quantidade de horas extras solicitadas pela instituição (CARNEIRO; FAGUNDES, 2012; FERREIRA *et al.*, 2011). Dessa forma, configura-se como um dos problemas administrativos mais onerosos para a instituição (FERNANDES *et al.*, 2011). Em estudo realizado por Junkes e Pessoa (2010), em dois hospitais públicos de Rondônia, abordando os custos do absenteísmo, foram observados gastos adicionais na folha de pagamento da equipe de enfermagem de 5,2% para a reposição dos trabalhadores faltosos.

Outra repercussão do absenteísmo direciona-se à organização do processo de trabalho e do setor, como pode ser observado nas falas a seguir:

Nossa! Fica tudo tumultuado. Falta muita gente, por exemplo, igual hoje, um rapaz não veio, ele já tem uns quatro plantões que ele não vem, então, sempre tem que colocar outra pessoa no lugar, mas vai colocar a pessoa às nove ou dez horas e, enquanto isso, já tinha que ter entrado no banho, já atrasa tudo. Se faltar um, e não colocar na hora, fica tumultuado (E17).

Olha, eu acho que ele fica um pouco desorganizado porque está faltando uma outra pessoa que é para ajudar, fica desorganizado o trabalho (E18).

O tumulto vivenciado, proveniente do absenteísmo, gera um atraso das atividades cotidianas no setor, os banhos e as trocas de curativos não são realizados no horário habitual. Além de tumultuado, o setor fica desorganizado, acarretando também em desorganização do trabalho. O serviço não deixa de existir, os pacientes precisam dos cuidados diários, a rotina deve seguir normalmente. O absenteísmo desorganiza o trabalho da equipe, exigindo um ritmo de trabalho mais acelerado, em que o trabalhador presente precisa desempenhar as funções do funcionário faltoso (MARTINATO *et al.*, 2010; ABREU; SIMÕES, 2009).

Como repercussão do absenteísmo, surgiu a queda na qualidade da assistência que, mesmo em falas anteriores de tentativa de manutenção da qualidade, emergiu, sendo um fato a ser considerado.

Algumas coisas ficam falhas, às vezes, uma evolução não é feita; às vezes, o cuidado que você poderia dar a mais para aquele paciente, não é feito. Porque, na verdade, você precisa medicá-lo, observá-lo, mas você não tem o tempo necessário que precisa com o paciente (E12).

Nossa! Fica muito pesado o serviço. O serviço não fica aquele serviço de qualidade (E18).

Quando falta um funcionário, querendo ou não, aquilo ali vai sobrecarregar, se a instituição não se encarregar de cobrir aquela pessoa, vai me sobrecarregar e à minha colega, e o serviço não vai ser da forma que poderia ter sido, a assistência fica prejudicada (E22).

A ausência de um trabalhador gera sobrecarga nos demais presentes, tendo que desempenhar diferentes funções com a finalidade de que todos os pacientes em atendimento recebam os cuidados necessários. Com isso, muitas vezes, o cuidado vai se constituir no básico a ser oferecido com, por exemplo: medicação, banhos, curativos, não perpassando a subjetividade do sujeito. O profissional deixa de ter a cautela que possuiria em situações com equipe completa, nas quais poderia dedicar mais tempo ao paciente.

A queda da qualidade da assistência ao paciente fica explícita, tanto na assistência direta prestada ao usuário na beira do leito, com redução horas/leito do funcionário, como na assistência indireta, com o registro dos cuidados dedicados e os a serem realizados. O registro ineficiente nos prontuários, frente à sobrecarga na qual o funcionário não realiza todas as anotações referentes ao cuidado prestado ao paciente, pode gerar uma descontinuidade da assistência, visto que se trata de uma importante ferramenta de comunicação entre a equipe. De acordo com Carneiro e Fagundes (2012), a qualidade do cuidado prestado e a segurança do paciente ficam comprometidas, tendo em vista o número reduzido de trabalhadores.

Estudo realizado por Magalhães, Dall'agnol e Mack (2013), em um hospital universitário do Sul do Brasil, nos setores de clínica médica e cirúrgica, mostrou que, em unidades onde a razão paciente/enfermeiro era maior, havia uma maior incidência de quedas de leito, infecções associadas a cateter venoso central, rotatividade de profissionais e absenteísmo. Este estudo evidenciou também que uma maior razão paciente/técnico e auxiliar de enfermagem gerava uma queda em relação à satisfação do usuário com a equipe de enfermagem.

As repercussões do absenteísmo atingem não apenas instituições nacionais, mas também internacionais. Em um hospital de olhos, no Reino Unido, em 2005, pôde-se verificar que 26% dos problemas pós-operatórios foram influenciadas por ausências não planejadas da equipe (BAYLIS *et al.*, 2006).

Outra repercussão do absenteísmo, evidenciada neste trabalho, se relaciona ao trabalhador faltoso que sofre repercussões de suas ausências, vista pelo mesmo como processo punitivo e que gera novas reações, geralmente novas faltas.

Eu cheguei aqui, as meninas [enfermeiras supervisoras] me dando advertência, quando você falta você é punido. Aí me deu uma advertência, a enfermeira falou assim: “Como que eu vou te dar uma advertência?!”. Eu disse: “Me dá aí!”. A enfermeira falou: “Você não trouxe atestado, não?”. “Eu não, num domingo eu vou procurar médico se eu não tenho nada?!”. Aí eu faltei só essa vez (E15).

A falta sem motivo legal gera repercussões para os trabalhadores, que são vistas como punitivas pelo mesmo. Os processos punitivos, referentes às faltas, são realizados

gradativamente, de acordo com os antecedentes profissionais que estão registrados em sua pasta funcional. Para realização desse processo, observa-se o número de faltas não justificadas que o funcionário já apresentou. Nesse sentido, é aplicada pelo enfermeiro supervisor a advertência verbal, escrita ou até mesmo suspensão por um dia do trabalho, intitulada, pelos trabalhadores, de “balão”. Nesse caso, o entrevistado refere conhecer os prejuízos que as faltas injustificadas acarretam para si, porém, mesmo assim, mantém a conduta de faltar ao trabalho. Em algumas instituições públicas, o ato de não comparecer ao serviço gera impactos que refletem diretamente na vida pessoal do próprio funcionário, acarretando descontos salariais e prejuízos na contagem de tempo para sua aposentadoria.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço de PA possui particularidades em relação aos outros serviços de saúde, e pode ser considerado um setor ímpar no cuidado ao paciente, onde as práticas dos profissionais são decisivas na situação entre morrer e viver.

O cotidiano deste setor caracteriza-se por ser dinâmico, sendo que a imprevisibilidade do cuidado é percebida através do alto grau de gravidade clínica ou traumatológica do paciente, bem como por ser um setor de porta aberta no qual a demanda de pacientes pode ultrapassar a esperada, gerando uma sobrecarga nos trabalhadores. Ademais, possui grande resolutividade da equipe multidisciplinar, com profissionais capacitados para o uso da tecnologia ofertada.

Conclui-se que os profissionais se identificam e sentem prazer pelo trabalho que realizam, sentem-se orgulhosos, e são fontes de orgulho para suas famílias. A identificação relacionou-se com as características do setor, do trabalho realizado e do perfil de gravidade do paciente atendido. Considera-se que a identificação com o PA foi o motivo que levou os profissionais a escolherem esse local para trabalhar. Nesse sentido, o profissional deve apresentar um perfil indicando que é capaz de tomar decisões rápidas, ter habilidades e ser dinâmico, respondendo, assim, às necessidades que o setor possui.

Fato interessante encontrado na relação dos motivos de escolha do PA como setor de trabalho foi a rotatividade de pacientes. Tal situação desfavorece a criação de vínculos duradouros, o que pode estar refletindo o despreparo dos profissionais para lidar com o sentimento de insegurança, medo e impotência que a perda física do paciente acarreta, apontando, assim, para a necessidade de que a instituição promova projetos de apoio psicológico aos trabalhadores.

No cotidiano de trabalho, observaram-se fatores de satisfação e insatisfação com o trabalho. Quanto à satisfação, foi mencionado o sucesso no atendimento ao paciente grave e o bom relacionamento interpessoal com a chefia. Como motivos de insatisfação, a baixa remuneração salarial, a sobrecarga de trabalho e a insegurança em relação à violência para desempenhar suas atividades. Existe uma dualidade no que concerne ao trabalho em equipe, podendo ser fonte de satisfação e insatisfação, dependendo da maneira que é realizado.

O objetivo do estudo foi alcançado frente à compreensão de que as licenças médicas nem sempre são os únicos motivos de absenteísmo, posto que as mesmas podem ser táticas encontradas para ausentar-se do trabalho, visto que são justificativas legais para a redução das repercussões do absenteísmo sobre si.

O absenteísmo na área hospitalar, especificamente no setor de enfermagem, é determinado por vários fatores, entre eles estão as questões familiares, convívio social, transporte, fatores do trabalho. As questões familiares apresentam forte impacto na decisão do trabalhador em não comparecer ao trabalho, a necessidade de cuidar dos filhos e de pais doentes, as relações conjugais conturbadas e o cenário da comunidade onde vivem, muitas vezes, desfavorecidas com constante exposição dos filhos à violência. Além disso, observam-se as ausências por nojo, que, em alguns casos, são de direito do trabalhador.

Os trabalhadores exercem grandes jornadas de trabalho, devido ao baixo salário da categoria, fazendo com que dupliquem ou tripliquem os vínculos empregatícios, o que prejudica o convívio social no qual o trabalhador não possui tempo para realizar atividades de lazer e cumprir com os compromissos judiciais, resultando em ausências ao trabalho.

Em relação ao meio de transporte, como motivo de absenteísmo, observou-se a greve de ônibus como fator impeditivo ao profissional de comparecer ao trabalho. Ainda no sentido de dificuldades vivenciadas para chegar ao trabalho, chama a atenção o motivo apontado como impedimento relacionado às manifestações ocorridas na cidade.

A negligência do profissional em não usar os equipamentos de proteção individual, preconizados e disponíveis na instituição, expõe o trabalhador constantemente a doenças transmissíveis, favorecendo o absenteísmo. Ainda sobre o processo de trabalho, a instituição passa por uma mudança na gestão de pessoas, modificando a forma de contratação dos funcionários, o que tem gerado insatisfação nos profissionais e também favorecendo o absenteísmo.

Ademais, conclui-se que o absenteísmo apresenta repercussões para o trabalhador faltoso, para o funcionário assíduo e para a qualidade da assistência oferecida. Os trabalhadores presentes enfrentam sobrecarga de trabalho, tendo ainda que realizar as atividades do colega faltoso. O trabalhador faltoso também sofre as repercussões, que podem ser no âmbito administrativo, com advertências ou suspensões do trabalho, ou no âmbito financeiro, com os descontos salariais. Nesse contexto, a instituição desenvolveu estratégias para enfrentar as repercussões do absenteísmo, fazendo o remanejamento da escala ou solicitando plantões extras, fato que ameniza as repercussões, porém não as elimina.

Neste contexto, apesar do absenteísmo ter sido uma constante, foi percebido o compromisso do trabalhador com o trabalho, considerando que, em algumas situações, compareceu ao serviço impossibilitado de trabalhar, configurando o presenteísmo. Essa temática vem sendo abordada nos últimos anos e merece estudos mais detalhados, visto que a

incapacidade para o labor e a execução do mesmo pode gerar repercussões tanto quanto o absenteísmo.

Sendo uma temática de gênese multifatorial, não se buscou esgotar o conhecimento de todas as fontes de absenteísmo, sendo assim, o constante estudo deste tema torna-se fundamental, uma vez que o cotidiano não é estático, e está em constante mudança, o que pode contribuir para o surgimento de motivos geradores do absenteísmo. O conhecimento dos motivos geradores de absenteísmo possibilita uma compreensão para implantação de políticas gerenciais, concorrendo para a diminuição de seus índices, bem como de sua repercussão.

Este estudo apresenta um recorte temporal, de um setor delimitado. Assim, acredita-se que o seu produto possa subsidiar discussões, assim como outros estudos que focalizem a relação do absenteísmo com o cotidiano de vida e trabalho dos profissionais do setor de urgência. Sugerem-se estudos que abordem também os enfermeiros, visando abarcar toda a equipe de enfermagem, possibilitando intervenções também nessa categoria

## REFERÊNCIAS

- ABREU, R. M. D.; GONÇALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Uberaba, v. 67, n. 3, p.386-93, mai./jun. 2014.
- ABREU, R. M. D.; SIMÕES, A. L. A. Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um Hospital de Ensino. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p.637-664, out./dez. 2009.
- ALVES, M. **Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem**: uma dimensão do sofrimento no trabalho. Tese [Doutorado em Enfermagem]. São Paulo: USP / Escola de Enfermagem, 1996.
- 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, mar./apr. 2006.
- ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 09, n. 03, p.617-629, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2015.
- AZEVEDO, B. D. S. Absenteísmo na equipe de enfermagem em unidades de cuidados críticos: uma revisão integrativa. **Rev. da Univ. Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p.285-295, ago./dez. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARGAS, E. B.; MONTEIRO, M. I. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de Enfermagem. **Acta Paul Enferm**, Campinas, v. 27, n. 6, p.533-8, jul./ago. 2014.
- BAYLIS, O. J. *et al.* Do variations in the theatre team have an impact on the incidence of complications? **Rev. BMC Ophthalmology**, Sunderland, v. 6, n. 13, p.1-5, fev./mar. 2006.
- BELITA, A.; MBINDYO, P.; ENGLISH, M. *Absenteeism amongst health workers: developing a typology to support empiric work in low-income countries and characterizing reported associations*. **Human Resources for Health**, Nairobi, v. 11, n. 34, p.1-10, jan./jul. 2013.
- BLANCA-GUTIÉRREZ, J. J.; JIMÉNEZ-DÍAZ, M. D. C.; ESCALERA-FRANCO, F. L. *Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermería hospitalario*. **Gac. Sanit**, Córdoba, v. 27, n. 6, p.545-551, set./nov. 2013.
- BRASIL. **Convenção sobre os serviços de saúde no trabalho**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1985.
- BRASIL. Decreto-Lei 5.452, de 1º de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis de Trabalho**. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1943.



BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Resolução nº 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem**. Estabelece parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para cobertura da assistência em instituições de saúde. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004\\_4329.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html)>. Acessado em: 20 nov. 2014.

BRASIL. **Resolução Federal nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos Brasília: Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CALIL, A. S.G.; JERICÓ, M.C.; PERROCA, M.G.; Gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: estudo da interface idade-absenteísmo. **REME – Rev. Min. Enferm.**, 19(2): 79-85, abr/jun. 2015.

CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION. *Commitment and care: the benefits of a health workplace for nurses, their patients and the system. A policy synthesis*. 2001. Disponível em: <[http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/pscomcare\\_e.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/pscomcare_e.pdf)>. Acesso em: (colocar a data, conforme padrão. Ex: 16 jan. 2016).

CARAM C. S. **Os sentidos do trabalho para profissionais da saúde do CTI de um Hospital Universitário**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Belo Horizonte: UFMG / Escola de Enfermagem, 2013.

CARNEIRO, T. M.; FAGUNDES N. C. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.84-89, jan./mar. 2012.

CARRET, M. L. V. *et al.* Características da demanda do serviço de saúde de emergência do sul do Brasil. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. suppl.1, p.1069-1079, dez./jan. 2011.

CARVALHO, L. S. F. *et al.* Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p.60-66, jan./mar. 2010.

CASAROLLI, A. C. G. *et al.* Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no pronto-socorro de um hospital público. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p.278-285, abr./jun. 2015.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1998.

CERTEAU, M. GIARD, L. **A invenção do cotidiano**: morar e cozinhar. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p.38-44, jan./fev. 2009.

COSTA, R. R. O. *et al.* Absenteísmo de profissionais da Enfermagem que trabalham na rede Hospitalar: revisão integrativa da Literatura. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p.6-13, jul./set. 2014.

CHIAVENATO I. **Recursos humanos na empresa**: planejamento de recursos humanos. São Paulo: Atlas, 1991.

DÍAZ, M. C. M. *et al.* Lesiones osteomusculares en trabajadores de un hospital mexicano y la ocurrencia del ausentismo. **Revista Ciencia y Enfermería**, México, v. 16, n. 2, p.35-46, ago. 2010.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

DEJOURS C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez / Oboré, 1992

ESTORCE, T. P.; KURCGANT, P. Licença médica e gerenciamento de pessoal de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1199-1205, out. 2011.

FAKIH, F. T.; TANAKA, L. H.; CARMAGNANI, M. I. S. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.378-385, set. 2012.

FERNANDES, R. L, *et al.* Absenteísmo em Hospital Filantrópico de Médio Porte. **Revista Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 32, n. 1, p.3-14, jan./jun. 2011.

FERREIRA, E. V. *et al.* Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do estado de Pernambuco. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p.742-749, out./dez. 2011.

FONTANA, R. T. Fatores geradores de (in)satisfação no trabalho do (da) enfermeiro(a): um olhar do estudante de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**; 8(3):337-344, jul.-set. 2009.

FORMENTON, A.; MININEL, V. A.; LAUS, A. M. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde. **Rev. de Enferm da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p.42-49, jan./fev. 2014.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da falta do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Revista Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p.139-152, mai./ago. 2004.

FUNDEP. **Hospital Risoleta Tolentino Neves**: missão, visão e valores. Disponível em: <[http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=161&Itemid=86](http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/index.php?option=com_content&task=view&id=161&Itemid=86)>. Acesso em: 15 nov. 2014.

FURLAN, J. A. S.; STANCATO, K. Fatores geradores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital público e um privado. **RAS**, Campinas, v. 15, n. 60, p.112-120, jul./set. 2013.

GAIDZINSKI, R. R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. Tese [Doutorado em Enfermagem]. São Paulo: USP / Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, 1998.

GARCIA, A. B. *et al.* Sofrer no trabalho: sentimentos de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Cienc. Cuid. Saúde*; 12(3): p.416-423, jul.-set. 2013.

GARCIA, A. B. *et al.* Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p.153-159, jun. 2012.

GARCIA, E. A.; FUGULIN, F. M. T.; Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 44(4):1032-8, 2010.

GIOMO, D. B. *et al.* Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p.24-29, jan./mar. 2009.

HEY, A. P. *et al.* Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma indústria de peças e componentes automotivos de Curitiba-Paraná. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás, v. 2, n. 1, p.27-36, jan./jun. 2013.

INOUE, K. C. *et al.* Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p.209-214, mar./abr. 2008.

JUNKES, N. B.; PESSOA, V. F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Cacoal, v. 18, n. 3, p.406-12, mai./jun. 2010.

LEITE, R. P. A inversão do cotidiano: práticas sociais e rupturas na vida urbana contemporânea. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 53, nº 3, 2010.

LIMA, F. B. *et al.* Fatores de motivação no trabalho de enfermagem. **R. pesq.: Cuid. Fundam**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p.417-23, out./dez. 2013.

MAGALHÃES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p.146-154, jan./fev. 2013.

MAGALHÃES, N. A. C. *et al.* O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p.224-230. Abr./jun. 2011.

MANTOVANI, V. M. *et al.* Absenteísmo por enfermidade em profissionais de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p.641-646, jul./set. 2015.

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.594-600, set./out. 2015.

MARQUES, S. V. D.; MARTINS, G. B.; SOBRINHO, O. C. Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 11. p.668-680, jul. 2011.

MARTINATO, M. C. N. B. *et al.* Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.160-166, mar. 2010.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.1107-1111, dez. 2010.

MATSUDA, L. M.; CARVALHO, A. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, n. 6, n. 2, p.337-346. 2007.

MENDES, A. M.; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-UFSJ**, Brasília, v. 6, n. 1, p.39-46, jan./jun. 2001.

MENZANI, G. **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: USP / Faculdade de Enfermagem-Universidade de São Paulo, 2006.

MENZANI, G.; BIANCHI, E. R. F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Rev. Eletr. Enf.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.327-33, fev./mai. 2009.

MESA, F. R.; KAEMPFER, A. M. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 132, n. 9, p.1100-1108, set. 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOISÉS, C. C. S. *et al.* Principais causas do absenteísmo em profissionais de enfermagem. **Revista Científica Indexada Linkania**, São Carlos, v. 4, n. 2, p.89-112, abr./jun. 2014.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2. p.348-354, mar./abr. 2011.

MONTEIRO, M. M.; FEGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da família numa unidade básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Fortaleza, v. 43, n. 2, p.358-64, mar./ago. 2009.

MOSCHEN, R.; MOTTA, M. G. C. Enfermagem em unidade de emergência: interfaces e interdependências do corpo de trabalho. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p.960-967, set/out. 2010.

MUDALY, P.; NKOSI, Z. Z. *Factors influencing nurse absenteeism in a general hospital in Durban, South Africa*. **Journal of Nursing Management**, Durban, v. 23, n. 5, p.623-631, jul. 2015.

NYATHI, M.; JOOSTE, K. *Working conditions that contribute to absenteeism among nurses in a provincial hospital in the Limpopo Province. Curationis*, Johannesburg, v. 31, n. 1, p.28-37, mar. 2008.

OENNING, N. S. X.; CARVALHO, F. M.; LIMA, V. M. C. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 125, p.150-158, 2012.

OHARA, R.; MELO, M. R. A. C.; LAUS, A. M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p.749-754, set./out. 2010.

OLIVEIRA, N. T. **O processo de adoecimento do trabalhador da saúde: o setor de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário.** Tese [Doutorado em Serviço Social]. Porto Alegre: PUC-RS / Faculdade de Serviço Social da Universidade Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

OLIVEIRA, J. N.; MENDES, A. M. Sofrimento Psíquico e Estratégias Defensivas Utilizadas por Desempregados: Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. **Temas Psicol**, Ribeirão Preto, v.22, n. 2, p.389-399, dez. 2014.

PAFARO, R. C.; DE MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Campinas, v. 38, n. 2, p.152-60, nov./dez. 2004.

PASCHOALIN, H. C.; GRIEP, R. H.; LISBOA, M. T. L. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. **Rev. APS**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.306-311, jul. /set. 2012.

POL, P.; ZARPELLON, L. D.; MATIA, G. Fatores de (in)satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em uti pediátrica. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 19, n. 1, p.63-70, jan./mar. 2014.

POUPART-JEAN, *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2010.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M. P.; SAKURAI, E. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 17, n. (1/2 Supl 4), p.260-268, dez. 2007.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M. P.; SAKURAI, E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p.S47-S58, abr./jun. 2010.

QUEIROZ, E. S.; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. **Rev. Min. Enferm.**, Catas Altas, v. 15, n. 1, p.62-69, jan./mar. 2011

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 10, n. 40, p.62-67, out./dez. 1982.

RAJBHANDARY, S.; BASU, K. *Workinng conditions of nurses and absenteeism: Is there a relationship? Na empirical analysiis using National Survey of the Work and Health of Nurses. Health Policy*. 2010 Oct;97(2-3):152-9. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.04.010. Epub 2010 May 20.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p.334-41, abr. 2011.

ROCHA, T. B. **Vivências do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: detalhes de um grande desafio**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Belo Horizonte: UFMG / Escola de enfermagem, 2013.

SANCINETTI, T. R, *et al.* Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. esp 2, p.1277-83, dez. 2009.

SANCINETTI, T. R, *et al.* Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n. 2, p.1007-1012, ago. 2011.

SANTOS, J. C. **Relação de prazer-sofrimento e saúde no trabalho: estudo de caso no hospital de caridade de Carazinho com os profissionais da área de enfermagem**. Monografia [Bacharel em Administração]. Carazinho: Universidade de Passo Fundo, 2014.

SANTOS, D.S *et al.* O que é realmente importante pensar sobre o cotidiano da enfermagem?: Revisão integrativa. **Rev. Enferm UFPE** [on line], Recife, 8(10):3502-15, out., 2014

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.54-60, jan./fev. 2006.

SILVA, K. A. T. **O lixo pode ser mais que lixo: o sentido do trabalho para catadores de materiais recicláveis**. In: XXXV ENANPAD – Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (Anais). Rio de Janeiro: XXXIV ENANPAD, 2011.

SOUZA, S. S, *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.12, n.3, p.449-455, nov. 2010.

TRINDADE, L. L. *et al.* *Absentismo en el equipo de enfermería en el ambiente hospitalário*. **Revista Enfermería Global**, Murcia, v. 13, n. 36, p.138-146, out. 2014.

UMANN J, *et al.* Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n.1, p.184-190, jan./mar. 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICES

### Apêndice I - Roteiro de entrevista

IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ENTREVISTA Nº \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Estado civil: \_\_\_\_\_

Tipo de habitação: ( ) própria ( ) alugada ( ) financiada ( ) outros \_\_\_\_\_

Filhos: ( ) não ( ) sim, quantos? \_\_\_\_ Idade dos filhos: \_\_\_\_\_

Frequentam creche ou escola? ( ) creche ( ) escola ( ) nenhum ( ) outros \_\_\_\_\_

Quem são as pessoas com as quais você reside? \_\_\_\_\_

Existem pessoas que dependem diretamente dos seus cuidados? ( ) sim ( ) não  
Quem? \_\_\_\_\_

Tempo gasto para chegar ao trabalho: \_\_\_\_\_ Qual bairro você reside? \_\_\_\_\_

Meio de transporte utilizado para chegar ao trabalho: \_\_\_\_\_

Possui outro vínculo empregatício: ( ) sim ( ) não

Jornada semanal total de horas trabalhadas: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço nesta instituição: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço em outra instituição: \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo empregatício: ( ) CLT ( ) Contrato ( ) Concurso

### QUESTÕES NORTEADORAS

1. Me fale um pouco sobre o seu trabalho.
2. Me fale um pouco sobre o que mais te agrada no seu serviço
3. Me fale um pouco sobre o que menos te agrada no seu serviço
4. Como o trabalho interfere na sua relação com sua família?
5. Como a família interfere no trabalho?
6. O que acontece quando um colega de unidade falta ao trabalho ou tira licença?
7. O que leva as pessoas a faltarem ao trabalho?
8. Quais os motivos já te levaram a faltar ao trabalho?
9. Quais situações que podem acontecer na vida particular que levam o funcionário a faltar ao trabalho? O que já aconteceu para você faltar?
10. Situações relacionadas a sua família interferem na sua decisão de comparecer ao trabalho?
11. Em relação ao meio de transporte que você usa para trabalhar, quais as facilidades e dificuldades você encontra? Isso já foi motivo para você não vir trabalhar?
12. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa

## Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Absenteísmo e sua relação com o cotidiano de vida do técnico de enfermagem do setor de urgência e emergência de um hospital universitário**” trata-se de um projeto de dissertação de mestrado de Renata Bastos Peres, sob orientação da Dra. Marília Alves, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, não apresentando vínculo com o Setor de Recursos Humanos- RH da instituição. Este estudo tem como objetivo compreender as situações do dia-a-dia que influenciam no absenteísmo dos técnicos de enfermagem do setor de urgência e emergência de um Hospital Universitário de Belo Horizonte.

Sua participação nesta pesquisa será respondendo algumas perguntas sobre motivos que podem levá-lo a faltar ao trabalho, não sendo obrigado a fazê-lo. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que seja fiel às respostas que você deu quando for transcrevê-las e você poderá escutar se desejar. Você poderá sair do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho. A qualquer momento da pesquisa você poderá fazer perguntas para tirar suas dúvidas bem como solicitar todas as informações que desejar à pessoa que o está entrevistando.

O risco dessa pesquisa para você que pode acontecer durante a pesquisa é de constrangimento, mas esse será evitado por meio de marcação de local, data e horário da entrevista, de acordo com a sua disponibilidade e preferência. Você deve considerar que sua colaboração é voluntária, não haverá pagamento de qualquer natureza e o seu anonimato será garantido. Os dados coletados através da gravação das entrevistas serão utilizados apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos se for o caso.

Você pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), onde você pode solicitar esclarecimentos sobre questões éticas relacionadas à pesquisa, pelo telefone e endereço abaixo.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Eu \_\_\_\_\_  
CI \_\_\_\_\_, Declaro ter sido suficientemente esclarecido (a) sobre a pesquisa, que meu nome será mantido em sigilo e que poderei solicitar, se desejar, retirar minha participação. Estou ciente da finalidade da pesquisa e estou de acordo em participar da mesma, concedendo a entrevista gravada.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura pesquisador \_\_\_\_\_



## ANEXOS

## Anexo A- Autorização para visita técnica no setor



HOSPITAL  
RISOLETA TOLENTINO NEVES

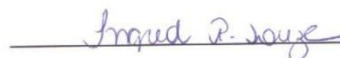
Belo Horizonte, 05 de janeiro de 2016.

NÚCLEO DE ENSINO, PESQUISA e EXTENSÃO

DECLARAÇÃO DE VISITA TÉCNICA

Declaramos que **Renata Bastos Peres**, portadora do CPF 067.188.396-80, realizou visita técnica ao setor de Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves, com duração de 2 horas e 30 minutos, no dia 16 de dezembro de 2015.

*Ingred Pereira Souza*  
Analista de Ensino e Pesquisa  
HRTN / FUNDEP / UFMG



Ingred Pereira Souza

Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão

HRTN/ FUNDEP/ UFMG

## Anexo B - Aprovação do hospital cenário da pesquisa



### Parecer de Projeto de Pesquisa

Belo Horizonte, 16 de fevereiro de 2015.

**Processo N° 02/2015**

**Título do Projeto: ABSENTEÍSMO E SUA RELAÇÃO COM O COTIDIANO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

**Pesquisadora:** Renata Bastos Peres

**Orientadora:** Marília Alves

#### **Descrição/objetivos**

Trata-se de um projeto que tem por objetivo geral compreender as situações do cotidiano que influenciam no absenteísmo da equipe de técnicos de enfermagem, sendo um estudo qualitativo realizado através de estudo de caso, por entrevista com funcionários da urgência e emergência.

#### **Relevância:**

O estudo se faz relevante, pois possibilitará a compreensão das causas geradoras do absenteísmo, como subsídio para a gestão de pessoas e tomadas de decisão, sendo embasamento para a implantação de estratégias gerenciais a fim de contornar tais índices.

#### **Metodologia**

O estudo será de caráter qualitativo, realizado através de estudo de caso. A coleta de dados será realizada através de entrevistas individuais por roteiros semi-estruturados. Os indivíduos, alvos da pesquisa, são técnicos de enfermagem do setor de urgência e emergência e os critérios de inclusão destes na pesquisa serão atuação ativa no setor, no período da coleta de dados, ambos os sexos, ter registro de falta ou licença no banco de dados da instituição, trabalhar na empresa há pelo menos um ano. Não há amostra pré-estabelecida para tal estudo.



A análise dos dados coletados será realizada por Análise de Conteúdo Temático.

#### **Equipe de pesquisadores**

Projeto desenvolvido para dissertação de mestrado da pesquisadora Renata Bastos Peres, orientada pela Professora Marília Alves. Mestrado vinculado a Escola de Enfermagem da UFMG.

#### **Financiamento/Custos**

Trata-se de uma pesquisa sem financiamento, sendo assim, os autores, os custos decorrentes da pesquisa serão custeados pelo pesquisador.

#### **Aspectos éticos**

O estudo não envolve intervenção. Os participantes do estudo serão informados do estudo por meio de consentimento livre e informado, podendo aderir ou não ao estudo. Cita que os possíveis constrangimentos que podem ocorrer vinculados a entrevista serão evitados através de marcação de local, data e horário para a mesma de acordo com o interesse do entrevistado. O projeto foi aprovado pela Câmara do departamento de Enfermagem Aplicada/ENA da Escola de Enfermagem da UFMG.

#### **Parecer**

Após esclarecimento das pendências, o Colegiado posiciona-se favorável à realização da pesquisa.



---

Colegiado do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - NEPE/HRTN

RQU NEP Ver.01/2013

**Anexo C – Aprovação COEP/UFMG**

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

Projeto: CAAE – 41330815.9.0000.5149

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

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 22 de abril de 2015, o projeto de pesquisa intitulado "Absentismo e sua relação com o cotidiano dos técnicos de enfermagem no setor de urgência e emergência de um hospital universitário" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

Prof.ª Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz  
Coordenadora do COEP-UFMG