



ELIETE BOAVENTURA BARGAS

**CARACTERIZAÇÃO DO ABSENTEÍSMO DOENÇA
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

CAMPINAS

2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ELIETE BOAVENTURA BARGAS

**CARACTERIZAÇÃO DO ABSENTEÍSMO DOENÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE A VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA
ELIETE BOAVENTURA BARGAS E ORIENTADA
PELA PROF^a. DR^a. MARIA INÊS MONTEIRO.**

Assinatura do Orientador

CAMPINAS

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

B238c Bargas, Eliete Boaventura, 1980-
Caracterização do absenteísmo doença da equipe de
enfermagem de um hospital universitário do estado de
São Paulo / Eliete Boaventura Bargas. – Campinas, SP :
[s.n.], 2013.

Orientador : Maria Ines Monteiro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Absenteísmo. 3. Supervisão de
enfermagem. 4. Recursos humanos de enfermagem. I.
Monteiro, Maria Inês, 1957-. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III.
Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Characteristics disease absenteeism of nursing staff of university
hospital in the São Paulo state

Palavras-chave em inglês:

Nursing

Absenteeism

Nursing, Supervisory

Nursing staff

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Maria Ines Monteiro [Orientador]

Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Data da defesa: 10-06-2013

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

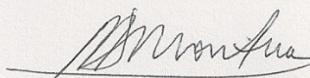
BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ELIETE BOAVENTURA BARGAS

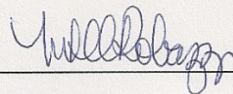
Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA INÊS MONTEIRO

MEMBROS:

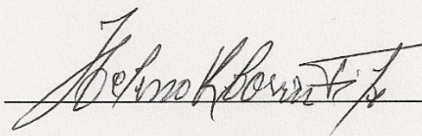
1. PROF(A). DR(A). MARIA INÊS MONTEIRO



2. PROF(A). DR(A). MARIA LUCIA DO CARMO CRUZ ROBAZZI



3. PROF(A). DR(A). HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 10 de junho de 2013

DEDICATÓRIA

Dedico especialmente a Deus, por iluminar diariamente minha vida.

Ao meu companheiro, Luiz Carlos Zeferino, por estar em mais este momento ao meu lado, pelo incentivo e apoio para alcançar mais este objetivo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Vilma e Paulo, pelo dom da vida, pelos valores e pelas oportunidades que me proporcionaram para hoje eu estar concretizando mais esta etapa.

Ao meu companheiro, Luiz Carlos Zeferino, pelo amor, paciência, compreensão e apoio.

A todos meus familiares, especialmente irmãos, Edirlane Boaventura Bargas Mariotto, Edilson Boaventura Bargas e Eliane Boaventura Bargas de Carvalho por permitirem que eu me dedicasse aos estudos mesmo não tendo as mesmas oportunidades que tive.

À minha orientadora, Maria Inês Monteiro, pelo estímulo, competência e serenidade. Muito obrigada por compartilhar as dúvidas e ensinar-me a compreender o assunto em suas diferentes ópticas.

Ao estatístico da Faculdade de Enfermagem Henrique Ceretta, pelas orientações nas análises estatísticas.

A todos os funcionários da DGRH e informática da DGRH, especialmente a Patrícia Romano e Regina, pela disponibilidade de discutir sobre o assunto e muito contribuir para esta pesquisa, bem como Milton Guilhen e Rodrigo Silva do RH/HC.

Ao Departamento de Enfermagem gestão 2010-2014, Flora Marta Giglio Bueno, Lucia Maria, Yvete Balabanian e Isabel Paollis

Aos funcionários da Unidade de Emergência Referenciada pelo apoio e motivação para dedicar a este projeto, em especial aos supervisores, Michele, Rafael e Ronaldo.

Ao Prof^o. Heleno Correa e a profa. Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi por aceitarem o convite em participar da banca e contribuírem na reflexão e melhoria deste estudo.

Às amigas: Ariane Polidoro Dini e Tatiane Amanda Bargas Mariotto, pela amizade, apoio e compreensão pelos períodos que estive ausente.

A todos, que de muitas maneiras, contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desta pesquisa.

RESUMO

O ambiente hospitalar pode ocasionar condições inadequadas de trabalho, expondo os trabalhadores os riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social. O objetivo deste estudo foi avaliar a associação do absenteísmo doença com sexo, estado civil, idade, escolaridade, local, turno de trabalho, tempo de trabalho na instituição, função e vínculo empregatício. Estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um Hospital Universitário público do interior paulista, de alta complexidade. O banco de dados foi obtido do setor de recursos humanos de um de Janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2011. O absenteísmo doença de curto prazo foi considerado aquele até 15 dias consecutivos de atestado médico. Dos 994 profissionais, 645 apresentaram pelo menos um dia de afastamento por licença médica. Quanto os fatores associados com o absenteísmo doença foram: grupo etário de 30-39 anos, categoria profissional técnicos e auxiliares de enfermagem, lotados no CC/CCA/CME, e quanto ao tempo de trabalho na Instituição o grupo de cinco a nove anos foi estatisticamente significativo. O absenteísmo doença tem fatores complexos e multifatoriais que precisam ser analisados sob a perspectiva dos processos de trabalho, cultura institucional, saúde e satisfação do trabalhador de enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem, absenteísmo; recursos humanos de enfermagem, supervisão de enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

ABSTRACT

The hospital environment can lead to poor working conditions, exposing workers to risk of biological, physical, chemical, ergonomic, mechanical, psychological and social. The aims was evaluate the association of the disease with absenteeism sex, marital status, age, education, location, shift work, working time in the institution, role and employment. It's exploratory descriptive study with a quantitative approach, developed in a public university hospital in São Paulo State, high complexity. The database was obtained from the human resources department of 1st January, 2011 to 31th December, 2011. The short-term sickness absenteeism was defined as up to 15 consecutive days of medical certificate. Of 994 professionals, 645 had at least one day of absence due to sick leave. As factors associated with absenteeism disease were: age group of 30-39 years, professional category technicians and nursing assistants, crowded in CC / CCA / CME, and the working time in the institution group of five to nine years was statistically significant. Absenteeism disease is multifactorial and complex factors that need to be analyzed from the perspective of work processes, institutional culture, health and worker satisfaction in nursing.

Keywords: nursing, absenteeism; nursing staff, management nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS

CC/CCA	Centro Cirúrgico e Centro Cirúrgico Ambulatorial
CIN	Centro Integrado de Nefrologia
CLE	Consolidação das Leis do Estatutário
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Central de Material Esterilizado
DEnf	Departamento de Enfermagem
DGRH	Diretoria Geral de Recursos Humanos
EUA	Estados Unidos da América
HD	Hospital Dia
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IST	Índice de Segurança Técnica
OR	Odds Ratio
S1	Atestados médicos menores ou iguais a 15 dias
SEAAS	Serviço de Enfermagem de Apoio a Assistência
SEAMPE	Serviço de Enfermagem em Ambulatórios e Procedimentos Especializados
SEETTP	Serviço de Enfermagem em Emergência e Trauma, Trnaspante e Psiquiatria
SEMC I	Serviço de Enfermagem Médico Cirúrgica I
SEMC II	Serviço de Enfermagem Médico Cirúrgica II

SEP Serviço de Enfermagem Unidade Pediátrica

UER Unidade de Emergência Referenciada

UR Unidade Respiratória

UTI Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Análise de Correlação entre idade e absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas da população de enfermagem (n=994).Campinas, 2011.

Tabela 2: Características do trabalho dos profissionais de enfermagem (n=994) Campinas, 2011

Tabela 3: Características da população de enfermagem (n=994) Campinas, 2011

Tabela 4: Perfil sociodemográfico dos trabalhadores de enfermagem em relação aos afastamentos (n=994) Campinas, 2011

Tabela 5: : Correlação entre idade e absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem. Campinas, 2011

Tabela 6: Características do trabalho em relação aos afastamentos da equipe de enfermagem (n=994) Campinas, 2011

Tabela 7: Características sociodemográficas da equipe de enfermagem em relação à somatória dos dias ausentes (n=645). Campinas, 2011

Tabela 8: Característica do trabalho em relação à somatória dos dias ausentes da equipe de enfermagem (n=645). Campinas, 2011

Tabela 9: Dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração da equipe de enfermagem de acordo com as variáveis sociodemográficas (n=645). Campinas, 2011

Tabela 10: Dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração (S1) da equipe de enfermagem de acordo com as variáveis relacionadas ao trabalho (n=645) Campinas, 2011

1. INTRODUÇÃO	21
1.1 Justificativa do objeto de investigação	21
1.2 Absenteísmo	24
1.3 Absenteísmo na equipe de enfermagem	26
2. OBJETIVOS	35
3. MÉTODO	37
3.1 Tipo de estudo	37
3.2 Campo de pesquisa	37
3.3 Amostra	39
3.4 Variáveis de Estudo	40
3.4.1 Variáveis Sociodemográficas	40
3.4.2 Variáveis relacionadas às características do trabalho	41
3.5 Coleta de Dados	42
3.6 Análise dos dados	43
3.7 Aspectos Éticos	44
4. RESULTADOS	45
4.1 Características da população de estudo.....	45
4.2 Frequência de afastamentos com até 15 dias de duração.....	48
4.3 Somatória dos dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração ..	56
5. DISCUSSÃO	67
6. CONCLUSÃO	81
7. REFERÊNCIAS.	85
8. ANEXOS	97

8.1 ANEXO 1 : Estrutura Organizacional do Departamento de Enfermagem.....	97
8.2 Anexo 2: Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa.....	98
9. APÊNDICES	101
9.1 APÊNDICE 1: Caracterização do perfil sociodemográfico	101
9.2 APÊNDICE 2: Caracterização das características do trabalho	102

INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa do objeto de investigação

O estudo das relações entre saúde-doença-trabalho e seus impactos na saúde tem merecido a atenção de muitos pesquisadores na área de saúde do trabalhador, destacando-se como prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores: prolongadas jornadas de trabalho; ritmo acelerado de produção por excesso de tarefas; automação por realização de ações repetitivas com parcelamento de tarefas e remuneração baixa em relação à responsabilidade e complexidade das tarefas executadas. Em tais situações, muitas vezes o trabalho deixa de significar satisfação, ganhos materiais e serviços sociais úteis, para tornar-se sofrimento, exploração, doença e morte ⁽¹⁾.

O ambiente hospitalar pode ocasionar condições inadequadas de trabalho, expondo os trabalhadores os riscos de ordem biológica, física, química, ergonômica, mecânica, psicológica e social. Os hospitais constituem-se em locais de aglutinação de pacientes e/ou clientes acometidos por diversos problemas de saúde, assistidos por trabalhadores diversos, da área da saúde ou técnico administrativo e vários estudos têm apontado que os serviços de saúde, em particular os hospitais, geralmente proporcionam aos seus trabalhadores, principalmente os profissionais de enfermagem, piores condições de trabalho em relação a outros serviços ⁽²⁾. No entanto, relacionar os problemas de saúde dos trabalhadores à forma de trabalhar não é tão evidente e implica em realizar estudos complexos capazes de estabelecer nexos e apreender seus determinantes ⁽³⁾.

Diferentes aspectos no ambiente de trabalho estão relacionados ao processo saúde-doença. Em relação aos aspectos físicos há o ruído, iluminação inadequada, temperaturas extremas e vibração. Como fatores relacionados à organização do trabalho, aponta-se: conteúdo da tarefa, horário de trabalho, sobrecarga ou subcarga de trabalho físico e mental; participação e envolvimento no trabalho; relações interpessoais no trabalho; ritmo de trabalho e pressão do tempo; impossibilidade de ascensão funcional, pelas ausências de implementação de planos de cargos e salários⁽⁴⁾.

Na sociedade capitalista os sistemas apoiam-se na lógica da produtividade e racionalização de recursos, assim; o discurso de preocupação com a saúde do trabalhador nem sempre se traduz em ações efetivas. O que se observa é a sobrecarga, a convivência dos gerentes com condições de trabalho adversas que, conseqüentemente, podem implicar negativamente na qualidade da assistência prestada⁽⁵⁾.

A carga e a sobrecarga psíquica e cognitiva devem ser destacadas na avaliação da carga de trabalho, no ambiente do trabalho de instituições de saúde, que ocasionaria um salto de qualidade na investigação do risco do trabalho da enfermagem, especialmente em hospitais universitários de alta complexidade⁽⁶⁾.

É importante não subestimar o significado das mudanças organizacionais para as pessoas que trabalham dentro das organizações envolvidas. Estas mudanças têm um efeito direto sobre o ambiente de trabalho e pode interferir nas taxas de *burnout*, satisfação no trabalho e absenteísmo entre trabalhadores de saúde. Fatores de capacitação parecem oferecer uma maneira útil de medir os efeitos dessas mudanças⁽⁷⁾.

Estudo sobre mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores da área de saúde, ao analisar os depoimentos dos trabalhadores não esgotados e dos esgotados,

constatou que os mecanismos coletivos de enfrentamento das situações estressantes favoreciam os primeiros, os quais centravam suas estratégias na resolução dos problemas, enquanto os esgotados utilizavam estratégias individuais e centravam-nas em emoções, tentando regular sua resposta emocional à situação conflitante, o que lhes pode gerar adoecimento⁽⁸⁾.

Os parâmetros administrativos utilizados na gestão de recursos humanos e aplicados na maioria das instituições de saúde são inespecíficos e inadequados, contribuindo para ausência no trabalho. Esse processo pode ser compreendido como o hábito de faltar ao trabalho voluntária ou involuntariamente, constituindo-se na somatória dos períodos em que os empregados encontram-se ausentes ao trabalho, seja por falta ou atraso ⁽⁹⁾.

A legislação brasileira considera licença saúde as ocorrências para tratamento, conferidas por meio de atestados médicos. São conhecidas pelos profissionais como licença médica, de curta duração paga pela empresa ou licença Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e aquela cujo período é superior a 15 dias e remuneradas pelo INSS.

Outra questão importante relacionada ao absenteísmo é o custo que os afastamentos representam aos cofres públicos e às empresas. O auxílio doença é o benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 dias. No caso dos trabalhadores com contrato regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou seja, com carteira assinada, do primeiro ao 15º. dia, o pagamento ocorre por parte do empregador; a previdência social é responsável pelo pagamento à partir do 16º. dia de afastamento do trabalho até seu término. Em 2008 o custo do auxílio doença dispensado pela Previdência Social foi de R\$ 1.283.802.374,95, totalizando 1.806.727 benefícios concedidos ⁽¹⁰⁾.

Em levantamento realizado pelos Serviço de Medicina Social do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) e Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) acerca do absenteísmo entre trabalhadores públicos do Estado de São Paulo, foi

identificado elevado número de ausências ao trabalho motivado por doença do trabalhador. Entre os trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP), a proporção de absenteísmo motivado por licença médica foi de 3,16%, com custo anual direto da ordem de 23 milhões de reais, decorrente da ausência ao trabalho. Transtornos mentais, doenças osteoarticulares, aparelho circulatório, lesões e consequências de causas externas e neoplasias são os principais diagnósticos relacionados ao número de dias dessas licenças médicas ⁽¹¹⁾.

A Convenção 161 da Organização Internacional do Trabalho descreve as funções dos serviços de saúde no trabalho, que devem ser adequadas e ajustadas aos riscos da empresa em relação à saúde do trabalhador. Dentre elas estão: identificar e avaliar os riscos para a saúde, presentes nos locais de trabalho; vigiar os fatores do meio laboral e as práticas de trabalho que possam afetar a saúde dos trabalhadores; prestar assessoria quanto ao planejamento e à organização do trabalho; participar da elaboração de programas de melhoria das práticas de trabalho, prestar assessoria nas áreas da saúde, segurança e higiene no trabalho, ergonomia e, também, no que concerne aos equipamentos de proteção individual e coletiva; acompanhar a saúde dos trabalhadores em relação com o trabalho; promover a adaptação do trabalho aos trabalhadores; contribuir para as medidas de readaptação profissional; colaborar na difusão da informação, na formação e na educação nas áreas da saúde e da higiene no trabalho, bem como na da ergonomia; organizar serviços de primeiros socorros e de emergência; participar da análise de acidentes de trabalho e das doenças profissionais ⁽¹²⁾.

Intervindo na promoção da saúde do trabalhador e no adequado dimensionamento da equipe de enfermagem, acredita-se, estar diminuindo os custos econômicos e sociais da assistência à saúde pública ⁽⁴⁾.

1.2 Absenteísmo

Há várias definições na literatura, porém o termo absenteísmo tem sua origem no idioma francês (*absentéisme*) e significa falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais ⁽¹³⁾.

O absenteísmo refere-se à ausência em momentos em que os empregados deveriam estar trabalhando ⁽¹⁴⁾.

Pode ser classificado em cinco categorias: absenteísmo-doença (ausência justificada por licença-saúde), absenteísmo por patologia profissional (causado por acidente de trabalho e/ou doença profissional), absenteísmo legal (envolve as faltas ao serviço amparado por lei ou também chamado faltas justificadas como: licença maternidade, morte, doação de sangue, férias entre outros), absenteísmo-compulsório (por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou por outro impedimento de comparecer ao trabalho) e absenteísmo voluntário (por razões particulares não-justificadas) ⁽¹⁵⁾.

Há ainda outra classificação em que o absenteísmo é categorizado quanto ao tipo de ausência: *absenteísmo voluntário* (por razões particulares), *absenteísmo legal* (envolve as faltas ao serviço amparado por lei ou também chamado faltas justificadas como: licença maternidade, morte, doação de sangue, férias entre outros), *absenteísmo compulsório* (impedimentos de ordem disciplinar) e *absenteísmo por doença*, em que se podem distinguir as patologias não relacionadas ao trabalho das doenças ocupacionais e das ausências motivadas por acidente de trabalho ⁽¹²⁾.

Podem ser diversas as causas desencadeantes da abstenção do trabalho: problemas de saúde ou doenças, acidentes de trabalho, problemas de saúde em pessoas da família,

gestação e parto, casamento (licença gala), entre outros. Podem ocorrer, ainda, ausências que não são justificadas legalmente, conhecidas como faltas injustificadas. Nessa perspectiva, entende-se que absenteísmo-doença refere-se ao não comparecimento ao trabalho por motivo de doença ou problema de saúde, relacionado ou não ao trabalho ⁽¹⁰⁾.

As ausências previstas são definidas como sendo os dias relativos às folgas (descanso semanal remunerado e feriados) e férias e as ausências não previstas, são entendidas como os dias referentes às faltas (abonadas ou não), às licenças (médica, maternidade, prêmio, por acidente de trabalho, e pelo Instituto Nacional do Seguro Social, entre outras) e às suspensões. As ausências não previstas constituem efetivamente ao que genericamente denomina-se absenteísmo ⁽¹⁶⁾.

Nem sempre as causas do absenteísmo estão relacionadas ao trabalhador, mas, à organização, supervisão deficiente, empobrecimento das tarefas, falta de motivação e estímulo, condições desagradáveis de trabalho, precária integração do empregado à organização e ao impacto psicológico de coordenação deficiente ⁽¹⁴⁾.

A ausência do empregado em momentos em que deveria estar trabalhando, em geral, é definida na literatura como absenteísmo ou 'ausentismo' e representa uma das variáveis de maior influência na organização dos serviços de enfermagem ⁽¹⁷⁾.

As causas das ausências não previstas devem ser conhecidas e estudadas pelo gestor de enfermagem e devem estar contempladas nas políticas de recursos humanos da instituição, uma vez que apresentam multifatorialidade de causas socioeconômicas e culturais ⁽¹⁸⁾.

1.3 Absenteísmo na equipe de enfermagem

O absenteísmo dos profissionais de enfermagem, sobretudo nas organizações públicas de saúde, é fato que merece atenção, pois, tanto os resultados de pesquisas, quanto o relato de gerentes de serviços apontam para altos índices de ocorrência dos mesmos ⁽¹⁹⁾.

A enfermagem atua visando o cuidado do outro, que pode ser o paciente, usuário, familiar ou outra pessoa que procure pelo seu serviço. Entretanto nem sempre esta lógica do cuidado é aplicada a sua própria situação de saúde e, mais precisamente, a sua situação de trabalho. Portanto, faz-se necessário reconhecer e analisar as situações laborais que interferem na sua qualidade de vida e saúde ⁽²⁰⁾.

A saúde dos profissionais de enfermagem é constituída a partir de uma dinâmica de trabalho insalubre, resultante de um contexto organizacional que carrega marcas de um sistema público de saúde com muitas lacunas, mas que permite, de algumas maneiras, que os trabalhadores encontrem caminhos originais para atenderem as exigências do trabalho e das suas próprias necessidades, sem adoecerem ⁽²¹⁾.

Em 2010, o Brasil tinha 287.119 enfermeiros, 625.863 técnicos de enfermagem e 533.422 auxiliares de enfermagem registrados no Conselho Estadual dos diferentes estados. A maior concentração de profissionais de enfermagem, quando analisada por estados, mostra que acontece em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul ⁽²²⁾.

A enfermagem é responsável pelo maior contingente da força de trabalho dos estabelecimentos hospitalares, com responsabilidade pela assistência e gestão nas 24 horas. Constitui-se no conjunto de trabalhadores que mais sofre com as inadequadas condições de trabalho e com a insalubridade do ambiente. Pelo prisma da gerência de recursos humanos, o trabalhador e o próprio trabalho são atingidos pelas medidas de redução de custos ⁽²³⁾.

A periculosidade e a insalubridade no trabalho de enfermagem são caracterizadas pela exposição aos microrganismos patogênicos (risco biológico), às radiações (risco físico) e a substâncias tóxicas (risco químico), entre outros agentes. Já o caráter penoso deste trabalho é influenciado pela grande quantidade de atividades que exigem esforço físico, por más condições do ambiente de trabalho e por tensões nas relações interpessoais. Nesse contexto, o

ambiente de trabalho para os profissionais de enfermagem pode ser um agente catalisador do processo de desgaste do trabalhador, culminando em doenças ⁽²⁾.

As instituições hospitalares trabalham com número limítrofe e até mesmo deficitário de pessoal de enfermagem. Com isso, as faltas e ausências imprevistas dos funcionários ao trabalho, tornam-se extremamente preocupantes ⁽²⁴⁾.

O absenteísmo de trabalhadores de enfermagem hospitalar torna-se mais vulnerável nas instituições que não colocam em prática o cálculo do dimensionamento de pessoal. O trabalho da enfermagem por sua vez não pode ser postergado e por isso precisa ser realizado em tempo real. É nesse sentido que a falta de um integrante gera grande transtorno aos demais, quando não existe a possibilidade de contar com outro profissional para substituí-lo. A redistribuição das atividades entre os demais sobrecarrega, estressa e, geralmente, causa desânimo, descontentamentos, gera desarmonia no ambiente e não raro desestabiliza a equipe como um todo ⁽²⁵⁾.

Elevado absenteísmo de enfermeiros foi relacionado aos índices mais frequentes de contenções de pacientes e aumento na morte de pacientes quando a demanda destes também é elevada. Outro aspecto que pode estar relacionado ao absenteísmo constitui-se nas maiores taxas de infecções de trato urinário e da corrente sanguínea em pacientes hospitalizados ⁽²⁶⁾.

Estudo canadense mostrou que os enfermeiros com atitudes em relação ao trabalho (satisfação no trabalho, empenho da organização e trabalho / envolvimento com o trabalho) e fatores de retenção do profissional reduziram o absenteísmo, enquanto que, o cansaço e o estresse no trabalho aumentaram o absenteísmo ⁽²⁷⁾.

Além de ser insalubre, o trabalho em enfermagem, por ser predominantemente feminino, exige duplas ou até triplas jornadas de trabalho, pois as profissionais, em geral, dividem-se entre o trabalho, os afazeres do lar, cuidado com o filho e até mesmo com outro emprego ⁽²⁸⁾.

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), que se estendeu por 13 anos, no qual foram analisados cerca de 100.000 registros de trabalho, os resultados foram consistentes com a hipótese de que longas horas de trabalho direta ou indiretamente contribuíam para a ocorrência de doenças ocupacionais por meio de um processo causal, por exemplo, pela indução de fadiga ou estresse em trabalhadores ⁽²⁹⁾.

O absenteísmo tem profundo impacto nos custos organizacionais e cuidados com o paciente e sua ocorrência na enfermagem não só cria uma carga financeira para instituições de cuidados de saúde, mas acarreta também prejuízo na segurança do paciente, devido ao aumento da carga de trabalho e estresse nos trabalhadores remanescentes. Partindo do pressuposto de que é por meio do trabalho desenvolvido com assiduidade e responsabilidade que se alcançam os resultados propostos pelas instituições que, nesse caso, é atender as necessidades de saúde da população, entende-se que o absenteísmo é, em grande parte, um problema de gestão ⁽³⁰⁾.

Em investigação recente, sobre o afastamento do trabalhador na enfermagem, autores argumentam que os dados obtidos nesse tipo de pesquisa podem subsidiar intervenções para a melhoria das condições de trabalho vigentes, diminuindo os custos econômicos e sociais nesse contexto ⁽³¹⁾.

O absenteísmo é um fator causador de problemas para a equipe de enfermagem, visto que abrange a ausência de um profissional na equipe, sobrecarregando o trabalho dos demais, exigindo um ritmo mais acelerado, e responsabilizando – o por um volume maior de trabalho no processo de cuidar do cliente. Essa sobrecarga poderá prejudicar a saúde do trabalhador, ocasionando-lhe desgaste físico, psicológico, social, espiritual e, como consequência, o adoecimento. Evidencia-se que o problema do absenteísmo pode desencadear, em cascata, o adoecimento destes trabalhadores, gerado não apenas pela falta de alguns profissionais na

equipe, mas impulsionado também pelo empenho dos demais em manter a qualidade do cuidado ao cliente ⁽³²⁾.

Na equipe de enfermagem o absenteísmo é um problema relevante, considerando-se que a maioria das instituições, inclusive os hospitais, não prevê cobertura para os dias de falta. A sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem pode, inclusive, comprometer a qualidade da assistência prestada à clientela ⁽³³⁾.

No Brasil, verificou-se que as pesquisas de absenteísmo entre profissionais da saúde concentram-se mais nas regiões sul e sudeste. A exemplo da situação, no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, verificou-se que, em 12 meses (2003-2004), por problemas de saúde ou de consulta médica, 68% dos indivíduos afastaram-se pelos seguintes períodos: 33,3%, até nove dias, 21,8% entre 10 e 24 dias, 10,3% de 25 a 99 dias e 2,6% declararam que estiveram afastados mais de 100 dias. Em hospital universitário, no Estado do Paraná, das 494 licenças-saúde (de julho 1997 a junho 1998) as faltas representaram 1.491 dias não trabalhados ⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Em pesquisa realizada por enfermeiras canadenses 60% de enfermeiros afastaram-se do trabalho por motivo de saúde no ano anterior. A média de dias de afastamento foi de 23,9 dias ao longo do ano entre os que se afastaram. O número médio de dias de ausência para todos os enfermeiros foi de 14,5 dias por enfermeiro. Estiveram ausentes um em cada sete enfermeiros (14%) por 20 dias ou mais durante o ano anterior ⁽³⁶⁾.

Em outro estudo em que foi pesquisado a autopercepção da saúde geral entre os profissionais de saúde canadenses, observou-se que a percepção era semelhante ao dos trabalhadores em geral do Canadá, porém para as taxas de absenteísmo as semelhanças não ocorreram. Nos últimos 20 anos, os trabalhadores de saúde tinham um maior número médio de dias de trabalho perdidos em comparação com o restante da população de trabalhadores canadenses. Em 2006, em média, a percepção de saúde dos trabalhadores canadense entre

25 e 54 anos era que se ausentaram quase 12 dias de trabalho devido à sua própria doença ou desabilitação. Isso se compara a média de sete dias de trabalho perdido para todos os canadenses empregados. Mulheres entre 25 e 54 anos trabalhando no setor saúde, ausentaram-se, em média, 13,1 dias de trabalho por ano em 2006. Este achado foi 6,7 dias por ano mais de profissionais de saúde do sexo masculino ⁽³⁷⁾.

Melhoria das condições de trabalho com consequente redução do absentismo pode ser uma maneira de aumentar a oferta de trabalho dos enfermeiros, sem aumentar significativamente novas admissões ou recrutamentos. Do ponto de vista estritamente econômico esta pode ser uma opção mais desejável, pois não é apenas menos onerosa, mas também faz com que o sistema de prestação de cuidados seja menos passível de erros ⁽³⁸⁾.

Estudo realizado em um complexo hospitalar nos EUA, mostrou que ausências mais prolongadas de enfermeiras tendem a ser mais involuntárias afastamentos de pequena duração concedidos por atestados, por exemplo, fratura em membros inferiores e/ou necessidade de ser submetida à cirurgia ⁽²⁶⁾.

No Canadá, investigação envolvendo dois mil enfermeiros registrados e em atividade profissional, identificou como causas de absenteísmo, desde pequenas indisposições ate a fadiga provocadas pela sobrecarga de trabalho. Altas taxas de absenteísmo estavam associadas à baixa satisfação no trabalho, turnos longos, trabalho em cuidado crítico e em tempo integral. Uma parcela dos enfermeiros investigados relatou intenção em abandonar a profissão, apontando como causas primárias sobrecarga de trabalho e estresse ⁽³⁹⁾.

Estudo realizado com 647 trabalhadores de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, relacionando absenteísmo com carga de trabalho observou-se que a frequência do percentual mensal de licenças foi inversamente proporcional ao da taxa de ocupação. Este fato pode inferir que os profissionais ausentaram-se por doença após terem sido submetidos aos ritmos maiores de trabalho ⁽¹⁹⁾.

O processo de trabalho de enfermagem permite a interação do trabalhador com cargas de trabalho que geram diversos processos de desgaste e implicam na ausência do trabalhador ao trabalho. O absenteísmo por doença compromete não somente a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem, como também a qualidade da assistência prestada aos usuários. Nesse pressuposto, pode-se considerar a taxa de ocupação hospitalar como expressão do ritmo imposto ao trabalho; a doença como processo de desgaste concretizado e o absenteísmo como a consequência ⁽¹⁹⁾.

A identificação precoce do índice de cobertura de ausência nas categorias da equipe de enfermagem oferece suporte para planejamento de recursos humanos desta área em termos quantitativos e qualitativos. Esta é considerada uma importante descoberta, uma vez que é uma das variáveis utilizadas para (re)dimensionamento do grupo de profissionais, de acordo com a realidade de cada serviço ⁽⁴⁰⁾.

Portanto, o conhecimento desta variável em uma dada realidade pode ser entendido como um instrumento de apoio aos gerentes de enfermagem tanto na adoção de estratégias de avaliação do quantitativo de trabalhadores da instituição, como no planejamento destes recursos objetivando a qualificação do processo do cuidado de enfermagem ⁽¹⁷⁾.

Para cobertura destas ausências, previstas ou não previstas, conforme estabelecido ou não em lei, adota-se um valor percentual denominado Índice de Segurança Técnica (IST) que acrescido ao resultado final da equação de dimensionamento possibilitará estabelecer o quadro de pessoal necessário ⁽⁴¹⁾.

Em 2004, o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, na Resolução nº 293/04(9) estabeleceu que o IST não deveria ser inferior a 15%, sendo que 8,33% seriam para cobertura de férias e os restantes 6,67% (valor empírico/arbitrado), para cobertura da taxa de absenteísmo. Preconizou, ainda, que o referido índice poderia ser acrescido em 10% quando 60% ou mais do quadro de profissionais de enfermagem da instituição apresentasse idade

superior a 50 anos(9); e que para a unidade assistencial que apresentasse a soma das taxas de absenteísmo e de benefícios (equivalente a férias, licença prêmio etc...), comprovadamente superior a 15% também poderia haver um percentual de acréscimo para cobertura na seguinte conformidade $(8,33\% + X\% > 15\%)^{(42)}$.

É necessário sensibilizar a instituição para compreender a importância do dimensionamento da equipe de enfermagem em cada unidade assistencial. Essa sensibilização pode beneficiar o cliente/usuário, pois facilitaria uma equipe mais presente no processo de cuidar, a instituição pela qualidade de serviço prestado à comunidade e, principalmente, favoreceria a saúde dos trabalhadores, contribuindo para prevenir a sobrecarga de atividades e a diminuição de patologias desnecessárias e, conseqüentemente, o absenteísmo ⁽³¹⁾.

Os benefícios advindos do redimensionamento da equipe não se limitam apenas à esfera do paciente, objeto principal do processo de cuidar. Abrangem, também, a dimensão profissional, por meio do resgate dos valores humanísticos da assistência de enfermagem, e a institucional. Hospitais que visam a excelência de seus serviços têm melhor credibilidade e imagem junto à comunidade e maior competitividade na área de saúde ⁽⁴³⁾.

Em resumo, não basta às instituições apenas realizar o cálculo dos percentuais de cobertura se não houver uma identificação conjunta dos determinantes destas ausências, de modo a possibilitar a adoção de estratégias específicas de intervenção. Dispor de elementos que assegurem o cálculo preciso e fidedigno das ausências contribuirá para estabelecer um quantitativo satisfatório e adequado de trabalhadores, enquanto elementos importantes do planejamento e a gestão de recursos humanos ⁽⁴⁴⁾.

Esta pesquisa justifica-se para melhor compreender o absenteísmo doença na equipe de enfermagem de um hospital público, universitário e de alta complexidade e fornecer subsídios que poderão ser utilizados para construção e implementação de intervenções visando oferecer

bem-estar aos profissionais de enfermagem, promover um trabalho de alta qualidade e garantir bom desempenho institucional.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Caracterizar o absenteísmo doença de até 15 dias contínuos dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital Público universitário do Estado de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- I. Caracterizar os profissionais de enfermagem do Hospital que foram incluídos neste estudo.
- II. Avaliar a associação do absenteísmo doença com sexo, estado civil, idade e escolaridade do trabalhador.
- III. Avaliar a associação do absenteísmo doença com o local e turno de trabalho.
- IV. Avaliar a associação do absenteísmo doença com o tempo de trabalho na instituição, função e vínculo empregatício.

MÉTODO

3.1 - Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa.

Este tipo de estudo coleta descrições detalhadas de variáveis existentes e usa os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde ⁽⁴⁵⁾.

Esta pesquisa analisou dados do sistema de frequência da Diretoria Geral de Recursos Humanos da Universidade (DGRH) referente ao Hospital de Ensino desta Universidade. Para analisar as ausências por licença médica de curto prazo, as variáveis foram selecionadas a fim de contemplar o perfil sociodemográfico, características do trabalho e dos afastamentos.

3.2 - Campo de Pesquisa

É um hospital de ensino público e universitário do Estado de São Paulo, que iniciou suas atividades em 1979, com o funcionamento dos ambulatorios e a contratação de 195 servidores. Em 1985, teve início as atividades nas unidades de internação; em 1986, ocorreu a inauguração do Pronto Socorro, que a partir de 2004 passou a ser denominada Unidade de Emergência Referenciada - UER. Atualmente esta instituição é considerado um dos maiores hospitais gerais do interior do Estado de São Paulo e centro de excelência médica nacional, que atende cerca de 500 mil pacientes por ano. O quadro de pessoal é de aproximadamente 3.100 funcionários, dos quais, aproximadamente 1400 são profissionais de enfermagem ⁽⁴⁶⁾.

A missão do Hospital estudado é “ser um hospital de referência e excelência, prestando assistência complexa e hierarquizada, formando e qualificando recursos humanos, produzindo conhecimento, atuando no sistema de saúde e valorizando os princípios de humanização com racionalização de recursos e otimização de resultados”.

A Instituição caracteriza-se pelo atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde, em um prédio de seis andares, composto por unidades de internação, centro cirúrgico, unidade de emergência, ambulatórios e serviços complementares.

A investigação foi realizada em todos os setores do hospital universitário nos quais atua a equipe de enfermagem, estando ou não subordinada ao Departamento de Enfermagem (DEnf).

A Superintendência é o órgão de direção executiva que coordena, supervisiona e controla todas as atividades do Hospital. O DEnf possui participação efetiva na elaboração e desenvolvimento dos objetivos Institucionais e é composto de uma Diretoria com três Assessorias. Ligadas a este Departamento estão as Diretorias de Enfermagem dos Setores: Unidades de Internação: [Serviço de Enfermagem Médico Cirúrgica I (SEMC I), Serviço de Enfermagem Médico Cirúrgica II (SEMC II), Serviço de Enfermagem em Emergência, Trauma, Transplante e Psiquiatria (SEETTP)], Unidade de Emergência Referenciada (UER), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico e Centro Cirúrgico Ambulatorial (CC/CCA), Central de Material Esterilizado (CME), Serviço de Enfermagem em Ambulatórios e Procedimentos Especializados (SEAMPE), Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEP), Centro Integrado de Nefrologia (CIN), Hospital Dia (HD), Serviço de Enfermagem de Apoio a Assistência (SEAAS), Unidade Respiratória (UResp) . O DEnf agrega também o Serviço de Enfermagem em Educação Continuada (SEEC).

A estrutura organizacional do Departamento de Enfermagem é apresentada no Anexo 1. As Unidades de Internação são compostas por leitos distribuídos para as seguintes

especialidades: cardiologia, pneumologia, dermatologia, endocrinologia, gastroclínica, gastrocirurgia, hematologia, imunologia, moléstias infecciosas, nefrologia, neuroclínica, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, reumatologia, traumatologia, vascular, urologia, enfermagem geral de adultos, enfermagem de urgência especialidades, emergência clínica, cirurgia do trauma e transplante de medula óssea. Os Ambulatórios realizam em média 32 mil consultas mensais em 44 especialidades.

3.3 – Amostra do estudo

Foi composta pelos trabalhadores de enfermagem - enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem - que constavam no quadro de pessoal de enfermagem no período de primeiro de janeiro a 31 de dezembro de 2011. Foram excluídos trabalhadores de outras profissões, como técnicos administrativos, ainda que integrassem o quadro de pessoal de enfermagem.

Na Instituição há duas formas de contratação, por meio de concurso público para o órgão público e de processo seletivo para uma Fundação da Universidade. Entre os que prestaram concurso público há dois tipos de vínculo empregatício; pela Consolidação das Leis do Estatutário (CLE) e pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Para o estudo foram analisados os funcionários que pertencem ao quadro de enfermagem por meio de concurso público e regidos pela CLT.

Foram excluídos do estudo 18 funcionários lotados no DENF contratados pela CLE porque o sistema de informação sobre frequência da DGRH não subdivide os afastamentos por saúde menores ou maiores a 15 dias para os trabalhadores contratados nesse regime de trabalho. Portanto, a equipe de enfermagem do estudo foi composta por 994 profissionais de enfermagem.

3.4 Variáveis do estudo

O absenteísmo foi analisado considerando apenas os afastamentos do trabalho por doença com duração de até 15 dias contínuos, justificados por atestados médicos. A adoção deste critério deveu-se pelo fato da CLT determinar que trabalhadores que se afastam por problemas de saúde por até 15 dias consecutivos devem ter sua remuneração mantida pelo empregador e não pelo do Instituto Nacional do Seguro Social. O sistema de frequência da Universidade identifica especificamente este fato pelo código “S1”, diferenciando-o das outras razões de ausência ao trabalho. Estes afastamentos são justificados por atestados médicos, mas são eventos que não estavam previstos e que, portanto, geram transtornos consideráveis.

No estudo foi incluído cada evento em que o trabalhador se afastou por até 15 dias consecutivos ao longo do ano. A análise desta modalidade de afastamento foi feita por total de afastamentos e total de dias ausentes de cada funcionário.

As licenças concedidas antes de janeiro de 2011, em que o profissional continuou ausente, não foram incluídas, pois já haviam sido concedidas fora do período definido no estudo. No entanto, o tempo em dias de ausência deste tipo de licença transcorrido em 2011, foi considerado, inserido e identificado nas licenças, iniciadas antes de janeiro desse ano.

As variáveis foram agrupadas em sociodemográficas e características do trabalho.

3.4.1 Variáveis Sociodemográficas

- Sexo: Anotado de acordo com o que consta cadastro do trabalhador no sistema da Universidade
- Idade: Considerada em anos completos e agrupada em faixa etária (intervalo de cinco anos) ou grupo etário (intervalos maiores de cinco anos)
- Estado Civil: Anotado de acordo com o que consta cadastro do trabalhador no sistema da Universidade e categorizado em casado, solteiro e divorciado/viúvo. Como casado incluiu-se a união estável e concubinato.

- Escolaridade: Referiu-se à escolaridade concluída, independentemente do curso ser ou não na área de enfermagem.

3.4.2 Variáveis relacionadas às características do trabalho

- Função: Anotada de acordo com o contrato de trabalho estabelecido com a Universidade, independentemente da formação final do profissional. Houve profissionais com Curso de Graduação em Enfermagem concluído, mas, com contrato de técnico de enfermagem e, portanto, foram considerados como técnico de enfermagem.

- Lotação: Refere-se ao local do trabalho do profissional e seguiu a estrutura administrativa do Hospital. No total foram incluídos 14 locais diferentes de lotação, porém alguns foram agrupados por apresentarem atividades semelhantes. No final ficaram constituídas as seguintes categorias:

- ✓ Centro Cirúrgico, incluindo o ambulatorial (124 profissionais) e Central de Material Esterilizado (41 profissionais).

- ✓ SEMC I (123 profissionais), SEMC II (138 profissionais) e SEETTP (84 profissionais), pelas semelhanças das características do trabalho, por serem unidade de internação de pacientes adulto.

- ✓ SEP que se refere a internação pediátrica.

- ✓ SEAMPE (65 profissionais), HD (quatro profissionais) e CIN (23 profissionais) pois são locais com atividades de características ambulatoriais.

- ✓ Área de imagem (50 profissionais), Unidade Respiratória (12 profissionais) e SEAAS (20 profissionais), pois a característica do trabalho apresenta fins de diagnóstico e apoio à assistência.

✓ Terapia intensiva, que considerou todas as Unidades de Terapia Intensiva Adulto instaladas no Hospital.

✓ Emergência, local de atuação dos profissionais da Unidade de Emergência Referenciada.

- Turno de Trabalho: Categorizado em matutino(06:55h às 13:10h), vespertino (13:00h às 19:15h), noturno (19:05h às 07:05h, realizando de 11 à 12 plantões no mês) e administrativo. Os três primeiros seguem escalas de turnos, abrangendo sete dias por semana e o administrativo trata-se do trabalho apenas em dias úteis.

- Vínculo Empregatício: Categorizado em CLT e CLT aposentado. Esta última categoria refere-se aos trabalhadores que já são aposentados por tempo de serviço, mas que continuam trabalhando.

- Tempo de Trabalho na Instituição: Tempo de trabalho desde a assinatura do contrato de trabalho, anotado de acordo com o que consta no cadastro do trabalhador no sistema da Universidade. Foi contabilizado em anos completos e agrupado em faixa de cinco anos de intervalo.

3.5 - Coleta de Dados

Os dados incluídos neste estudo foram obtidos a partir do sistema de frequência do Departamento Geral de Recursos Humanos da Universidade em questão. Os dados de frequência são anotados em cartão de ponto, cujo controle era atribuição da chefia imediata. Os dados consolidados foram inseridos no sistema de frequência pelo Departamento de Recursos Humanos do Hospital de Clínicas, que os enviou para o Departamento Geral de Recursos Humanos (DGRH) da Universidade. Estes procedimentos repetem-se mensalmente porque estão vinculados ao pagamento dos trabalhadores.

3.6 – Análise dos dados

Os dados foram consolidados em planilhas eletrônicas no editor Microsoft Excel[®] e, posteriormente, foram analisados utilizando o programa “Statistical Analysis System” - SAS[®] 9.2. Inicialmente foram realizadas análises descritivas com objetivo de verificar a consistência dos dados. Assim, foram computadas as licenças concedidas em 2011.

As comparações envolvendo as variáveis com relação ao número de dias ausentes foram realizadas através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney para os casos em que a variável categórica apresentava duas categorias e o teste de Kruskal-Wallis para os casos em que a variável apresentava mais de duas categorias ⁽⁴⁷⁾. Nos casos em que a hipótese nula do teste de Kruskal-Wallis era rejeitada, foi aplicado o pós teste ⁽⁴⁸⁾ proposto por Giraudoux utilizando o procedimento `kruskalmc`, do pacote `pgirmess` do software R-project 2.15.0 ⁽⁴⁹⁾.

Para estudar a associação entre as variáveis categóricas e as de absenteísmo doença por curto prazo (S1) categorizadas foi utilizado o teste Qui-quadrado ⁽⁴⁷⁾. Este teste é utilizado quando queremos verificar se existe associação entre duas variáveis categóricas. Para os casos em que pelo menos 20% das caselas da tabela de valores esperados apresentava contagem menor do que cinco foi aplicado o teste exato de Fisher ⁽⁵⁰⁾.

Em seguida, para a variável S1 categórica binária, foram aplicados modelos de regressão logística simples ⁽⁵¹⁾ e, posteriormente, construído um modelo múltiplo na tentativa de diminuir os possíveis efeitos de variáveis de confusão. Os resultados foram apresentados por meio dos cálculos das razões de chance bruta e ajustadas.

Para todas as análises foi considerado nível de significância igual a 5% e os softwares estatísticos SAS versão 9.2 e R-project versão 2.15.0 para a realização das mesmas.

3.7 - Aspectos Éticos

O estudo não apresenta quaisquer riscos à dimensão humana, social ou psico-biológica de nenhum indivíduo ou organização, e está de acordo com a Resolução 196/96.

Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, com solicitação de dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, justificado pelo fato que os dados foram coletados a partir do sistema de informação do DGRH da Universidade. O parecer do Comitê de Ética em Pesquisa que aprovou o estudo recebeu o número 849/2011 e CAAE 0765.0.146.000-11 (Anexo2).

A fim de preservar a identidade do profissional as informações foram identificadas apenas pelo número funcional do trabalhador, que após a conferência, foi substituído por número em ordem crescente, específico para o estudo.

RESULTADOS

4.1 Características da população de estudo

Em relação às características sociodemográficas dos participantes do estudo, dos 994 profissionais de enfermagem estudados, 85,5% eram do sexo feminino e 14,5% masculino. Quanto ao estado civil, 47% eram casados, 12% divorciados ou viúvos e 41% solteiros. O grau de escolaridade correspondeu a 3% com ensino fundamental, 60% ensino médio e 37% ensino superior (Tabela 1).

Com relação às características profissionais, 6% eram auxiliares de enfermagem, 67% técnicos de enfermagem e 27% enfermeiros. Pouco mais de um terço dos funcionários estava lotado nos serviços de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermaria de Emergência Clínica, Trauma, Transplante, Psiquiatria e apenas 2% pertenciam diretamente ao Departamento de Enfermagem; 17 % estavam lotados no Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado; 9% no Centro Integrado de Nefrologia, Hospital Dia e Serviço de Enfermagem Ambulatorial e Procedimentos Especializados; 8% lotados na Unidade Respiratória, Imagem e Apoio à Assistência; 9 % no serviço de enfermagem pediátrica, 13% lotados na unidade de terapia intensiva e 7% na Unidade de Emergência Referenciada adulto e pediátrico (Tabela 2).

Tabela 1: Características sociodemográficas da população de enfermagem (n=994).Campinas, 2011

Variável	n	(%)
Sexo		
Feminino	850	85,5
Masculino	144	14,5
Grupo Etário (anos)		
20 a 29	120	12,1
30 a 39	305	30,7
40 a 49	305	30,7
50 a 59	228	22,9
60 a 69	36	3,6
Estado Civil		
Casado	470	47,3
Solteiro	406	40,8
Divorciado/Viúvo	118	11,9
Grau de escolaridade		
Ensino Fundamental	29	2,9
Ensino Médio	593	59,7
Ensino Superior	372	37,4

Com relação ao turno de trabalho destes profissionais, 25% estavam no período matutino, 18% no período vespertino, 41% no período noturno e 16% no horário administrativo. Quanto ao vínculo empregatício, 92% eram regidos pela CLT e 8% eram CLT aposentados (Tabela 2).

Tabela 2: Características do trabalho dos profissionais de enfermagem
(n=994) Campinas, 2011

Variável	n	(%)
Função		
Enfermeiro	273	27,5
Técnico Enfermagem	664	66,8
Auxiliar Enfermagem	57	5,7
Lotação		
DEnf	20	2,0
CC/CCA/CME	165	16,6
IMAGEM/SEAAS/UR	82	8,2
SEAMPE/CIN/HD	92	9,3
SEMC/SEETTP	345	34,7
SEP	90	9,1
UTI	128	12,9
UER	72	7,2
Turno de Trabalho		
Matutino	251	25,3
Vespertino	180	18,1
Noturno	402	40,4
Administrativo	161	16,2
Vínculo Empregatício		
CLT	915	92,0
CLT Aposentado	79	8,0
Tempo de Trabalho Instituição (anos)		
0 a 4	288	29,0
5 a 9	211	21,2
10 a 14	160	16,1
15 a 19	55	5,5
20 a 24	197	19,8
25 a 29	83	8,4
Total	994	100%

A média de idade da população em estudo foi de 41,89 anos sendo a menor idade 20 anos e a maior 69 anos. Quanto ao tempo de trabalho na Instituição a média foi de 11,4 anos

sendo o menor tempo de trabalho menos que um ano (25 dias) e o maior, 29 anos (29 anos e 11 meses). Considerando a amostra do estudo e considerando a somatória de todos os afastamentos que cada trabalhador teve em 2011, a média de dias ausentes foi de 7,5 dias por trabalhador, sendo o mínimo zero dias e o máximo 66 dias. Considerando apenas os trabalhadores que apresentaram pelo menos um afastamento, o número de funcionários foi de 645 e a média de ausências de 11,6 dias por trabalhador, sendo o menor um dia e o maior 66 dias (Tabela 3).

Tabela 3: Características da população de enfermagem (n=994) Campinas, 2011

Variável	n	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	Total
Idade		41,9	10,12	20	42	69	-----
Tempo		11,4	8,66	0	9	29	-----
Dias ausentes		7,5	10,45	0	3	66	7494
Dias ausentes		11,6	11,00	1	8	66	7494

*Apenas os trabalhadores que apresentaram pelo menos um afastamento. DP: Desvio Padrão

4.2 Frequência de afastamentos com até 15 dias de duração

Dos 994 profissionais, 645 apresentaram pelo menos um afastamento, evento que não se associou com o sexo ($p=0,77$) e nem com o estado civil ($p=0,20$). Ainda 59,9% dos trabalhadores com ensino superior apresentaram pelo menos um afastamento, enquanto que 66,9% e 86,2%, respectivamente, daqueles com ensino médio ($OR= 1,35$; $IC95\%= 1,03-1,77$) e ensino fundamental ($OR= 4,18$; $IC95\%=1,42-12,24$) apresentaram-no, diferenças que foram estatisticamente significantes. Quando analisado Odds Ratio ajustado, não foi encontrado relação com o grau de escolaridade e absenteísmo doença.

Observou-se que 48,3% dos trabalhadores de 20-29 anos apresentaram pelo menos um afastamento, enquanto que 65,90%, 65,6% e 70,4%, respectivamente, dos funcionários com 30-39 anos (OR=2,07; IC95%=1,35-3,17), 40-49 anos (OR= 2,04; IC95%= 1,33-3,13) e 50-69 anos (OR= 2,55; IC95%= 1,63-3,98) apresentaram-no, diferenças que foram estatisticamente significantes. Entretanto, quando analisado o Odds Ratio Ajustado, apenas o grupo 30-39 anos foram estatisticamente significante (Tabela 4). A correlação entre a idade e dias de ausência por S1 foi positiva quando se analisou os trabalhadores que apresentaram S1 (coeficiente de Spearman 0,1125) como também quando se analisou a amostra geral do estudo (Coeficiente de Spearman 0,1306), porém a reta que representa a correlação é praticamente horizontal, o coeficiente é baixo. (Tabela 5). A significância estatística ocorreu devido ao grande tamanho da amostra.

Tabela 4: Perfil sociodemográfico dos trabalhadores de enfermagem em relação aos afastamentos (n=994) Campinas, 2011

Variável	Afastamento				p-valor	Odds ratio (bruto)	I. C. (95%)		Odds ratio (ajus.)	I. C. (95%)	
	Sim		Não				L.I.	L.S.		L.I.	L.S.
	n	%	n	%							
Sexo					0,7700						
Feminino	550	64,7	300	35,3							
Masculino	95	66,0	49	34,0		1,06	0,73	1,53			
Faixa etária					0,0004						
20 - 29	58	48,3	62	51,7		1,00					
30 - 39	201	65,9	104	34,1		2,07	1,35	3,17	1,66	1,03	2,68
40 - 49	200	65,6	105	34,4		2,04	1,33	3,13	1,42	0,82	2,49
50 - 69	186	70,4	78	29,6		2,55	1,63	3,98	1,84	0,97	3,49
Estado civil					0,2028						
Casado	310	66,0	160	34,0		1,18	0,90	1,56			
Divorciado/viúvo	83	70,3	35	29,7		1,44	0,93	2,26			
Solteiro	252	62,1	154	37,9		1,00					
Escolaridade					0,0043						
Fundamental	25	6,2	4	13,8		4,18	1,42	12,24	1,86	0,52	6,71
Ensino Médio	397	66,9	196	33,1		1,35	1,03	1,77	1,55	0,95	2,52
Ensino Superior	223	59,9	149	40,1		1,00					

Tabela 5: Correlação entre idade e absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem. Campinas, 2011

Correlação	n	Coef. Spearman	p-valor
Idade x amostra	994	0,1306	<0,0001
Idade x absenteísmo	645	0,1125	0,0042

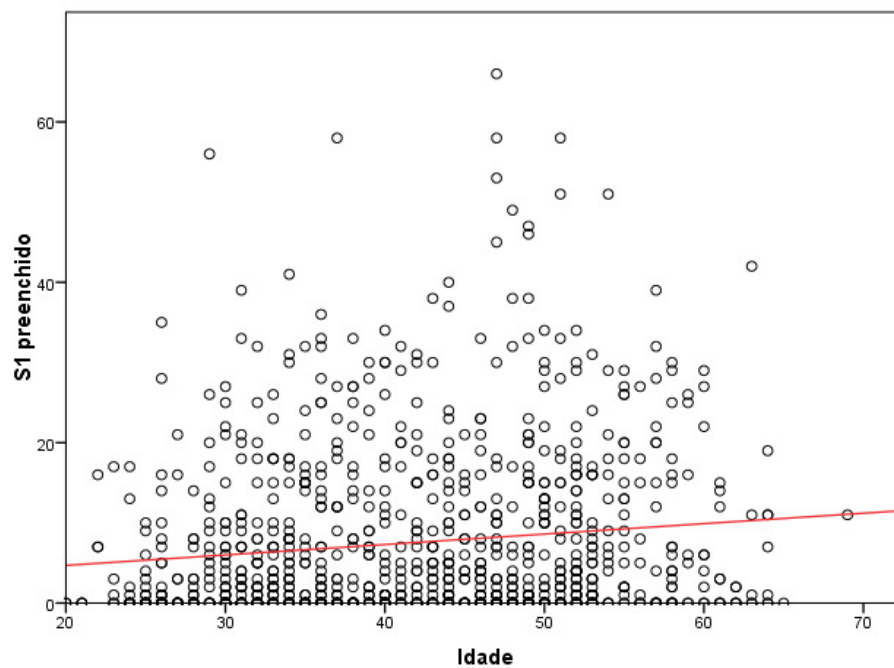


Figura 1: Análise de Correlação entre idade e absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem

Considerando a função, observou-se que 59,3% dos enfermeiros apresentaram pelo menos um afastamento, enquanto que 65,5% e 84,2%, respectivamente, dos técnicos de enfermagem (OR= 1,30; IC95%= 0,97-1,74) e auxiliares de enfermagem (OR= 3,65; IC95%=1,72-7,75) apresentaram-no, diferenças que foram estatisticamente significantes ($p=0,0014$). Quando analisado o odds ratio ajustado, a relação foi encontrada com os auxiliares e técnicos de enfermagem (Tabela 6).

O local que menor percentual de funcionários apresentou afastamentos foi a UER (55,6%) e por isso esta categoria foi adotada como referência. Observou-se que 76,1% daqueles lotados no SEAMPE/CIN/HD e 75,1% dos lotados no CC/CCA/CME apresentaram afastamentos. Com base na lotação de referência descrita anteriormente, mostrou-se estatisticamente significativa SEAMPE/CIN/HD (OR= 2,55, IC95%=1,31-4,96) e CC/CCA/CME (OR=2,42, IC95%=1,35-4,34). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes com as outras lotações. Quando analisado o odds ratio ajustado, foi encontrado relação com o CC/CCA/CME, porém não com outras lotações (Tabela 6).

O turno que menor percentual de funcionários apresentou afastamentos foi o vespertino (56,7%) e por isso esta categoria foi adotada como referência. Observou-se que 69,6% dos trabalhadores do horário administrativo e 69,4% daqueles no plantão noturno apresentaram afastamento. Com base no turno de referência antes descrita, mostrou-se estatisticamente significativa o horário administrativo (OR= 1,75, IC95%=1,12-2,73) e o horário noturno (OR=1,73, IC95%= 1,21-2,49). Entretanto, 60,6% dos funcionários do plantão matutino (OR= 1,17; IC95% = 0,80-1,73) apresentaram afastamento, diferença que não foi estatisticamente significativa. Quando analisado o odds ratio ajustado, não foi encontrado relação do turno de trabalho com absenteísmo (Tabela 6).

De acordo com o vínculo empregatício, 75,9% dos aposentados que continuam na ativa apresentaram S1 e 63,9% dos vínculos CLT também o apresentaram. A diferença entre os

aposentados na ativa e CLT foi estatisticamente significativa (OR=1,78, IC95%=1,05-3,04), porém no odds ratio ajustado não foi estatisticamente significativa (Tabela 6).

Com relação ao tempo de trabalho na Instituição, o grupo com menor percentual de S1 tinha de 0-4 anos (52,4%) e por isso foi adotado como referência. Todos os demais grupos as diferenças foram estatisticamente significantes, sendo que 77,2% do grupo de 5-9 anos apresentaram S1 (OR = 3,08; IC95% = 2,07-4,58). Quando analisado o odds ratio ajustado, apenas o grupo 5-9 anos foi estatisticamente significativa (Tabela 6).

Tabela 6: Características do trabalho em relação aos afastamentos da equipe de enfermagem (n=994) Campinas, 2011

Variáveis	Afastamento				χ^2 p-valor	Odds Ratio (bruto)	I.C 95%		Odds ratio (ajus.)	I. C. (95%)	
	Sim		Não				LI	LS		LI	LS
n	%	n	%								
Função					0,0014						
Enfermeiro	162	59,3	111	40,7		1,00					
Técnico	435	65,5	229	34,5		1.30	0.97	1.74	1,57	1,11	2,23
Auxiliar	48	84,2	9	15,8		3.65	1.72	7.75	4,09	1,79	9,32
Lotação					0,0043						
CC/CCA/CME	124	75,1	41	24,9		2,42	1,35	4,34	2,35	1,26	4,40
IMAGEM/SEAAS/UR	49	59,8	33	40,2		1,19	0,63	2,26	0,88	0,43	1,80
SEAMPE/CIN/HD	70	76,1	22	23,9		2,55	1,31	4,96	2,09	0,93	4,68
SEMC/SEETTP	229	66,4	116	33,6		1,58	0,94	2,65	1,55	0,91	2,66
SEP	52	57,8	38	42,2		1,10	0,59	2,05	1,12	0,58	2,15
UTI	75	58,6	53	41,4		1,13	0,63	2,03	1,19	0,65	2,19
UER	40	55,6	32	44,4		1,00			1,00		
Turno					0,0057						
Matutino	152	60,6	99	39,4		1,17	0,80	1,73	1,03	0,68	1,56
Vespertino	102	56,7	78	43,3		1,00					
Noturno	279	69,4	123	30,6		1,73	1,21	2,49	1,38	0,90	2,10
Administrativo	112	69,6	49	30,4		1,75	1,12	2,73	1,20	0,66	2,18
Vínculo					0,0318						
CLT	585	63,9	330	36,1							
CLT APO	60	75,9	19	24,1		1,78	1,04	3,03	1,14	0,61	2,14

***Continuação: Tabela 6:** Características do trabalho em relação aos afastamentos da equipe de enfermagem (n=994)

Campinas, 2011

Tempo instituição (anos)					0,0000						
0 a 4	151	52,4	137	47,6		1,00					
5 a 9	163	77,3	48	22,7		3,08	2,07	4,58	2,72	1,74	4,26
10 a 14	100	62,5	60	37,5		1,51	1,02	2,24	1,21	0,73	2,01
15 a 19	37	67,3	18	32,7		1,87	1,02	3,43	1,74	0,83	3,67
20 a 24	134	68,0	63	32,0		1,93	1,32	2,82	1,46	0,81	2,64
25 a 29	60	72,3	23	27,7		2,37	1,39	4,04	1,53	0,71	3,27
Total	645	64,9	349	35,1							

4.3. Somatória dos dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração

Considerando somente a amostra que apresentou pelo menos um afastamento absenteísmo e analisando até 15 dias *versus* mais de 15 dias de somatória dos afastamentos, não se observou associação com o sexo ($p=0,3857$), nem com faixa etária ($p= 0,25$). Observou-se que 23,8% dos solteiros apresentaram mais de 15 dias de afastamento, enquanto que 37,3% dos divorciados/viúvos apresentaram, diferença estatisticamente significativa (OR= 1,91; IC95%; 1,12-3,24). Quanto à escolaridade, 22% dos trabalhadores com ensino superior apresentaram atestados com mais de 15 dias enquanto que 68,3% daqueles com ensino médio e 52% daqueles com ensino fundamental apresentaram-no, diferenças que foram estatisticamente significante (Tabela 7).

Tabela 7: Características sociodemográficas da equipe de enfermagem em relação à somatória dos dias ausentes (n=645). Campinas, 2011

Variável	Dias ausentes				χ^2 p-valor	OR bruto	I. C. (95%)	
	≤ 15		> 15				L. I.	L . S.
	n	%	n	%				
Sexo					0,3857*			
Feminino	387	70,4	163	29,6		1,246	0,758	2,049
Masculino	71	74,7	24	25,3		1,00		
Faixa etária (anos)					0,2534*			
20 – 29	46	79,3	12	20,7		1,00		
30 – 39	147	73,1	54	26,9		1,407	0,694	2,856
40 – 49	140	70,0	60	30,0		1,642	0,812	3,318
50 – 59	107	65,6	56	34,4		2,005	0,983	4,090
60 – 69	18	78,3	5	21,7		1,065	0,328	3,454
Estado civil					0,0352*			
Casado	214	69,0	96	31,0		1,435	0,985	2,092
Divorciado/viúvo	52	62,6	31	37,4		1,908	1,122	3,244
Solteiro	192	76,2	60	23,8		1,00		
Escolaridade					0,0037*			
Ensino Fundamental	13	52,0	12	48,0		3,277	1,406	7,638
Ensino Médio	271	68,3	126	31,7		1,651	1,128	2,416
Ensino Superior	174	78,0	49	22,0		1,00		

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

Quando analisado o perfil profissional em relação a população que apresentou pelo menos um afastamento absenteísmo e ainda analisando até 15 dias *versus* mais de 15 dias de somatória dos afastamentos, não se observou associação estatisticamente significativa com a lotação (p=0,08290), turno (p= 0,4188), vínculo (p=0,7471) e tempo de instituição (p= 0,2543) (Tabela 8).

Quanto à função, 24% dos enfermeiros apresentaram mais de 15 dias de afastamento, enquanto 48% dos auxiliares apresentaram-no (OR=2,901; IC95%: 1,483-5,677). Enquanto que 47,9% dos auxiliares de enfermagem e 28,7% dos técnicos de enfermagem apresentaram atestados com mais de 15 dias, diferença que foi estatisticamente significativa ($p=0,0059$) (Tabela 8).

Tabela 8: Característica do trabalho em relação à somatória dos dias ausentes da equipe de enfermagem (n=645). Campinas, 2011

Variável	Dias ausentes				χ^2 p-valor	Odds ratio bruto	I. C. (95%)	
	<= 15		> 15				LI	LS
	n	%	n	%				
Função					0,0059*			
Enfermeiro	123	75,9	39	24,1		1,00		
Técnico	310	71,3	125	28,7		1,272	0,839	1,927
Auxiliar	25	52,1	23	47,9		2,901	1,483	5,677
Lotação					0,8290*			
CC/CCA/CME	85	68,6	39	31,4		1,565	0,809	3,029
IMAGEM/SEAAS/UR	35	71,4	14	28,6		1,364	0,600	3,105
SEAMPE/CIN/HD	47	67,1	23	32,9		1,669	0,800	3,483
SEMC/SEETTP	161	70,3	68	29,7		1,441	0,783	2,653
SEP	39	75,0	13	25,0		1,137	0,497	2,603
UER	29	72,5	11	27,5		1,294	0,537	3,119
UTI	58	77,3	17	22,7		1,00		
Turno					0,4188*			
Matutino	104	68,4	48	31,6		1,585	0,890	2,822
Vespertino	79	77,4	23	22,6		1,00		
Noturno	198	71,0	81	29,0		1,405	0,826	2,390
Administrativo	77	68,7	35	31,3		1,561	0,846	2,880
Vínculo					0,7471**			
CLT	417	71,3	168	28,7		1,15	0,65	2,04
CLT APO	41	68,3	19	31,7				
Tempo instituição (anos)					0,2543*			
0 a 4	115	76,2	36	23,8		1,134	0,476	2,701
5 a 9	114	69,9	49	30,1		1,558	0,665	3,649
10 a 14	64	64,0	36	36,0		2,039	0,843	4,928
15 a 19	29	78,4	8	21,6		1,00		
20 a 24	97	72,4	37	27,6		1,382	0,579	3,298
25 a 29	39	65,0	21	35,0		1,951	0,758	5,023

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

** p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher

A somatória dos dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração foi 6476 dias do sexo feminino e 1018 sexo masculino, totalizando 7494.

Dos 550 funcionários do sexo feminino que apresentaram pelo menos um afastamento, a média foi 11,78 dias, sendo que o máximo de ausência foi 66 dias. Dos 95 funcionários do sexo masculino que apresentaram pelo menos um afastamento, a média foi 10,72 dias, sendo que o máximo de ausência por S1 para o mesmo funcionário foi 56 dias. Quando analisado na população em estudo, $n=994$ funcionários, estas médias foram respectivamente 7,62 dias para o sexo feminino e 7,07 dias para o sexo masculino. As diferenças observadas entre os sexos não foram estatisticamente significantes (Tabela 9).

A menor média de dias ausentes foi observada no grupo etário de 20-29 anos, sendo 9,20 dias quando analisado apenas os que entregaram pelo um menos afastamento e 4,44 dias quando analisado toda população em estudo. A maior média ocorreu no grupo etário de 50-59 anos, sendo 12,82 dias quando analisados apenas os que entregaram pelo menos um afastamento e 9,16 dias quando analisado na população em estudo. Estes dados não foram estatisticamente significantes no grupo que apresentou pelo menos um afastamento ($p=0,14$) e estatisticamente significativa na população geral do estudo ($p=0,001$). Quanto ao estado civil, a menor média de dias ausentes ocorreu nos solteiros e a maior nos divorciados/viúvos, porém estas diferenças não foram estatisticamente significantes (Tabela 9).

A menor média de dias ausentes foi observada nos trabalhadores com ensino superior, sendo 10,3 dias quando analisado apenas os que tiveram pelo menos um afastamento e 6,2 dias quando analisado a amostra do estudo. A maior média ocorreu no grupo com ensino fundamental, sendo 16,2 dias quando analisados apenas os que tiveram pelo menos um afastamento e 14 dias, na amostra estudada; e foram estatisticamente significantes em ambas.

Tabela 9. Dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração da equipe de enfermagem de acordo com as variáveis sociodemográficas (n=645). Campinas, 2011

Variáveis	Total de dias ausentes	Somente os funcionários que tiveram S1							Todos os funcionários				
		N	Média	DP	Min	Mediana	Max	p	n	Média	DP	Mediana	p
Sexo													
Feminino	6476	550	11,78	11,17	1	8	66	0,39	850	7,62	10,60	8,5	0,56
Masculino	1018	95	10,72	9,95	1	8	56	ANOVA	144	7,07	9,54	8	ANOVA
Grupo etário (anos)													
20 a 29	533	58	9,20	9,77	1	7	56	0,14	120	4,44	8,19	0	0,0001
30 a 39	2190	201	10,90	10,00	1	7	58	KW	305	7,18	9,62	3	KW
40 a 49	2421	200	12,11	12,28	1	7,5	66		305	7,94	11,49	3	
50 a 59	2089	163	12,82	10,91	1	10	58		228	9,16	10,89	5	
60 a 69a	261	23	11,35	10,52	1	11	42		36	7,25	10,01	2,5	
Estado civil													
Casado	3676	310	11,86	10,63	1	8	66	0,43	470	7,82	10,30	3	0,12
Divorciado/ Viúvo	1050	83	12,65	10,43	1	10	51	ANOVA	118	8,90	10,48	4,5	ANOVA
Solteiro	2768	252	10,98	11,62	1	7	66		406	6,82	10,59	2	

Tabela 9. (continuação) Dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração da equipe de enfermagem de acordo com as variáveis sociodemográficas (n=645). Campinas, 2011

Escolaridade														
Fundamental	405	25	16,20	10,84	2	15	46	0,02		29	13,97	11,54	13	0,00007
Ensino Médio	4798	397	12,09	11,04	1	8	58	ANOVA		593	8,09	10,67	3	ANOVA
Ensino Superior	2291	223	10,27	10,79	1	7	66			372	6,16	9,75	2	

A menor média de dias ausentes foi observada para os enfermeiros, sendo 10,7 dias quando analisado apenas aqueles que apresentaram pelo menos um afastamento e 6,3 dias quando analisada a amostra do estudo.

A maior média foi observada para os auxiliares de enfermagem, sendo 16,4 dias quando analisado apenas aqueles que apresentaram pelo menos um afastamento e 13,8 dias quando analisado na amostra em estudo. Estes dados foram estatisticamente significantes em ambas (Tabela 10).

Desconsiderando os trabalhadores na área administrativa do DEnf, a menor média de dias ausentes quando analisado apenas os que apresentaram pelo menos um afastamento foi 10,2 dias, observada para os trabalhadores lotados na UTI. Quando se considerou a amostra de estudo, a menor média foi 5,9 dias, observada para os trabalhadores da UER. As maiores médias de dias ausentes foram constatadas para os trabalhadores lotados na IMAGEM/SEAAS/URESP e no CC/CCA/CME. Estas análises não foram estatisticamente significantes no grupo que apresentou pelo menos um afastamento ($p=0,90$) e estatisticamente significativa na amostra geral do estudo ($p=0,002$).

Em relação ao turno de trabalho, a menor média de dias ausentes ocorreu no plantão vespertino, sendo 10,29 dias quando analisado apenas os que apresentaram pelo menos um afastamento e 5,83 dias quando analisado na amostra em estudo. A maior média de dias ausentes ocorreu no horário administrativo. Estes dados não foram estatisticamente significantes na amostra que apresentou pelo menos um afastamento ($p=0,56$) e estatisticamente significativa na amostra geral do estudo ($p=0,04$).

Em relação aos trabalhadores em regime CLT e CLT aposentados, as médias de dias ausentes foram, respectivamente, 11,51 e 12,65 dias para aqueles trabalhadores que apresentaram pelo menos um afastamento. Quando analisados considerando a amostra do estudo, estas médias foram 7,4 e 9,6 dias ausentes. Estes dados não foram estatisticamente

significantes para os trabalhadores que apresentaram pelo menos um afastamento ($p=0,45$) e estatisticamente significantes na amostra geral do estudo ($p=0,07$).

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, a menor média de dias ausentes foi observada no grupo 0-4 anos e a maior média no grupo 25-29 anos. Estes dados não foram estatisticamente significantes para os trabalhadores que apresentaram pelo menos um afastamento ($p=0,10$) e estatisticamente significantes na amostra geral do estudo ($p=0,000$).

Tabela 10. Dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração (S1) da equipe de enfermagem de acordo com as variáveis relacionadas ao trabalho (n=645) Campinas, 2011

Variáveis	Total de dias ausentes	Somente os funcionários que tiveram S1							Todos os funcionários				
		n	Média	DP	Min	Mediana	Max	p	n	Média	DP	Mediana	p
Função													
Enfermeiro	1728	162	10,67	11,02	1	7	66	0,02	273	6,33	9,97	2	0,0000
Técnico	4980	435	11,45	10,53	1	8	58		664	7,50	10,11	3	
Auxiliar	786	48	16,38	13,80	1	14	58	KW	57	13,79	14,00	11	KW
Lotação													
DENF	80	6	13,33	13,06	1	10	33	0,90	20	4	9,18	0	0,0002
CC/CCA/CME	1548	124	12,48	11,79	1	7,5	58	KW	165	9,38	11,56	5	KW
IMAGEM/SEAAS/UR	647	49	13,20	13,04	1	10	58		82	7,89	11,97	2	
SEAMPE/CIN/HD	837	70	11,96	10,56	1	10,5	49		92	9,10	10,53	5	
SEMC/SEETTP	2654	229	11,59	11,01	1	8	66		345	7,69	10,51	2	
SEP	542	52	10,42	8,05	1	9	33		90	6,02	78,00	2	
UER	424	40	10,60	11,91	1	5,5	51		72	5,89	10,30	1,5	
UTI	762	75	10,16	9,78	1	7	56		128	5,95	9,00	2	

Tabela 10. (continuação) Dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração (S1) da equipe de enfermagem de acordo com as variáveis relacionadas ao trabalho (n=645) Campinas, 2011

Variáveis	Total de dias ausentes	Somente os funcionários que tiveram S1							Todos os funcionários				
		n	Média	DP	Min	Mediana	Max	p	n	Média	DP	Mediana	p
Turno													
Matutino	1764	152	11,61	10,30	1	8	58	0,56	251	7,03	9,82	2	0,04
Vespertino	1050	102	10,29	11,67	1	6	58	ANOVA	180	5,83	10,15	1,5	ANOVA
Noturno	3299	279	11,82	10,94	1	9	66		402	8,21	10,62	4	
Administrativo	1381	112	12,33	11,47	1	9,5	53		161	8,58	11,12	4	
Vínculo													
CLT	6735	585	11,51	11,02	1	8	66	0,45	915	7,36	10,40	3	0,07
CLT APO	759	60	12,65	10,81	1	11	46	ANOVA	79	9,61	10,86	5	ANOVA
Tempo de Trabalho (anos)													
0 a 4	1466	151	9,71	9,86	1	7	58	0,10	288	5,09	8,63	1	0,0000
5 a 9	1893	163	11,61	10,64	1	7	51	KW	211	8,97	10,54	5	KW
10 a 14	1317	100	13,17	11,41	1	10	58		160	8,23	11,05	3	
15 a 19	402	37	10,87	8,11	1	10	30		55	7,31	8,39	4	
20 a 24	1507	134	11,25	10,56	1	7	66		197	7,65	10,16	4	
25 a 29	909	60	15,15	15,02	1	10	58		83	10,95	14,45	5	

DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem analisada foi predominantemente do sexo feminino (85%), que é uma característica da enfermagem, fato que pode ser explicado pelo tipo de trabalho que está vinculado ao cuidado que sempre foi entendido como característica feminina e também pelo contexto histórico. A enfermagem é uma profissão cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, que se dá por meio da tomada de responsabilidade pelo seu conforto, acolhimento e bem-estar⁽⁵²⁾. Vários estudos convergem para esses achados^(53,54, 55).

A média de idade encontrada foi de 42 anos, dado que deve ser contextualizado, pois o trabalho de enfermagem também exige esforços físicos e, portanto, deve-se valorizar como gerenciar o envelhecimento destes trabalhadores para que o tipo de trabalho, aliado à idade, não cause danos à saúde do trabalhador. A idade repercute na capacidade para o trabalho do indivíduo, principalmente a partir dos 45 anos de idade, pois os fatores que atuam negativamente (hábitos de saúde, estressores ambientais, maior prevalência de doenças) começam a se acumular nesse período⁽⁵⁶⁾. O tempo médio de trabalho na Instituição foi 11,4 anos.

Estudo sobre capacidade para o trabalho identificou média de idade entre os profissionais de enfermagem semelhante ao encontrado neste estudo e com altos percentuais de trabalhadores com boa e ótima capacidade funcional. Neste sentido, não deve excluir os esforços para promover e manter a capacidade para o trabalho⁽⁵³⁾.

Com relação às características profissionais, a predominância foi de técnicos de enfermagem (67%), alocados no serviço de internação adulto (35 %). Em estudo realizado em um hospital filantrópico observou-se que 73,4% e 82,6% dos profissionais de enfermagem eram técnicos e auxiliares de enfermagem, percentual que crescia com maior número de leitos. Inversamente, a participação do enfermeiro na equipe vai diminuindo, significativamente, de 26,6% a 17,4%, à medida que aumenta o número de pacientes da unidade ⁽⁵⁷⁾. De acordo com a Resolução COFEN nº 293/2004 a distribuição percentual dos profissionais na equipe de enfermagem deveria observar as proporções de 33% a 37% para enfermeiros e de 63% a 67% para auxiliares e técnicos de enfermagem⁽⁴¹⁾.

Quanto ao turno de trabalho destes profissionais de enfermagem, 25% eram do período matutino, 18% período vespertino e 41% período noturno, ou seja, a proporção de trabalhadores do turno diurno é semelhante ao do noturno. Os trabalhadores do turno noturno estão mais sujeitos a fatores potencialmente prejudiciais a sua saúde, pois a jornada de trabalho é mais prolongada, há interferências no ciclo circadiano e no convívio social, o que impõe que se considere em organizar o trabalho para readequar as atividades de enfermagem, concentrando o trabalho no turno diurno, deixando para o noturno apenas as atividades que são essenciais. Esta ação reduziria o número de trabalhadores no turno noturno, em relação ao diurno.

Estudo realizado em hospital na Serra Gaúcha, mostrou que a somatória dos turnos manhã e tarde indica que a maioria dos profissionais atua no turno diurno em comparação ao noturno. Isto se deveu à organização do trabalho da enfermagem, a qual alocou a maioria dos cuidados de enfermagem no turno diurno, ficando prescritos para a noite os procedimentos específicos a este turno, de forma a também não interromper o sono do paciente, para um procedimento que poderia ser realizado em outro turno⁽⁵⁵⁾.

De acordo com os resultados deste estudo, foi encontrada relação entre o grupo etário de 30-39 anos e absenteísmo doença. É importante destacar também que este estudo mostrou que quanto ao tempo de trabalho na Instituição foi encontrada relação com o grupo de 5-9 anos de trabalho e absenteísmo doença.

Investigação realizada com 6271 profissionais no Reino Unido demonstrou que o grupo que entregava atestados com maior duração de afastamento tinha mais idade. Para os quatro grupos etários analisados (<30, 30-44, 45-59, ≥ 60 anos ou mais), houve uma correlação linear com o aumento do período de afastamento por doença. A duração média do afastamento foi de 7,9; 9,0; 11,5, e 17,0 semanas, respectivamente ($F=55,9$, $P < 0,001$). Trabalhadores do grupo que apresentaram afastamentos maiores que 28 semanas de duração foram significativamente mais velhos que os do grupo de curto episódio (média idade = 44,0 contra 39,6 anos, IC95% = 3,4 a 5,4 anos; ($P < 0,001$))⁽⁵⁸⁾.

Programas de atividade física no local de trabalho, de nutrição ou a combinação destes pode promover melhor saúde do empregado e, como consequência, reduzir os custos devido ao absenteísmo doença, aposentadoria precoce e cuidados de saúde. Há evidência moderada de que os programas que induzem o consumo de frutas e legumes e redução de ingestão de gordura melhoram o peso dos trabalhadores após 6-12 meses⁽⁵⁹⁾.

Estudo sobre a inatividade física realizado em 16.976 trabalhadores mostrou que 18% dos indivíduos relataram atividade física pelo menos uma vez por semana. Indivíduos que eram fisicamente inativos em comparação com os ativos, apresentaram maior prevalência de doenças cardiovasculares (OR: 1,36 [1,23-1,51]), estado de saúde regular ou ruim (OR: 3,52 [2,97-4,17]) e maior absenteísmo no trabalho (OR: 1,59 [1,41-1,79]). No geral, os funcionários inativos fisicamente, em comparação com os trabalhadores fisicamente ativos relataram mais interesse em programas de educação em saúde⁽⁶⁰⁾.

Um estudo realizado numa universidade na Holanda dividiu 591 trabalhadores em quatro grupos etários e revelou que os mais velhos foram mais satisfeitos com seu trabalho do que os mais jovens. Os aspectos mais importantes para a insatisfação com o trabalho, observados em todos os grupos etários, foram apreciação da variedade de tarefas, alterações nas tarefas e organização do trabalho. A má organização do trabalho implicaria em mais esforço para cumprir as tarefas ⁽⁶¹⁾.

O presente estudo também permitiu concluir que os auxiliares de enfermagem apresentaram mais dias de ausências por S1 que os técnicos de enfermagem e estes mais que os enfermeiros. A análise de dias ausentes por S1 entre as funções também dão suporte a associação entre funções e afastamento por S1. A média de ausências por S1 para os enfermeiros foi 10,67 dias quando analisado apenas os que entregaram S1, enquanto que a média de ausências por S1 para os auxiliares de enfermagem foi 16,38 dias.

Os enfermeiros tendem a assumir papéis de liderança na equipe, que exigem maior assiduidade, apresentam menor risco de contaminação e de doenças, também por assumirem tarefas administrativas ⁽⁶²⁾.

Os atos mais técnicos e mais complexos são realizados pelos enfermeiros, responsáveis pela chefia, coordenação e supervisão do trabalho da equipe. Os técnicos e os auxiliares de enfermagem executam seu trabalho mais próximo dos pacientes e suas tarefas são mais intensas, repetitivas e financeiramente menos valorizadas ⁽⁶³⁾.

Estudo sobre absenteísmo doença entre funcionários de um hospital universitário em Belo Horizonte revelou que quanto menor o grau de escolaridade, maior a probabilidade do trabalhador apresentar licenças médicas. Estes achados são importantes uma vez que o maior contingente de profissionais de enfermagem concentrou-se no ensino fundamental e médio, algo dominante nas instituições hospitalares ⁽⁶⁴⁾.

O absenteísmo está associado com a carga de trabalho. Promoção à saúde no local de trabalho podem reduzir o presenteísmo e absenteísmo, além de melhorar o estado de saúde e desempenho no trabalho entre grupos profissionais que tem grandes responsabilidades ⁽⁶⁵⁾.

Com relação ao turno de trabalho, excluindo o horário administrativo, o presente estudo mostrou que os funcionários do plantão vespertino apresentaram menor média de dias ausentes e o plantão noturno a maior média.

A organização do trabalho em turnos, em associação com as características do trabalho de enfermagem, gera doenças ocupacionais. O grau de incapacidade e a avaliação das consequências da doença para o trabalhador na ocasião do diagnóstico influenciam o retorno às atividades ⁽⁶⁶⁾.

Estudo realizado no Hospital Infanta Margarita, Córdoba, Espanha, analisou o absenteísmo da equipe de enfermagem com a implantação de um sistema de rodízio de turnos no ano de 2011, que ampliou a duração da jornada de trabalho (8 às 20 h, 20 às 8 h, 10 às 22 h, 22 às 10 h e 15 às 8 h) e, conseqüentemente, houve aumento dos dias de descanso. Observou-se redução de 40,75% do absenteísmo geral, porém houve aumento do absenteísmo por doença ⁽⁶⁷⁾.

Pesquisa qualitativa para descrever a percepção de enfermeiros iranianos sobre as suas experiências de trabalho noturno mostrou que o trabalho noturno causou impactos socioculturais. Trabalhar à noite cria um efeito negativo sobre si e suas famílias. A natureza do trabalho de enfermagem, com 24 horas de cobertura a cada dia, seria um fator negativo e desanimador para a profissão de enfermagem. O estudo sugeriu que o impacto do trabalho em turnos sobre os hábitos de saúde no cotidiano das pessoas e os resultados adversos para a saúde devem ser bem compreendidos e considerados na organização de programas de turno dos enfermeiros, com especial atenção à organização do trabalho noturno ⁽⁶⁸⁾.

Os resultados deste estudo mostraram que a UER foi o local que apresentou menor percentual de absenteísmo doença e menos dias de ausências no trabalho, sendo que o local de maior absenteísmo foi o SEAMPE/CIN/HD e mais de ausências foi o CC/CCA/CME. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes com as outras lotações. Resultados semelhantes foram encontrados no Paraná, no qual os setores em que houve maior registro de ausência no trabalho por doença foram o Centro de Material, onde 91,6% dos trabalhadores apresentaram pelo menos um afastamento por doença durante o período estudado, seguido do Centro Cirúrgico ⁽⁶⁹⁾.

Um estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que envolveu 1535 profissionais que apresentaram taxa de absenteísmo maior que zero, evidenciou que os trabalhadores lotados nas áreas de Pediatria, Clínica Médica, Materno-infantil, Terapia Intensiva e Cirurgia apresentaram taxas maiores de absenteísmo por doença⁽⁷⁰⁾. O presente estudo também realizado em um hospital universitário, que envolveu 645 trabalhadores, não encontrou diferenças estatisticamente significantes entre as diferentes áreas clínicas quando comparou os dias ausentes por doença. Há duas razões possíveis para explicar estas diferenças nos achados destes dois estudos: o estudo de Porto Alegre utilizou como índice, a taxa de absenteísmo e o de Campinas, dias ausentes. Outra justificativa é o tamanho amostral maior no estudo de Porto Alegre que conferiu à análise estatística, maior poder para identificar diferenças entre as categorias da variável .

Os aposentados que permaneceram trabalhando apresentaram mais dias de afastamento por S1. Este efeito provavelmente está associado à idade mais avançada dos trabalhadores aposentados, ainda que análise específica para testar esta associação não foi realizada neste estudo. O funcionário aposentado está sujeito às mesmas regras, à exceção dos afastamentos com mais de 15 dias consecutivos, pois, nestes casos, um funcionário não

aposentado receberia a licença por doença através do INSS, o que não ocorre com o aposentado, pois já recebe a aposentadoria pelo INSS.

Em síntese, este estudo mostrou que o maior absenteísmo associou-se à categoria profissional de auxiliar e técnico de enfermagem, ao menor grau de escolaridade e ao local de trabalho. Estes achados reforçam o entendimento de que o absenteísmo apresenta determinantes multifatoriais e complexos, que precisariam ser analisados sob a perspectiva do processo de trabalho, da cultura institucional, da saúde e bem-estar dos trabalhadores de enfermagem.

A idade do trabalhador e tempo de trabalho na instituição, independentemente de estar ou não na condição de aposentado, são fatores provavelmente interdependentes e estariam sujeitos a intervenções semelhantes.

A abordagem multifatorial do absenteísmo e sua redução em hospitais são importantes para reduzir gastos e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. É possível que aumentar a satisfação com o trabalho reduza o absenteísmo e que o menor absenteísmo promova maior satisfação no trabalho, ou seja, seria um ciclo virtuoso.

O melhor conhecimento das taxas de absenteísmo permitiria redimensionar a equipe de trabalho também pelo cálculo do Índice de Segurança Técnica do serviço, evitando assim sobrecarga na equipe devido ausências. O dimensionamento adequado da equipe de enfermagem tem um impacto positivo e mensurável nos resultados assistenciais, tais como: aumento da qualidade da assistência, redução de eventos adversos, diminuição no tempo de permanência de pacientes, redução da mortalidade e menor rotatividade de enfermeiros ⁽⁷¹⁾.

Estudo realizado com mais de cinco milhões de pacientes nos Estados Unidos, encontrou uma relação forte e consistente entre pessoal de enfermagem e cinco eventos clínicos em pacientes: infecção urinária, pneumonia, choque, hemorragia digestiva e aumento

no tempo de internação. Dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem associou-se à diminuição dos eventos, variando de 2% a 25% ⁽⁷²⁾.

Pesquisa realizada na Inglaterra mostrou que em hospitais com maior quantidade de pacientes por enfermeiro as taxas de mortalidade foram 26% mais altas do que aquelas encontradas em hospitais que apresentavam menor proporção de pacientes por enfermeiro ⁽⁷³⁾. Outra realizada em 2011, com 535 unidades de terapia intensiva na Alemanha, mostrou que a baixa relação enfermeiro-paciente associou-se a maiores riscos para o paciente e também a outras situações indicadores de estresse, tal como o absenteísmo⁽⁷⁴⁾.

A abordagem multifatorial do absenteísmo e sua redução em hospitais são essenciais para aumentar a satisfação com o trabalho, reduzir gastos econômicos e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

Trabalhadores submetidos à alta exigência no ambiente laboral apresentaram maiores chances de desenvolver dor musculoesquelética em algumas regiões do corpo, do que aqueles classificados como de baixa exigência⁽⁷⁵⁾.

Embora a adequação do quadro de profissionais de enfermagem acarrete elevação dos custos operacionais, este pode contribuir para a diminuição dos gastos advindos de resultados negativos da assistência prestada aos pacientes, em decorrência da insuficiência numérica e/ou qualitativa de profissionais ⁽⁷⁶⁾.

Estudo realizado no sul do Brasil demonstrou que o aumento do número de pacientes atribuídos à equipe de enfermagem por dia foi significativamente associado com o aumento da incidência de quedas do leito, incidência de infecções associadas ao cateter venoso central, absenteísmo e rotatividade de profissionais. Também se evidenciou que o maior número de pacientes atribuídos aos auxiliares/técnicos de enfermagem por dia está relacionado à menor taxa de satisfação dos pacientes com a equipe de enfermagem⁽⁷⁷⁾.

Ainda que o custo com adequação quantitativa de profissionais aumente, pode-se realizar programas de prevenção a patologias voltadas ao trabalho, podendo reduzir as taxas de absenteísmo no ambiente de trabalho.

O custo benefício de programas de prevenção primária para a saúde mental no local de trabalho, o programa participativo de melhoria do ambiente de trabalho e do programa de orientação do gerenciamento de estresse no indivíduo, mostrou melhor custo-benefício. Os programas de prevenção primária para a saúde mental no local de trabalho são economicamente positivo para os empregadores e satisfatório para os trabalhadores⁽⁷⁸⁾.

Em contrapartida, estudo italiano confirmou que os trabalhadores expostos ao assédio moral em um ambiente de trabalho relataram índices mais elevados de absenteísmo doença, em comparação com indivíduos não-expostos, também deve-se considerar quando um ambiente de trabalho é altamente estressante. Os resultados do estudo indicam que o assédio moral no local de trabalho pode ser visto como uma condição de estresse extremo⁽⁷⁹⁾.

A coordenação dos serviços de enfermagem devem envolver os trabalhadores na realização do planejamento e nas tomadas de decisões para que haja um comprometimento da equipe e o trabalhador sinta-se como parte fundamental e responsável pelos processos de trabalho. A revisão dos processos de trabalho também se faz necessária para que o trabalhador perceba a importância das suas atividades laborais, proporcionando maior satisfação no trabalho.

Os líderes eficazes apresentam menores dias de ausência por doença e episódios curtos de ausência de doença em suas equipes. Eficácia na liderança foi associada com menos dias e menos episódios curtos de ausência de doença. Enfermeiros gestores eficazes tem menor taxas de absenteísmo doença a curto prazo em suas equipes de enfermagem⁽⁸⁰⁾.

Os supervisores geralmente desempenham um papel importante na gestão do absenteísmo doença⁽⁸¹⁾. Processos de mudança bem planejados, com uma estrutura clara para o envolvimento dos trabalhadores nas mudanças, agentes com papel ativo na implementação das mudanças estão associados a baixo absenteísmo doença. Conhecimento sobre boa gestão e consciência sobre as situações que criam vulnerabilidade pode ser usada para melhorar futuras intervenções no local de trabalho, a fim de proteger e promover a saúde dos funcionários⁽⁸²⁾.

Estudo realizado nos EUA em 3.941 lares de idosos em 2007, para examinar *turnover* e absenteísmo, encontrou que uma média de 68% dos lares de idosos relatou o uso de atribuição consistente (modelo de cuidado que os mesmos cuidadores cuidam dos mesmos moradores sempre que possível quando estão de plantão), com 28% dos lares de idosos, utilizando atribuição consistente na frequência recomendada de 85% (ou mais). Lares que utilizam níveis recomendados de atribuição consistente tinham significativamente menores taxas de rotatividade e de absenteísmo dos auxiliares de enfermagem. Nas análises multivariadas, a atribuição consistente foi significativamente associada com a menor rotatividade e menor absenteísmo ($p < 0,01$)⁽⁸³⁾.

Outro aspecto a ser considerado é a atuação da medicina do trabalho, que deve desenvolver programas para monitoramento do absenteísmo doença e criação de programas que propiciem acompanhamento da saúde destes trabalhadores que apresentam afastamento por doença.

Apesar deste estudo não considerar as causas do absenteísmo doença, pesquisas revelam que a prevalência dos afastamentos da equipe de enfermagem é referente às doenças osteomusculares e psiquiátricas. Doenças osteomusculares e distúrbios psíquicos leves apresentaram significância estatística com poucos dias de ausência⁽⁶²⁾. Pesquisa realizada com servidores públicos estaduais demonstrou elevada prevalência de afastamentos por transtornos mentais, especialmente os transtornos depressivos. Os transtornos de humor corresponderam à grande proporção dos afastamentos (40%)⁽⁸⁴⁾.

A redução de experiências de trabalho estressantes por meio de programas de prevenção do stress ou outras intervenções de gestão de stress pode ser uma opção para aumentar o bem-estar pessoal no local de trabalho. O apoio social, satisfazendo as relações de trabalho e confiança organizacional é capaz de reduzir os sintomas de estresse. Outras possíveis intervenções ao nível interpessoal abordam a melhoria da liderança ou de prestação de estima recompensa, bem como a capacidade de supervisão. A redução das hierarquias formais poderia promover o apoio social. No nível estrutural, as inovações na organização do trabalho, os sistemas salariais compensatórias ou modelos de partilha de ganho poderia ser implementado, são eficazes na prevenção de problemas de saúde mental e melhorar as condições de trabalho em ambiente hospitalar⁽⁸⁵⁾.

Pesquisa realizada na Alemanha observou efeitos de um programa de gestão de saúde ocupacional com foco na autoeficácia e autogestão de pessoas comparando um grupo de intervenção e dois grupos controle. Participantes do programa indicaram que haviam aprendido melhores formas de enfrentamento e de comunicação e que tinham gerado intenções específicas para fazer mudanças em seu ambiente de trabalho. A taxa de absentismo por doença no grupo de intervenção diminuiu de 9,26% para 7,93% no ano após o programa, enquanto que ao mesmo tempo, houve um aumento de 7,9% e 10,7% nos dois grupos controle⁽⁸⁶⁾.

Os resultados obtidos sinalizam a necessidade da realização de novos estudos para verificar a representação das variáveis que podem estar envolvidas nos dados encontrados.

Como limitações de estudo destaca-se o fato de ser retrospectivo, pois não possibilita alteração na forma de obter os dados. O RH faz a coleta dos dados para fins gerenciais e não de pesquisa. Se este estudo fosse realizado prospectivamente, os dados seriam organizados de acordo como é categorizado o absenteísmo, ou seja, em cinco categorias.

Outra fragilidade é que para o cálculo do absenteísmo há diferentes fórmulas disponíveis o que dificulta comparações entre os estudos e o próprio cálculo do absenteísmo devido aos dados disponíveis.

Pela abordagem quantitativa adotada no estudo e por ser um estudo retrospectivo não foi possível identificar se a causa do absenteísmo doença realmente foi devido à doença limitante ao trabalho ou causas motivacionais.

Considerando o turno de trabalho como fator que pode contribuir para o comprometimento da saúde do trabalhador, sugere-se que os trabalhadores sejam alocados de acordo com o turno de trabalho de sua preferência, atendendo suas preferências de folgas e férias, quando possível, e adequar os horários das escalas de trabalho.

Estudo realizado na Suécia para averiguar as estratégias, procedimentos ou princípios relacionados à justiça organizacional em empresas com uma baixa incidência de absenteísmo. Além disso, poderia ser usada para aumentar a compreensão dos fatores organizacionais e gerenciais para as empresas com um baixo índice de absenteísmo. A abordagem de justiça organizacional para gestão pode ser utilizado com sucesso na redução do absenteísmo, mudanças nas organizações e promoção de empresas saudáveis e prósperas⁽⁸⁷⁾.

Outro estudo sueco identificou como fatores que caracterizavam as estratégias das empresas com baixos níveis de doença e procedimentos para a gestão: a liderança, programas

de desenvolvimento de funcionários, comunicação, envolvimento e participação dos trabalhadores, valores e visões corporativas e de saúde do empregado. Os resultados sugerem que as estratégias explícitas para gerenciar determinados fatores organizacionais podem reduzir o absenteísmo doença e ajudar as empresas a desenvolver estratégias de promoção à saúde⁽⁸⁸⁾.

O uso de recompensas ao funcionário que mais se destaca na equipe, incluindo bonificações e premiações com folgas ou preferência na escolha das férias, também é utilizado em vários ramos profissionais com considerável aceitação. As empresas devem adequar o tipo de prêmio a ser concedido em acordo com seus funcionários, proporcionando assim maior contato do trabalhador com os seus gerentes ⁽⁸⁹⁾.

A implementação de programas de treinamento físico pode produzir resultados positivos em termos de redução do absenteísmo entre enfermeiros hospitalares. Estabelecimento de trabalho mais flexível às mudanças também podem reduzir as taxas de absenteísmo, embora sejam necessários estudos mais uma vez com amostras maiores. Programas voltados para a gestão da mudança desenvolvido por enfermeiras, a gestão participativa das relações profissionais, o apoio fornecido pelos supervisores que se opõem à estilos de liderança hierárquica, e complementos salariais que recompensem a ausência do absenteísmo também pode reduzir estes tipos de indicadores. O absenteísmo pode ser considerado como resultado final e consequência do nível de satisfação no trabalho. A eficácia das intervenções para reduzir o absenteísmo entre os enfermeiros do hospital, sem dúvida, dependerá em grande parte da capacidade destas intervenções para aumentar a satisfação no trabalho⁽⁹⁰⁾.

Como visto anteriormente o absenteísmo doença é composto por aspectos multifatoriais e complexos, portanto, as intervenções devem ser realizadas sob a perspectiva da atenuação dos fatores que podem gerá-lo.

CONCLUSÃO

A maioria da equipe de enfermagem do hospital 86% era do sexo feminino e 61% tinha idade entre 30 e 49 anos. A média e mediana da idade dos trabalhadores foram, respectivamente, 41,9 e 42 anos, sendo que o mais velho tinha 69 anos. Quanto ao estado civil, 47% dos profissionais eram casados e, 41%, solteiros. Como dois terços da equipe era composta por técnicos de enfermagem, a escolaridade dominante foi ensino médio. Uma minoria tinha apenas o ensino fundamental e correspondeu aos auxiliares de enfermagem.

Metade da equipe trabalhava há até nove anos na instituição e, portanto, a mediana do tempo de trabalho foi nove anos, e a média, de 11,4 anos. O local com maior número de profissionais foi o Serviço de Internação Adulto (SEMC/SEETTP) com cerca de um terço da equipe, seguido pelo Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado (CC/CCA/CME) e pelas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

O turno noturno continha maior número de profissionais, seguido pelos turnos matutino e vespertino. Um em cada seis profissionais de enfermagem exercia suas atividades em horário administrativo. Na amostra estudada, 8% dos funcionários já tinham se aposentado pelo INSS, porém continuavam trabalhando.

Quase metade dos trabalhadores com até 29 anos apresentaram pelo menos um afastamento, o que correspondeu a cerca de dois terços para os trabalhadores com mais de 30

anos. A proporção de trabalhadores que apresentou pelo menos um afastamento aumentou com aumento da idade.

Os profissionais com até quatro anos de trabalho na instituição apresentaram menor percentual de afastamentos que qualquer outro grupo etário, enquanto que aqueles que já se aposentaram e continuaram trabalhando apresentaram maiores percentuais.

Os profissionais com ensino superior apresentaram menor percentual de afastamentos e aqueles com apenas ensino fundamental maior percentual. Não se observou variação significativa dos percentuais de trabalhadores com afastamentos em função do sexo e do estado civil.

As equipes de enfermagem do turno noturno e do horário administrativo tiveram médias de dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração, respectivamente, de 8,2 e 8,5 dias, enquanto que a mediana foi de quatro dias para as duas equipes. Estes valores foram maiores do que aqueles obtidos para as equipes dos turnos matutino e vespertino. Esta diferença ocorreu porque uma proporção maior de profissionais destas equipes apresentou afastamentos. Na análise realizada, não se detectou evidências de que a somatória de dias afastados de cada trabalhador variou em função do turno de trabalho.

As equipes de enfermagem lotada nos serviços de Enfermagem em Ambulatórios e Procedimentos Especializados/Centro Integrado de Nefrologia/Hospital Dia (SEAMPE/CIN/HD) e no Centro Cirúrgico/Central de Material Esterilizado (CC/CCA/CME) tiveram média de dias ausentes por afastamentos com até 15 dias de duração, respectivamente, de 9,4 e 9,1 dias, enquanto que a mediana foi de cinco dias para as duas equipes. Estes valores foram maiores do que aqueles obtidos para as equipes dos demais serviços do hospital. Semelhante ao observado na análise por turnos de trabalho, esta diferença ocorreu porque maior proporção de profissionais destas equipes apresentou afastamentos. Na análise realizada, não se detectou

evidências de que a somatória de dias afastados de cada trabalhador destas equipes fosse maior em relação aos trabalhadores das outras equipes.

Em síntese, este estudo mostrou que o maior absenteísmo esteve associado ao grupo etário de 30 à 39 anos, tempo de trabalho na instituição, categoria profissional, grau de escolaridade e local de trabalho. Estes achados nos permitem inferir que o absenteísmo apresenta determinantes multifatoriais, dentre os quais a idade parece destacar. Assim, é importante que os gestores tenham conhecimento e analisem as taxas e as possíveis causas do absenteísmo a fim de desenvolver e realizar ações e intervenções que qualifiquem a gestão das pessoas, tendo como um dos produtos a redução dos afastamentos por doença, o que contribuiria para otimização dos recursos institucionais.

Secundariamente, a análise do absenteísmo gera indicadores que permitiria ajustar o dimensionamento do quadro profissional, evitando sobrecarga de trabalho e garantindo a segurança do cuidado ao paciente. Estas ações gerenciais são relevantes em hospital de alta demanda e que atua com pacientes graves.

Por fim, seja pela qualificação da gestão e do ambiente de trabalho, seja pelo redimensionamento do quadro, os beneficiados seriam os trabalhadores, pacientes e a instituição.

REFERÊNCIAS

1. Barboza DB; Soler ZASG. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. Rev. Latino Am. Enfermagem, Mar 2003, 11(2): p.177-183.
2. Silva VEF. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese de doutoramento]. São Paulo: USP, 1996. 260p.
3. Sancinetti TR; Gaidzinski RR; Felli VEA; Fugulin FMT; Baptista PCP; Ciampone MHT et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. Rev Esc Enferm USP 2009; 43 (2): 1277-83.
4. Becker SG; Oliveira MLC. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. Rev Latino Am. Enfermagem 2008 jan-fev; 16(1):109-114.
5. Batista JM; Juliani CMCM; Ayres JA. O processo de readaptacao funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. Revista Latino Am. Enfermagem 2010, jan-fev; 18(1): 87-93.

6. Lorenz VR; Benatti MCC; Sabino MO. Burnout e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. *Revista Latino Am. Enfermagem* 2010 nov-dez,18(6): 1084-91.
7. Kuokkanen L; Suominen T; Rankinen S; Kukkurainen M; Savikko N; Doran D. Organizational change and work-related empowerment. *Journal of Nursing Management* 2007; 15: 500-507.
8. Trindade LL; Lautert L; Beck CLC. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. *Revista Latino Am. Enfermagem* 2009, set-out; 17(5): 607-612.
9. Chiavenato I. *Gestão de pessoas*. 3ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Elsevier Campus; 2008.
10. Brasil, Ministério da Previdência Social, Portal Previdência Social. Acesso em 27/05/2013 em http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_121023-162858-947.pdf
11. Sala A; Carro ARL; Correa NA; Seixas PHDA. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cad. Saúde Pública* 2009, out, 25(10):2168-2178.
12. Convenção nº 161. Organização Internacional do Trabalho. “Convenções da OIT” de Arnaldo Süsskind, 2ª edição, 1998. 338p. [acesso em 25 de janeiro 2012]. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/convencao-n-161.htm>
13. Ferreira ABH. *Dicionário Eletrônico Aurélio Século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira e Lexikon Informática, 1999. Versão 3.0. 1 CD-ROM
14. Chiavenato I. *Recursos Humanos – o capital humano das organizações*. 9 edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

15. Quick TC; Lapertosa JB. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. Rev Bras Saúde Ocup.1982;10(40):62-7.
16. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [Tese – Livre Docência]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo;1998.
17. Laus AM; Anselmi ML. Ausências dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(4):681-9.
18. Programa de Qualidade hospitalar (CQH). 3º Caderno de Indicadores. Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). São Paulo: APM/CREMESP, 2009, 92 p.
19. Sancinetti TR; Gaidzinski RR; Felli VEA; Fugulin FMT; Baptista PCP; Ciampone MHT et al. Absenteísmo - doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. Rev Esc Enferm USP 2009; 43 (2):1277-83.
20. Abranches SS. A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em uma unidade básica de saúde [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
21. Pai DD; Lautert L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. Rev Latino Am. Enfermagem 2008, mai-jun; 16(3): 439-44.
22. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM [acesso em 01de maio de 2012. Disponível em URL: <http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>.
23. Nascimento GM. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma Unidade Básica e Distrital de saúde do município de Ribeirão Preto [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

- 24.** Inoue KC; Matsuda LM; Silva DMPP; Uchimura TT; Mathias TAF. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Brasileira de Enfermagem* 2008 mar-abr; 61(2): 209-14.
- 25.** Barboza, MCN. A relação do absenteísmo com o ambiente de trabalho e sua interferência no cuidado de enfermagem. [Dissertação de mestrado] Rio Grande, 2010, 129 páginas.
- 26.** Unruh L; Joseph L; Strickland M. Nurse absenteeism and workload: negative effect on restraint use, incident reports and mortality. *Journal of Advanced Nursing* 2007, 60: 673-681.
- 27.** Davey MM; Cummings G; Newburn-Cook CV; Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management* 2009; 17: 312-30.
- 28.** Moreno LC. Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- 29.** Dembe AE; Erickson JB; Delbos RG; Banks SM. The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: new evidence from the United States. *Occup Environ Med* 2005; 62:588–597.
- 30.** Rahuala A; Kivimaki M; Fagerstrom L et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the Rafaela patient classification system. *Journ of Adv Nursing* 2007; 57: 286-295.
- 31.** Junkes MB; Pessoa VF. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. *Rev. Latino Am. Enfermagem* 2010, mai-jun; 18(3): 406-12.

32. Martinato MCNB; Severo DF; Marchand EAA; Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm 2010 mar; 31(1):160-6.
33. Belém JHR, Gaidzinski RR. Estudo das ausências da equipe de enfermagem. Rev Bras Enferm 1998; 51(4): 697-708.
34. Silva DPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev. Latino Am. Enfermagem 2000; 8 (5):44-51.
35. Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. Rev Saúde Pública 2005 ago; 39(4):669-76.
36. Canadian Institute for Health Information (2006). The 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses. [Acesso em 22 fev. 2012]. Disponível em URL: http://www.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/NS_SummRep06_ENG.pdf.
37. Canadian Institute for Health Information (2007). Canada's Health Care Providers. [Acesso em 22 fev. 2012]. Disponível em: URL: http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCPProviders_07_EN_final.pdf.
38. Rajbhandary S; Basu K. Working conditions of nurses and absenteeism: is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. Health Policy 2010; 97: 152-159.
39. Zboril-Benson LR. Why nurses are calling in sick: the impact of health-care restructuring. Canadian J Nurs Res. 2002; 33(4):89-107.
40. Cucolo DF; Perroca MG. Absenteeism in the nursing team in surgical-clinical units of a philanthropic hospital. Acta Paul Enferm. 2008; 21(3):454-9.
41. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem

nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Rio de Janeiro; 2004.

42. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 189/ 1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (CORENSP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo; 2001. p. 144-51.

43. Gaudine A; Gregory C. The accuracy of nurses estimates of their absenteeism. Journal of Nursing Management 2010; 18: 599-605.

44. Cucolo DF; Perroca MG. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. Rev. Latino Am. Enfermagem 2010 mar-abr; 18(2):175-181.

45. LoBiondo-Wood G; Haber J. Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan S.A.; 2001 330p.

46. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Portal Hospital de Clinicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2012.[acesso em 30 abril 2012]. Disponível em URL: <http://www.hc.unicamp.br>.

47. Pagano M; Gauvreau K. Princípios da bioestatística. Ed. Thomson. São Paulo, 2004, 506 p.

48. Siegel S; Castellan NJ. Non parametric statistics for the behavioural sciences. MacGraw Hill Int, New York, 1988, pp 213-214.

49. SAS/STAT® User's Guide, Version 9.2, Cary, NC, USA: SAS Institute Inc., 2008.

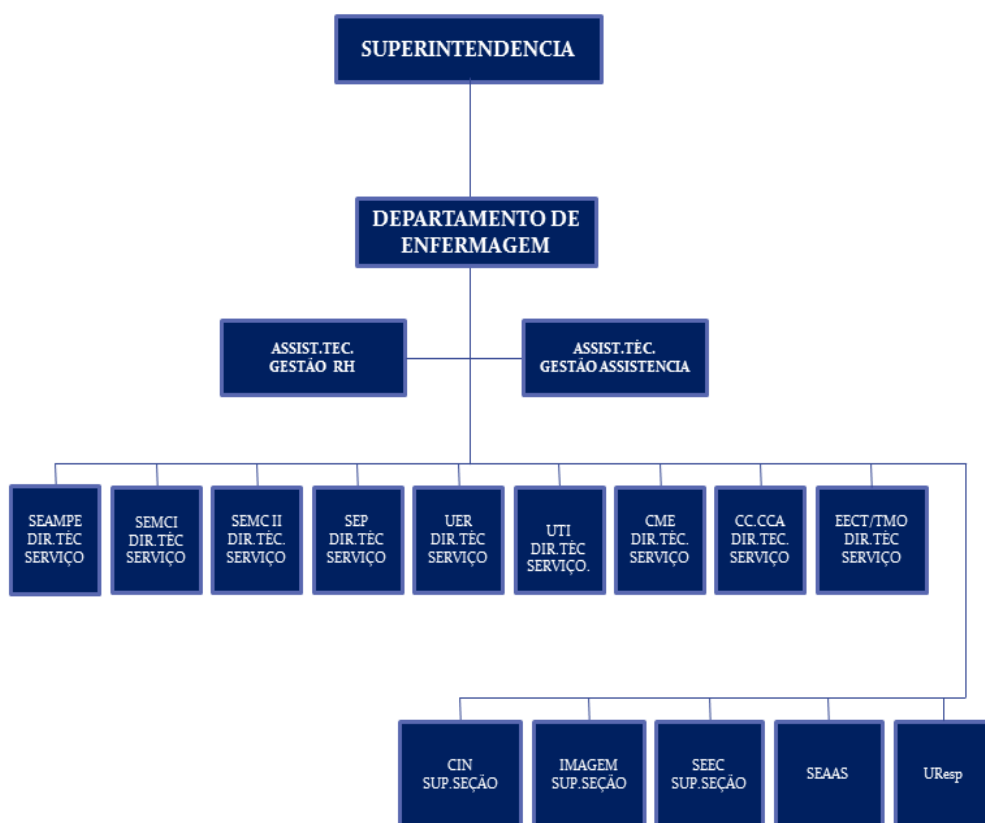
- 50.** Mehta CR; Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. JASA, 1983; 78(382):427-434.
- 51.** Hosmer Jr DW; Lemeshow S. Applied Logistic Regression, 2 ed., New York: John Willey & Sons, 2000.
- 52.** Stumm EMF; Scapin D; Fogliatto L; Kirchner RM; Hildebrandt LM. Qualidade de vida, estresse e repercussões na assistência: equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Rev Textos Contextos, 2009, jan-jun; 8(1):140-55.
- 53.** Magnago TSBS; Lisboa MTL; Griep RH; Kirchhof ALC; Guido LA. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino Am. Enfermagem, mai-jun 2010; 18(3).
- 54.** Hilleshein EF; Souza LM; Lautert L; Paz AA; Catalan VM; Teixeira MG; Mello DB. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):509-15.
- 55.** Meneghini F; Paz AA; Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2011, abr-jun; 20(2): 225-33.
- 56.** Martinez MC; Latorre MRDO; Fischer FM. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. Ciênc Saúde Colet. 2010, 15(1):1553-61.
- 57.** Cucolo DF; Perroca MG. Ausências na equipe de enfermagem em unidades de clínica médico-cirúrgica de um hospital filantrópico. Acta Paul Enferm 2008; 21(3):454-9.
- 58.** Shiels C; Gabbay MB; Ford FM. Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. British Journal of General Practice 2004, february; 54(499): 86–91

- 59.** Wier MF; Dongen JM; Tulder MW. Worksite physical activity and nutrition programmes: beneficial to our health and wallet? *Ned Tijdschr Geneesk*, 2013, 157 (6).
- 60.** Birdee GS; Byrne DW; McGown PW; Rothman RL; Rolando LA; Holmes MC; Yarbrough MI. Relationship between physical inactivity and health characteristics among participants in an employee-wellness program. *J Occup Environ Med*. 2013, april.
- 61.** Bos JT; Donders NCGM ; Schouteten RLJ; Gulden JWJ. Age as a moderator in the relationship between work-related characteristics, job dissatisfaction and need for recovery. *Ergonomics*, 2013 (publicado on line em 08/05/2013). DOI: 10.1080/00140139.2013.789553
- 62.** Ferreira RC; Griep RH; Fonseca MJM; Rotenberg L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(2):259-68.
- 63.** Elias MA; Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino Am. Enfermagem* 2006, jul-ago; 14(4):517-25.
- 64.** Godoy SCB. Absenteísmo-doença entre funcionários de um hospital universitário [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da UFMG; 2001.
- 65.** Klein J. Presenteeism, Absenteeism and Psychosocial Stress at Work among German Clinicians in Surgery. *Gesundheitswesen*. 2013, jan. DOI: 10.1055/s-0032-1331720.
- 66.** Barbosa RMC. O processo de readaptação profissional em um hospital público: percepção dos trabalhadores de enfermagem portadores de doenças osteomusculares. [Dissertação] Belo Horizonte (BH): Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

- 67.** Gutiérrez JJB, González AR, Ábalos MAG, Herrera AA, Rivera JCMA, González AA. Efecto de la implantación de turnos de enfermería «a demanda» sobre las horas de absentismo. *Gac Sanit.* 2012; 26(5):480–482.
- 68.** Nasrabadi AN; Seif H; Latifi M; Rasoolzadeh N, Emami A. Night shift work experiences among Iranian nurses: a qualitative study. *International Nursing Review* 2009 Dez; 56 (4):498-503.
- 69.** Silva DMPP; Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev.Latino Am. enfermagem - Ribeirão Preto - v.8 - n.5 - p.44-51 - outubro 2000.*
- 70.** Riboldi CO. Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do hospital de clínicas de Porto Alegre [Dissertação]. Porto Alegre, 2008.
- 71.** Curtin LL. An integrated analysis of nurse staffing and related variables: effects on patients outcomes. *Online J Issues Nurs.* 2003;8(3):5.
- 72.** Needleman J; Buerhaus P; Mattkes S; Zelevinsky K. Nurse--staffing levels and quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine* 2002;346(22):1715-22.
- 73.** Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in England hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies* 2007 febr, 44(2):175-82.
- 74.** Isfort M. Influence of personnel staffing on patient care and nursing in German intensive care units. Descriptive study on aspects of patient safety and stress indicators of nursing. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2013 Feb;108(1):71-77.

- 75.** Magnago TSBS; Lisboa MTL; Griep RH; Kirchhof ALC; Laura de Azevedo Guido LA. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino Am. Enfermagem 2010, mai-jun, 18(3).
- 76.** Fugulin FMT; Lima AFC; Castilho V; Bochembuzio L; Costa JA; Castro L; Silva NCL; Gaidzinski RR. Custo da adequação quantitativa de profissionais de enfermagem em Unidade Neonatal. Rev Esc Enferm USP 2011; 45:1582-8.
- 77.** Magalhães AMM; Dall'Agnol CM; Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem, jan-fev 2013, vol.21, n.spe, pp. 146-154.
- 78.** Yoshimura K; Kawakami N; Tsusumi U; Inoue A; Kobayashi Y; Takeuchi U; Fukuda T. Cost-benefit analysis of primary prevention programs for mental health at the workplace in Japan. Sangyo Eiseigaku Zasshi 2013 Feb; 55 (1) :11-24.
- 79.** Campanini P; Conway PM; Neri L; Punzi S; Camerino D; Costa G. Workplace bullying and sickness absenteeism. Epidemiol Prev. 2.013 Jan-Feb; 37 (1): 8-16.
- 80.** Schreuder JA; Roelen CA; Van Zweeden NF; Jongsma D; Van der Klink JJ; Groothoff JW. Leadership effectiveness and recorded sickness absence among nursing staff: a cross-sectional pilot study. Journal of Nursing Management 2011, 19: 585 -595.
- 81.** Schreuder JA; Roelen CA; van der Klink JJ; Groothoff JW. Characteristics of zero-absenteeism in hospital care. Occupational Medicine 2013 Jun; 63(4):266-73.
- 82.** Baltzer M, Westerlund H, Backhans M, Melinder K. Involvement and structure: a qualitative study of organizational change and sickness absence among women in the public sector in Sweden. BMC Public Health. 2011 May; 16;11:318.

- 83.** Castle NG. Consistent assignment of nurse aides: association with turnover and absenteeism. *Journal of Aging and Social Policy* 2013; 25(1):48-64.
- 84.** Cruz CRB; Shirassu MM; Barbosa PLQ; Santana AMR. Transtornos mentais como causa de absenteísmo entre servidores públicos em São Paulo. *Revista de psiquiatria clínica* 2011, 38(6): 265-266.
- 85.** Klein J; Frie KG; Blum K; von dem Knesebeck O. Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Services Research* 2011 may; 11: 109.
- 86.** Linden M; Muschalla B; Hansmeier T; Sandner G. Reduction of sickness absence by an occupational health care management program focusing on self-efficacy and self-management. *Work*. 2013 Mar 26 . DOI 10.3233/WOR-131616
- 87.** Stoetzer L; Aborg C; Johansson L; Svartengren m. Organization, relational justice and absenteeism. *Work* 2013 Mar 26. DOI 10.3233/WOR-131624.
- 88.** Stoetzer L; Bergman P; Aborg C; Johansson L; Ahlberg L; Parmund M; Svartengren M. Organizational factors related to low levels of sickness absence in a representative set of Swedish companies. *Work*, 2012 13 sep. DOI 10.3233/wor-2012-1472.
- 89.** Appolinário RS. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 jan-mar; 16(1):83-7.
- 90.** Blanca-Gutiérrez JJ, et al. Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermeira hospitalario. *Gac Sanit.* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.006>)

ANEXOS**ANEXO 1 : Estrutura Organizacional do Departamento de Enfermagem**

Anexo 2: Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

www.fcm.unicamp.br/etica/pesquisa

CEP: 23/08/11
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 849/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências relativas a este projeto).
CAAE: 0765.0.146.000-1

I - IDENTIFICAÇÃO.

PROJETO: "ABSENTEÍSMO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE HOSPITAL PÚBLICO."

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Eliete Boaventura Bargas

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas / UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 12/08/2011

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 23/08/12 (O formulário encontra-se no site acima).

II - OBJETIVOS

Analisar o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público do interior do Estado de São Paulo. Avaliar o absenteísmo nos diversos setores do hospital universitário segundo sexo, faixa etária, escolaridade, tempo de trabalho na instituição, turno de trabalho, função, regime de trabalho, vínculo empregatício, local de trabalho e período de afastamento.

III - SUMÁRIO

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória realizada em um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo com 400 leitos ativos. Será realizado estudo do absenteísmo nos anos de 2010 e 2011 entre os funcionários de enfermagem. Serão analisados os dados referente ao absenteísmo nos diversos setores do hospital universitário segundo sexo, faixa etária, escolaridade, tempo de trabalho na instituição, turno de trabalho, função, regime de trabalho, vínculo empregatício, local de trabalho e período de afastamento. Será realizada a inserção no sistema e planilha de justificativa de ausências dos trabalhadores, obtidos junto à Divisão de Recursos Humanos, referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010 e 2011.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto apresenta Carta de solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que os dados serão coletados junto ao Recursos Humanos/HC/Unicamp e as informações não implicarão prejuízo para o trabalhador e não haverá alteração da rotina em relação aos procedimentos com os trabalhadores. Apresenta Bibliografia, Apresenta informe referente ao Orçamento no valor de R\$66,00 que será de responsabilidade do pesquisador. O estudo não apresenta quaisquer riscos à dimensão humana, social ou psicobiológica de nenhum indivíduo ou organização.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

A O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.i) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de agosto de 2011.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

APÊNDICES**APÊNDICE 1:** Caracterização do perfil sociodemográfico

Matrícula	Faixa Etária	Sexo	Estado Civil	Escolaridade

APÊNDICE 2: Caracterização das características do trabalho

Matrícula	Setor	Turno	Função	Vínculo	S1 (Dias)	Data Contratação