



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

PROPOSTA DE ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO 3º ANDAR DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Berenice Benta da Rocha

Orientador: Prof^a MSc Alexandra Jochims Kruel

Porto Alegre, 2010

BERENICE BENTA DA ROCHA

**PROPOSTA DE ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO NAS UNIDADES DE INTERNA-
ÇÃO DO 3º ANDAR DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceira da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Prof^a MSc Alexandra Jochims Kruehl

Porto Alegre

2010

Dedico este trabalho aos meus familiares em especial à minha filha Bruna pelo incentivo e compreensão, à professora Alexandra, minha orientadora, pela paciência, estímulo e dedicação contribuindo de forma significativa para a elaboração deste projeto.

*Sê humilde se quiseres adquirir sabedoria.
Sê ainda mais humilde quando a tiveres
adquirido.*

(Helena P. Blavaisky)

RESUMO

Este projeto propõe a realização de uma pesquisa exploratório-descritiva a respeito dos índices e causas do absenteísmo nas unidades de internação do 3º andar do Hospital Nossa Senhora da Conceição – HNSC, do Grupo Hospitalar Conceição, objetivando analisar a incidência de absenteísmo pela identificação dos fatores predisponentes e a apresentação de propostas para amenização desses fatores. Foi motivado pela constatação de consideráveis índices de faltas ao trabalho no quadro de enfermagem do 3º andar do HNSC, especialmente na equipe de Enfermagem da Medicina Interna. A pesquisa será realizada pelo método *survey*, um levantamento de dados por meio da aplicação de um questionário com questões objetivas e discursivas pertinentes ao trabalho que o funcionário exerce no HNSC. Os dados serão analisados por estatística inferencial e, a partir dos resultados, serão feitas propostas de atuação.

Palavras-chave: absenteísmo, organização do trabalho, condições de trabalho, trabalho de enfermagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela1- Evolução média de absenteísmo – 3º andar GUI/HNSC – ano 2009.....	09
Tabela 2: Constituição do quadro de enfermagem do 3º andar GUI/HNSC – ano 2010.....	22

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GUI	Gerência de Unidades de Internação
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
IST	Índice de Segurança Técnica
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
1.1	Objetivo Geral	10
1.2	Objetivos Específicos	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1	Absenteísmo	11
2.2	O Trabalho de Enfermagem	13
2.3	O absenteísmo no trabalho de enfermagem hospitalar	16
3	O CONTEXTO DA PESQUISA: A INSTITUIÇÃO E O LOCAL DE ESTU- DOS	18
3.1	O terceiro andar do HNSC	20
4	METODOLOGIA	22
4.1	População de estudo e amostra	22
4.2	Coleta de dados	23
4.3	Validade do instrumento para coleta de dados	23
4.4	Análise dos dados	24
4.5	Aspectos éticos	24
4.6	Divulgação	24
4.7	Cronograma do projeto	25
4.8	Cronograma de execução da pesquisa após as devidas autorizações (Comitê de Ética e Chefias)	25
4.9	Orçamento previsto	26
	REFERÊNCIAS	27
	ANEXOS	30
a.	Questionário	30
b.	Termo de consentimento livre e esclarecido	34

1 INTRODUÇÃO

Trabalho no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) desde 1986, quando ingressei, mediante processo seletivo público, como técnica em enfermagem, atuando inicialmente na maternidade, passando por vários outros setores até 1990, quando me formei em Enfermagem e passei a atuar como Enfermeira, inicialmente no Setor de Hemodiálise. Permaneci na Hemodiálise por aproximadamente dois anos, quando fui transferida para o Setor de Pneumologia, onde fiquei por oito anos, no expediente diurno, até ser designada para o período noturno, em regime de plantão, onde permaneci por dois anos. Em meados de 2000, fui transferida para a Unidade de Internação de Medicina Interna/3ºD, também em regime de plantão noturno. Há dois anos venho acumulando a supervisão de enfermagem das Unidades 3º D e 3º DI. A atuação consiste na supervisão de 10 auxiliares e 1 técnico de enfermagem e nos cuidados específicos a 44 leitos (29 no Posto 3º D e 15 no Posto 3º DI).

Venho percebendo uma considerável incidência de afastamento do trabalho por parte de colegas da área de enfermagem, aparentemente superior ao de outras categorias profissionais. Na equipe de Medicina Interna, o índice de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem é significativo, em comparação com outras equipes do 3º andar do HNSC, com a Gerência de Internação do HNSC, com o índice do HNSC e do GHC como um todo, conforme se pode observar na tabela a seguir:

Tabela 1: Evolução média de absenteísmo – 3º andar GUI/HNSC – ano 2009

Evolução média de absenteísmo 3º andar GUI/HNSC – ano 2009												
Equipes	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
3º A	2,81	1,52	0,59	1,73	1,61	3,84	1,88	2,69	4,57	5,67	0,99	1,06
Endócrino	1,48	1,17	1,9	5,62	1,13	2,65	4,24	3,99	4,95	6,7	1,74	1,87
Medicina Interna	3,23	3,33	4,88	5,03	4,53	5,53	6,29	6,38	6,58	5,56	3,34	3,57
Cirurgia Vascular	2,81	3,49	3,27	4,53	3,28	5,53	4,6	5,84	6,95	5,13	2,73	3,2
Urologia	3,01	2,74	2,16	2,8	1,94	2,53	2,47	3,52	4,82	1,53	1,65	2,37
Ger. Internação/HNSC	2,69	2,9	2,49	3,01	3,35	3,71	3,6	4,05	4,3	3,79	2,94	2,5
HNSC	3,06	2,95	2,66	3,34	3,53	4,06	3,86	4,81	5,05	3,8	3,64	3,09
GHC	3,07	2,93	2,59	3,4	3,81	3,88	3,76	4,82	5,06	3,8	3,78	3,12

Fonte: GHC Sistemas Administrativos, 2010

A ausência de um trabalhador de enfermagem no local de trabalho acarreta em conseqüências para a chefia, para os colegas deste trabalhador e para os usuários do serviço ao qual estes trabalhadores pertencem: sua falta impõe à chefia uma imediata providência no tocante à continuidade das tarefas de responsabilidade do trabalhador faltante, em primeiro lugar e, em segundo, a uma alteração nas escalas de serviços. A chefia é responsável pela continuidade dos trabalhos, e resolve essa questão redistribuindo os leitos e as tarefas entre os trabalhadores presentes ou solicitando à coordenação de turno a reposição imediata de um técnico ou auxiliar. Para os colegas, ocorre sobrecarga de trabalho, seja por algum tempo – até a vinda de um funcionário para assumir a escala de tarefas do faltoso –, seja pelo plantão inteiro, quando não houver funcionários de reposição disponíveis. Para o usuário, implica na perda de qualidade do seu atendimento, em conseqüência do acima mencionado: o tempo que o trabalhador teria para se dedicar aos leitos sob sua responsabilidade deve ser reparticionado para compatibilizar o atendimento a leitos extras, em razão do acúmulo das escalas de tarefas.

Desta forma, faz-se necessário analisar, previamente, o dimensionamento dos quadros de enfermagem, ou seja, promover a adequação de pessoal em aspectos quantitativo e qualitativo, para que se possa desenvolver com qualidade os cuidados de enfermagem para um determinado número de pessoas. Nestes processos de dimensionamento de pessoal de enfermagem, é imprescindível conhecer o índice de absenteísmo, para que seja viável estabelecer o percentual necessário para a cobertura das ausências (denominado Índice de Segurança Técnica/IST), para garantir a qualidade da assistência prestada.

Considera-se também que as faltas, além de acarretarem problemas na organização do trabalho e prejudicarem a assistência de enfermagem prestada aos usuários do serviço, indicam a existência de problemas preocupantes quando relacionados às condições de saúde do trabalhador.

O absenteísmo é, enfim, um fator de preocupação constante na área de recursos humanos, e desperta-me curiosidade em analisar e verificar suas possíveis causas, para, posteriormente, buscar soluções que visem a amenizar seus índices.

Desta forma, surge a seguinte questão de pesquisa: **quais os motivos que levam os trabalhadores do 3º andar do HNSC, especialmente da equipe de Medicina Interna, a ausentar-se do trabalho?** Seria acúmulo de funções ou carga excessiva de trabalho? Tempo de atuação excessivo? Fragilidade das relações com

os colegas? Ação opressiva da chefia? Desestímulo à iniciativa própria para solução de problemas? Ambiente de trabalho? Todos esses motivos, potencialmente, levam ao absenteísmo em graus diferenciados. Além disso, pode-se supor que estes motivos geram tendência à cronicidade. Quais seriam estes, na realidade em questão?

Para buscar responder a estas questões, principalmente a questão de pesquisa, ficam definidos os objetivos abaixo:

1.1 Objetivo Geral

Identificar e analisar as causas do absenteísmo do quadro de enfermagem das Unidades de Internação do 3º andar do HNSC, especialmente da equipe de Medicina Interna.

1.2 Objetivos Específicos

Identificar os motivos que levam os profissionais de enfermagem das unidades em estudo a se ausentarem do trabalho;

Verificar o número de profissionais de enfermagem que exercem funções cumulativas e o número de profissionais que estão com carga excessiva de trabalho;

Apurar o índice de cronicidade entre os profissionais de enfermagem, através da Saúde do Trabalhador;

Avaliar o nível e a qualidade de interação entre colegas;

Avaliar a qualidade da relação entre chefes e subordinados;

Propor melhorias no ambiente e na organização do trabalho, para evitar e reduzir os índices de absenteísmo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Absenteísmo

Ao se trabalhar com o absenteísmo, é conveniente esclarecer a abordagem que é dada ao tema.

A palavra absenteísmo tem sua origem no francês *absenteïsme* e consiste em uma variação da palavra absentismo e, até meados do século XVIII, referia-se aos proprietários rurais que abandonavam o campo para viver na cidade. Com o advento da Primeira Revolução Industrial, passou a ser a definição da ausência do trabalhador no local de trabalho. Etimologicamente, significa o hábito de não comparecer a determinado lugar em determinado horário onde existam deveres e interesses próprios.

Segundo Quick e Lapertosa (1982), o absenteísmo pode ser classificado em:

- Voluntário: ausência no trabalho por razões particulares não justificadas por doença;
- Por doença: inclui todas as ausências por doença ou por procedimento médico. Excetuam-se os infortúnios profissionais (acidentes e doenças profissionais);
- Por patologia profissional: ausências por acidentes de trabalho ou doença profissional;
- Legal: faltas no serviço amparadas por leis, tais como: gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar; e
- Compulsório: impedimento ao trabalho devido a suspensão imposta pelo empregador, por prisão ou outro impedimento que não permita o trabalhador chegar ao local de trabalho.

Para Couto (1987) e Otero (1993), o absenteísmo é decorrente de um ou mais fatores causais, tais como fatores de trabalho, sociais, culturais, de personalidade e de doenças. O referido autor (COUTO, 1987) alerta que não parece existir uma relação precisa de causa e efeito, mas sim, um conjunto de variáveis que podem levar ao absenteísmo.

Segundo Bulhões (1998), o absenteísmo pode refletir tanto as condições de saúde do trabalhador, quanto as condições de vida e trabalho, os quais devem ser analisados e prevenidos.

Um aspecto importante a ser considerado é que as causas do absenteísmo nem sempre estão no trabalhador, mas também na organização e na supervisão deficientes, através da repetitividade de tarefas, da desmotivação e desestímulo, das condições desfavoráveis de ambiente e de trabalho, da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente que não visa uma política prevencionista e humanista (ALEXANDRE, 1987; COUTO, 1987; CHIAVENATO, 1994; ALVES, 1995).

Na revisão de literatura, encontramos, portanto, vários conceitos e abordagens sobre o absenteísmo, que valorizam diferentes aspectos do fenômeno. Assim, temos diversas definições para o mesmo termo.

Por exemplo as causas das ausências não previstas, de acordo com McDONALD e SHAVER (1981) podem ser classificadas em três categorias:

1. As causas intrínsecas, relacionadas à natureza e condições de trabalho. Entre elas:
 - O trabalho em si;
 - Supervisão ineficiente;
 - Sobrecarga de trabalho e exaustão física.
2. As causas extrínsecas, principalmente relacionadas às políticas de gestão de pessoas da organização, como:
 - Políticas condolentes com as faltas;
 - Falta ou inadequações de canais de comunicação da administração;
 - Falta ou inadequação de seleção, treinamento e orientação;
 - Alocação inapropriada de funcionários em setores;
 - Baixos salários e condições de trabalho.
3. As causas de personalidade, que dizem respeito ao comportamento do trabalhador:
 - Empregados que criam conflitos entre os membros do grupo;
 - Personalidades mais propensas às faltas como: hipocondríacos, imaturos, fugitivos, abusivos e desmotivados;
 - Problemas pessoais relacionados ao uso de drogas e álcool.

MEIRA (1982), por sua vez, classifica os fatores desencadeantes do absenteísmo em três tipos:

- Naturais, como condições climáticas e epidemiológicas;
- Socioeconômicos, como conjuntura econômica, sexo, idade, estado civil, categoria, tempo de empresa, condições de trabalho e nível social;
- Inerentes à própria empresa, isto é, suas políticas, pessoal, porte, e benefícios.

Note-se que vários autores como ALVES (1996), CHIAVENATO (1997) e COUTO (1987) acreditam que o absenteísmo está relacionado às condições de trabalho associadas à saúde física e mental dos trabalhadores. O ambiente de trabalho, físico (instalações e instrumental), social (interação entre os trabalhadores dos vários níveis), funcional (nível de interação e a definição justa e objetiva das tarefas e funções) e psicológico (a adaptação saudável – o princípio da tolerância com a preservação da individualidade – das idiossincrasias ao ambiente de trabalho) estabelecem, via de regra, o índice de absenteísmo na organização.

Em relação ao aspecto psicológico, Dejours (1992), em sua obra “A loucura do trabalho”, refere que até mesmo indivíduos dotados de uma sólida estrutura psíquica podem ser vítimas de uma paralisia mental induzida pela organização do trabalho. E não são tantas as exigências mentais e psíquicas do trabalho que fazem surgir o sofrimento: este começa quando a relação homem/organização do trabalho está bloqueada, e percebe-se uma falta de valorização, que gera um sentimento de inutilidade, remetendo a falta de qualificação e de finalidade do trabalho

2.2 O trabalho de enfermagem

Para abordar o absenteísmo no trabalho de enfermagem, faz-se necessário apresentar a trajetória histórica do cuidado com a saúde e com a doença e o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

A enfermagem é uma profissão que se desenvolveu através dos séculos. É uma arte e também uma ciência, cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico,

desenvolvendo, autonomamente ou em equipe, atividades de promoção e proteção da saúde e prevenção e recuperação de doenças.

Antes de Cristo, a doença era considerada como castigo de Deus ou dos deuses ou efeito do poder dos demônios; por isso vários povos recorriam a sacerdotes que acumulavam a função de curandeiro. Os tratamentos consistiam em afastar os maus espíritos através de banhos, massagens, etc.

Durante todo o período medieval cristão, o cuidado ao ser doente tinha uma conotação de atividade caritativa, com vistas ao salvamento da alma tanto do doente como de quem o cuidava. Assim, juntamente com outros elementos das ordens religiosas, surgiram as diaconisas, “as quais eram ordenadas para o serviço, o qual consistia em atender as necessidades de sobrevivência das pessoas carentes e doentes”, segundo Angerami e Correia (1989 apud BELLATO, 1997, p. 76).

Somente nos séculos XII e XIV, com o progresso da ciência, aumentaram os recursos profissionais na área da saúde e, na Idade Moderna, a enfermagem tomou dois rumos: um deles permaneceu à luz da caridade cristã e da vocação religiosa e o outro evoluiu para a profissionalização, embora ambos se mantenham ainda dentro das bases empíricas, que persistiram até a primeira metade do século XIX.

A partir da segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale, a enfermagem se transformou. Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna, atuou ao longo de toda a Guerra da Criméia com outras trinta e oito enfermeiras a convite do Secretário Britânico para a Guerra, Sidney Herbert. Ela coletou dados e organizou um sistema de manutenção de registros que utilizou como uma ferramenta para melhorar as condições dos hospitais civis e militares. Seu conhecimento matemático foi útil para se valer das informações coletadas para o cálculo das taxas de mortalidade nos hospitais. Estes cálculos mostravam que uma melhoria nas condições sanitárias resultaria num decréscimo no número de mortes. Em fevereiro de 1855, as taxas de mortalidade caíram de 60% pra 42,7%. Através do estabelecimento do suprimento de água fresca bem como da utilização de fundos próprios para comprar frutas, vegetais e equipamentos hospitalares, a taxa de mortalidade na primavera caiu para 2,2% (O’CONNOR; ROBERJON, 2010).

A isto, associa-se a observação e controle rigorosos da limpeza do ambiente e do pessoal (incluindo controle da conduta das enfermeiras), cuidados quanto ao provimento de ar fresco, iluminação e calor, visando a manutenção do vigor do paciente para sua cura (SAE, 2009).

Florence também estabeleceu a divisão do serviço de enfermagem em duas categorias: uma que executa o cuidado e outra que o gerencia/administra. Neste sentido, uma das características marcantes da profissão foi a reprodução da divisão social e técnica, na qual as atividades de supervisão e ensino eram exercidas pelas *ladies nurses*, provenientes da alta classe social, e as atividades de cuidados direto ao paciente, eram executadas pelas *nurses*, que possuíam um nível socioeconômico inferior (ALMEIDA e ROCHA, 1986). Além disso, o exercício desse trabalho era desenvolvido predominantemente por mulheres.

Assim, o trabalho da enfermagem foi organizado, sistematizado e normatizado com base nos princípios da hierarquia e disciplina, inerentes às forças militares e ao clero. Hoje, essa divisão ainda se mantém.

No Brasil, a atual divisão das atividades da enfermagem é estabelecida legalmente entre Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem. O Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências (BRASIL, 1987).

O enfermeiro é um profissional de nível superior da área da saúde, responsável pela promoção, prevenção e na recuperação da saúde dos indivíduos. Atua na chefia de serviços de unidades de enfermagem, exercendo planejamento, organização, coordenação, execução de cuidados de enfermagem que exigem maior complexidade técnica e/ou conhecimentos científicos adequados, além da avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. É um profissional preparado para atuar nas áreas: assistencial, administrativa e gerencial.

O técnico de enfermagem, exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe: assistir ao enfermeiro no planejamento, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; na prestação de cuidados diretos de enfermagem ao paciente; na prevenção e controle das doenças transmissíveis; na prevenção da infecção hospitalar; na prevenção de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência à saúde.

O auxiliar de enfermagem, por sua vez, executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe: preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; executar tratamentos específicos prescritos,

ou de rotinas, além de outras atividades de enfermagem; prestar cuidados de higiene e conforto do paciente; participar de atividades de educação em saúde; executar os trabalhos de rotina vinculados à alta do paciente; participar dos procedimentos pós-morte.

2.3 O absenteísmo no trabalho de enfermagem hospitalar

Segundo Reis (1986), o absenteísmo nos serviços de enfermagem apresenta-se como um obstáculo para se manter a qualidade da assistência, acrescido às limitações no desempenho de suas funções frente aos trabalhos que dispensam um esforço físico maior. Neste sentido, Robazzi et al. (1990) afirmam que as ausências de funcionários de enfermagem desorganizam o trabalho de equipe e alteram a qualidade e quantidade do atendimento prestado ao paciente, desencadeando problemas também aos enfermeiros que ocupam cargos de chefia, pois têm sob sua responsabilidade a resolução de todos os problemas administrativos que lá acontecem.

O absenteísmo pode estar diretamente relacionado às condições de trabalho, refletindo na qualidade e produtividade laboral e na vida do trabalhador de enfermagem. Lopes et al. (1996) estudando as condições de trabalho e vida dos trabalhadores de enfermagem, observaram que estes estão sendo colocados à mercê de riscos provenientes de condições precárias de trabalho, os quais são responsáveis pelo aparecimento de doenças.

Para Marziale (1995), os trabalhadores de enfermagem estão constantemente expostos aos riscos ocupacionais, relacionados aos agentes físicos, químicos e biológicos e a fatores ergonômicos e psicossociais. Segundo Gaspar (1997), os riscos para a saúde relacionados com o trabalho dependem do tipo de atividade profissional e das condições em que a mesma é desempenhada. O autor complementa que os hospitais proporcionam aos seus trabalhadores condições de trabalho reconhecidamente piores em relação aos demais serviços de saúde. Os riscos à saúde apresentados aos trabalhadores nas unidades hospitalares são decorrentes de maneira especial, da assistência direta prestada ao paciente em seus diversos graus de complexidade, no preparo de medicamentos e quimioterápicos, no manuseio de ma-

terial perfuro-cortante, no trabalho em turnos, estabelecendo o diferencial em relação aos demais serviços de saúde fora do contexto hospitalar.

As condições e a organização do trabalho da enfermagem implicam em longas jornadas, no trabalho por turnos desgastantes e às vezes prolongados (noturno, domingos e feriados), nos rodízios, em multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensividade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, na separação do trabalho intelectual e manual, podendo desencadear acidentes e doenças (ALVES, 1995).

Muitas vezes, trabalhadores com problemas de saúde, quer físicos e/ou mentais, segundo Moura (1992) os transferem para o trabalho, os quais podem ocasionar atrasos, faltas, descuido com o material e queda na qualidade do trabalho executado. Os hábitos de vida também interferem sobre as condições de saúde e impactam sobre o absenteísmo.

3 O CONTEXTO DA PESQUISA: A INSTITUIÇÃO E O LOCAL DE ESTUDO

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é integrante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), do qual também fazem parte o Hospital Cristo Redentor, o Hospital Fêmea, Hospital da Criança Conceição, além de doze Unidades de Saúde Comunitária. O GHC tem mais de 7,6 mil trabalhadores, além de estagiários e residentes de várias profissões de saúde. É vinculado ao Ministério da Saúde e atua integrado à rede de saúde local e regional. Atende a população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado do Rio Grande do Sul. Seu atendimento é 100% voltado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O HNSC, especificamente, é um hospital geral que atende a diversas áreas de assistência (exceção ao trauma e pediatria), tendo como modalidades assistenciais: Pronto-atendimento, Urgência e Emergência; Ambulatório Eletivo; Hospital-Dia e Unidades de Internação com 840 leitos.

A Emergência funciona 24 horas por dia, atendendo demanda espontânea da população acima de 12 anos, nas áreas de clínica, cirurgia, odontologia, ginecologia e obstetrícia. Há 50 leitos nesta área, sendo 47 orientados para pacientes em observação e 3 para atendimento de pacientes graves, atendidos por equipes de rotineiros e plantonistas específicos.

O ambulatório, que possui 79 consultórios de várias especialidades, atende a demanda referenciada pela Central de Marcação de Exames e Consultas Especializadas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, além do encaminhamento interno. O ambulatório oferta consultas em cardiologia, oftalmologia, cirurgia geral, cirurgia cardíaca, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, medicina comunitária, medicina interna, neurologia, nefrologia, nutrição, obstetrícia, oncologia, geriatria, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, psicologia, psiquiatria, reumatologia, urologia, serviço de atenção ao adolescente e cuidados paliativos, especialidades em odontologia.

A modalidade Hospital-Dia possui atendimento nas áreas de: Saúde Mental, Cuidados Paliativos, Onco-Hematologia, Reumatologia e Infectologia. As internações realizadas são de pacientes eletivos, oriundos da urgência e emergência.

O Centro Cirúrgico possui dez salas cirúrgicas; três salas de cirurgia ambulatorial e uma unidade de recuperação pós-anestésica com 39 leitos.

Existe ainda nos andares uma unidade de cuidados intermediários em Cardiologia (4 leitos) e uma unidade de cuidados intermediários em Neurologia (4 leitos).

Os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) existentes são:

- Centro de Diagnóstico por Imagem (Radiologia, Tomografia, Ecografia e Hemodinâmica);
- Centro de Métodos Diagnósticos não Invasivos (Ergometria, Eletrocardiografia, Eletroencefalografia, Eletromiografia);
- Laboratório de Análises Clínicas (Bioquímica, Bacteriologia, Hematologia e Imunologia);
- Laboratório de Anatomia Patológica;
- Hemoterapia – Banco de Sangue;
- Farmácia;
- Nutrição enteral e parenteral;
- Endoscopia;
- Medicina Nuclear;
- Hemodiálise;
- Fisiatria, Laboratório de Função Pulmonar e
- Litotripsia.

As unidades de internação compõem-se em quatro andares do hospital:

O 1º andar compreende as unidades de Cirurgia Geral (1ºB, com 48 leitos) e Proctologia (1º C, com 39 leitos), totalizando 87 leitos;

O 2º andar compreende as unidades de Isolamento (2ºA, com 23 leitos); Maternidade (2º B, com 70 leitos); Ginecologia (2º C, com 43 leitos) e Cuidados Paliativos (2º D, com 20 leitos), totalizando 156 leitos;

O 3º andar compreende as unidades de Medicina Comunitária (3ºA, com 32 leitos); Urologia (3º B1, com 41 leitos); Cirurgia Vasculuar (3º B2, com 26 leitos); Medicina Interna (3º C, com 51 leitos); Medicina Interna (3º D, com 44 leitos); Endocrinologia (3º E, com 28), totalizando 222 leitos e

O 4º andar compreende as unidades de Gastroenterologia (4º B1, com 41 leitos); Oncologia e Hematologia (4º B2, com 38 leitos); Pneumologia (4º C, com 51 leitos); Cardiologia (4º D, com 39 leitos); Infectologia (4º E, com 30 leitos) e Psiquiatria (4º F, com 14 leitos), totalizando 213 leitos.

Como este projeto diz respeito às Unidades de Internação do 3º andar, o mesmo será mais detalhado a seguir.

3.1 O terceiro andar do HNSC

O 3º andar do HNSC conta com 30 enfermeiros, 103 técnicos em enfermagem e 143 auxiliares de enfermagem, totalizando 276 funcionários, e compreende a seguinte distribuição:

A Unidade de Internação 3º A recebe os pacientes da Medicina Comunitária. Seu quadro de enfermagem consiste de 04 enfermeiros, sendo dois plantonistas em revezamento de 12 horas por 36 horas e dois enfermeiros em turnos diários de 6 horas; 22 auxiliares de enfermagem, sendo 08 auxiliares em revezamento de 12 horas por 36 horas e 14 auxiliares em turnos diários de 6 horas. Não há técnicos de enfermagem nesta unidade;

A Unidade de Internação 3º B1 recebe os pacientes da Cirurgia Vascular. Seu quadro de enfermagem consiste de 04 enfermeiros, sendo dois plantonistas em revezamento de 12 horas por 36 horas e dois enfermeiros em turnos diários de 6 horas; 15 técnicos de enfermagem em turnos diários de 6 horas; 20 auxiliares de enfermagem, sendo 14 auxiliares em revezamento de 12 horas por 36 horas e 06 auxiliares em turnos diários de 6 horas;

A Unidade de Internação 3º B2 recebe os pacientes da Urologia. Seu quadro de enfermagem consiste de 04 enfermeiros, sendo dois plantonistas em revezamento de 12 horas por 36 horas e dois enfermeiros em turnos diários de 6 horas; 17 auxiliares de enfermagem, sendo 08 auxiliares em revezamento de 12 horas por 36 horas e 09 auxiliares em turnos diários de 6 horas;

A Unidade de Internação 3º C recebe pacientes da Medicina Interna. Seu quadro de enfermagem consiste de 04 enfermeiros, sendo dois plantonistas em revezamento de 12 horas por 36 horas e dois enfermeiros em turnos diários de 6 horas; 16 técnicos de enfermagem, sendo 01 técnico em revezamentos de 12 horas por 36 horas e 15 técnicos em turnos diários de 6 horas; 31 auxiliares de enfermagem, sendo 17 auxiliares em revezamento de 12 horas por 36 horas e 14 auxiliares em turnos diários de 6 horas;

A Unidade de Internação 3º D recebe pacientes da Medicina Interna. Seu quadro de enfermagem consiste de 04 enfermeiros, sendo dois plantonistas em revezamento de 12 horas por 36 horas e dois enfermeiros em turnos diários de 6 horas; 22 técnicos de enfermagem, sendo 01 técnico em revezamento de 12 horas por 36 horas e 21 técnicos em turnos diários de 6 horas; 42 auxiliares de enfermagem, sendo 20 auxiliares em revezamento de 12 horas por 36 horas e 22 auxiliares em turnos diários de 6 horas;

A Unidade de Internação 3º E recebe pacientes da Endocrinologia e pacientes da Nefrologia. Seu quadro de enfermagem consiste de 04 enfermeiros, sendo dois plantonistas em revezamento de 12 horas por 36 horas e dois enfermeiros em turnos diários de 6 horas; 20 técnicos de enfermagem em turnos diários de 6 horas e 09 auxiliares de enfermagem em revezamento de 12 horas por 36 horas;

O Serviço de Hemodiálise faz parte dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia/SADT. Seu quadro de enfermagem consiste de 06 enfermeiros que atuam da seguinte forma: 02 na parte da manhã, 02 na parte da tarde, 01 em horário intermediário entre tarde e noite e 01 enfermeiro atuando das 18h às 24h. A partir das 24 horas, o serviço de hemodiálise funciona em caráter emergencial, com a presença de um enfermeiro plantonista do 3º andar; 30 técnicos de enfermagem, sendo 04 em revezamento de 12 horas por 36 horas; 21 em turnos diários de 6 horas e 05 no horário intermediário (das 18h às 23h); 02 auxiliares de enfermagem, sendo 01 em revezamento de 12 horas por 36 horas e 01 em turno diário de 6 horas.

Estas informações podem ser melhor visualizadas na Tabela a seguir:

Tabela 2: Constituição do quadro de enfermagem do 3º andar GUI/HNSC – ano 2010

Unidades de Internação	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem	Auxiliares de Enfermagem	Total
3º A	4	0	22	26
3º B1	4	15	20	39
3º B2	4	0	17	21
3º C	4	16	31	51
3º D	4	22	42	68
3º E	4	20	9	33
Hemodiálise	6	30	2	38
Totais	30	103	143	276

Fonte: GHC Sistemas Administrativos, 2010

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, a partir de uma abordagem quantitativa, que se utilizará da ferramenta *survey*.

A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde a mais simples como percentual, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc (RICHARDSON, 1999).

Segundo Gil (2002), A pesquisa exploratória é aquela que tem o objetivo principal, o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições ou realidades. Este mesmo autor descreve uma pesquisa descritiva como sendo aquela que tem como objetivos a descrição das características de determinada população, com a utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados.

Segundo Tanur e Kraemer (1993 apud FREITAS et al, 2000, p. 105), a pesquisa ou ferramenta *survey* pode ser descrita como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário.

4.1 População de estudo e amostra

A população da pesquisa constitui-se pelos profissionais integrantes do serviço de enfermagem das unidades de internação do 3º andar do HNSC. Os profissionais serão convidados a participar da pesquisa de forma pessoal e direta, tendo a liberdade de aceitar ou não o convite.

A amostra será constituída pelos trabalhadores que aceitarem participar da pesquisa. Tem-se a intenção de se obter amostra representativa de todas as unidades de internação do 3º andar do HNSC e dos três níveis de enfermagem. Espera-se um mínimo de 10% de população, o que equivale a aproximadamente 28 partici-

pantes, classificados da seguinte forma: 3 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 14 auxiliares de enfermagem. Não há limite máximo de participantes.

4.2 Coleta de dados

Os dados serão coletados a partir de um questionário com questões objetivas, sendo que algumas possuem espaço e possibilidade para respostas discursivas, em caráter complementar.

As questões dizem respeito a temas como motivação, relacionamento e interação entre os colegas de trabalho e entre estes e as chefias, adequabilidade de recursos humanos para as tarefas exigidas, adequabilidade do material e equipamento utilizados, adequabilidade do espaço físico e das condições de trabalho quanto a aspectos ambientais.

Os questionários serão distribuídos aos profissionais de enfermagem, abrangendo todos os turnos de trabalho, e serão recolhidos pela própria pesquisadora, em um prazo de 48 horas após a distribuição do mesmo. Serão necessários 15 dias para a coleta de dados.

4.3 Validade do instrumento para coleta de dados

De forma a qualificar o questionário e conferir validade interna no sentido de avaliar o entendimento do instrumento de pesquisa e aplicabilidade das questões propostas, pretende-se a aplicação de um questionário piloto em um grupo de cinco profissionais de enfermagem do andar em estudo, sendo dois enfermeiros e três auxiliares de enfermagem.

Propõe-se uma explanação breve da finalidade da pesquisa antes de se fazer convite aos funcionários para participarem da testagem do questionário, para então aplicá-lo.

4.4 Análise dos dados

Os dados obtidos pela realização da pesquisa serão analisados por meio de estatística inferencial e classificados por categorias, que emergirão das próprias perguntas do questionário e das respostas obtidas pelos mesmos, dando-se destaque para as informações mais relevantes, conforme recomendado por Almeida et al (2010).

4.5 Aspectos éticos

Em 1996, o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Resolução nº 196/1996 enfatizando que as pesquisas realizadas com sujeitos brasileiros devem resultar em benefícios para eles. O artigo III exige que qualquer pesquisa envolvendo seres humanos deva: “assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa”. A resolução exige que as comunidades devam se beneficiar das pesquisas após terem sido concluídas (BRASIL, 1996).

Assim sendo, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição para análise e consentimento, e, posteriormente, as chefias de setor serão previamente informadas dos objetivos da pesquisa, para as quais será feita solicitação e apoio para a realização da mesma.

Além disso, em conformidade com a Resolução 196/96, para a garantia da confidencialidade dos dados e o anonimato do entrevistado, os participantes da pesquisa serão esclarecidos sobre o tema e objetivos do estudo e, se concordarem em participar, assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

4.8 Cronograma de execução da pesquisa após as autorizações do Comitê de Ética e das Chefias

Atividade/Mês	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06
Coleta de dados						
Sistematização de dados						
Análise dos dados						
Confecção do relatório de pesquisa						
Apresentação dos resultados e sugestões						

4.9 Orçamento previsto

Material	Quantidade	Custo unitário	Custo total
Papel A4, resma	01	12,00	12,00
Cartucho de tinta preta para impressora <i>deskjet</i>	02	70,00	140,00
Caneta esferográfica azul	02	1,50	3,00
<i>Pen-drive</i> 1GB	01	19,00	19,00
Encadernações	03	12,00	36,00

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C. **Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de paciente.** 1987. 123f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 1987.

ALMEIDA, Elizabeth Caldas de et al. **Pesquisa do tipo levantamento ou survey.** Rio de Janeiro: PUCRJ, 2010. 8p.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

ALVES, M. **As causas do absenteísmo na enfermagem:** uma dimensão do sofrimento no trabalho. 1996. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, 1996.

ANGERANI, E.L.S.; CORREIA, F. A. Em que consiste a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 23, n. 3, p. 337-344. 1989.

BELLATO, R.; PASTI, M.J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 75-81, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1997.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 26 Jun. 1986. Disponível em:
<http://www.corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes_busca.php?leg_id=40048&texto=>>. Acesso em 15 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Plano operativo:** ano 2005. Porto Alegre: GHC, 2005. Não publicado.

BULHÕES, Ivone. Riscos do trabalho de enfermagem. **Correio Carioca,** Rio de Janeiro, 1998.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração de recursos humanos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

COUTO, H. A. Temas de saúde ocupacional: coletânea dos cadernos. **ERGO**. Belo Horizonte, 1987. 432p.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

FERLA, Alcindo Antônio et al. **Pesquisando no cotidiano do trabalho na saúde: aspectos metodológicos e de formatação para elaboração de projetos de informação científica e tecnológica em saúde**. Porto Alegre: GHC, 2008. Não publicado.

FREITAS, Henrique et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 105-112, 2000.

GASPAR, P. J. S. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectivas do enfermeiro do serviço de urgência. **Nursing**, São Paulo, v. 10, n. 109, p. 23-24, 1997. Edição Portuguesa.

GHC/Grupo Hospitalar Conceição. Sistemas Administrativos do GHC. Registros de Absenteísmo. Diversos acessos, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LOPES, G.T.; SPÍNDOLA, T.; MARTINS, E. R. C. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais: estudos preliminares. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 9-18, 1996.

MAZIALE, M. H. P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar**. 1995.155f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

McDONALD, J. M.; SHAVER, A. V. An absenteeism control program. **Journal of Nursing Administration**, Wakefield, v. 11, n. 5, p. 13-18, 1981.

MEIRA, J. B. B. Absenteísmo por enfermidade: sugestão para seu controle. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 68-76, 1982.

MOURA, G. M. S. S. O estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 167-179, 1992.

O'CONNOR, John J.; ROBERTSON, Edmund F. **Florence Nightingale** : biografia. Disponível em: <www.pucrs.br/famat/.../biografias/Nightingale.htm ->. Acesso em: 15 mar. 2010.

OTERO, J. J .G. **Riesgos del trabajo del personal sanitario**. 2. ed. Madrid: McGraw-Hill.1993.

QUICK,T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absenteísmo em Usina Siderúrgica. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 18, n. 69, p. 65-70, 1982.

REIS, Ricardo José dos et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de Enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 37, n. 5, p. 616-623, 2003.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social Métodos e Técnicas**. São Paulo. Atlas, 1999.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Serviço de enfermagem: um estudo sobre absenteísmo. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 18, n. 69, p. 65-70, 1990.

SAE. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Florence Nightingale: teoria ambiental. Disponível em: <<http://enfermagem-sae.bolgspot.com/2009/03/florence-nightingale-teoria-ambiental.htm>> Acesso em: 15 mar. 2010.

SCHROEDER, Doris. Obrigação pós-pesquisa. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 66-77, 2008.

SILVA, Dóris Marli Petry Paulo da; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital psiquiátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000.

ANEXOS

a. QUESTIONÁRIO

Informações gerais:

Setor:

Turno:

Idade:

Sexo:

Cargo:

Grau de instrução:

1. Há quanto tempo trabalha no Hospital Nossa Senhora da Conceição?

<input type="checkbox"/> Menos de cinco anos	<input type="checkbox"/> Cinco a dez anos
<input type="checkbox"/> Onze a quinze anos	<input type="checkbox"/> Dezesesseis a vinte anos
<input type="checkbox"/> Vinte anos ou mais	<input type="checkbox"/>

2. Você trabalha em outra instituição hospitalar além do HNSC?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Por quê?

3. Você faz hora-extra ou banco de horas com alguma frequência?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Por quê e com qual frequência?

4. Você se sente realizado em sua profissão?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Por quê?

5. Você já teve doença relacionada à sua atuação profissional?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Qual?

6 Você sente segurança em relação à sua chefia?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Por quê?

7 Como é seu relacionamento com colegas do setor de trabalho?

<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Muito bom
<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Péssimo

Por quê?

8 Quanto ao quadro pessoal do setor onde atua, você acha:

<input type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Inadequado
-----------------------------------	-------------------------------------

Por quê?

9 Sente-se satisfeito no local onde atua?

Sim Não

Por quê?

10 Gostaria de mudar de setor?

Sim Não

Por quê?

9. Você acha o espaço físico adequado no local de seu trabalho para a realização de suas tarefas?

Sim Não

Por quê?

10. Você acha que o material e equipamentos utilizados no seu local de trabalho são adequados?

Sim Não

Por quê?

11. você acha que a organização do trabalho na sua equipe é adequada (escalas, divisão de atividades e tarefas)?

Sim Não

Por quê?

12. Você fuma e/ou bebe e/ou usa outros tipos de drogas, mesmo que apenas eventualmente?

Sim Não

13. Pratica alguma atividade física regularmente?

Sim Não

Se sim, qual?

14. O que você sugere para a melhoria no trabalho?

b. ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A aluna Berenice Benta da Rocha, do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICTS) do Grupo Hospitalar Conceição em Parceria com a Fundação Osvaldo Cruz, orientada da Professora MSc. Alexandra Jochims Krueel, está realizando uma pesquisa que tem como objetivo identificar e analisar as causas do absenteísmo do quadro de enfermagem das unidades de internação do 3º andar do HNSC.

Os dados serão coletados a partir de um questionário com questões objetivas, sendo que algumas possuem espaço e possibilidade para respostas discursivas, em caráter complementar. Portanto, solicito sua participação nesta pesquisa. Os dados serão utilizados para fins de estudo e análise do absenteísmo.

Sua participação é livre. Pode ser negada ou desistir a qualquer tempo, mesmo após a coleta dos dados. Sua identificação será mantida sob sigilo.

Caso queira ou necessite de qualquer esclarecimento sobre a sua participação neste estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora Berenice Benta da Rocha, através dos telefones: 33669263-84288438.

Agradecemos sua colaboração.

Através deste instrumento, declaro que fui esclarecido sobre os objetivos desta pesquisa, e que estou de acordo com o exposto acima.

_____, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante da pesquisa _____

Berenice Benta da Rocha (pesquisadora) _____

Alexandra Jochims Krueel (orientadora) _____