



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

PATRICIA N. DE COLLATTO

ABSENTEISMO NO BLOCO CIRURGICO DO HNSC:
DESMISTIFICANDO O SENSO COMUM

Projeto de Conclusão do Curso de Especialização em
Informação Científica e Tecnológica em Saúde –
CEICTS apresentado ao Grupo Hospitalar Conceição e
à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação
Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção
de título de Especialista em Informação Científica e
Tecnológica em Saúde

Orientador: Prof. Ednilson Bomfim da Silva

PORTO ALEGRE
2009

**“A mente que se abre a uma
nova idéia, jamais voltará
a seu tamanho original”**

Einstein

RESUMO

Partindo do pressuposto de que as faltas ao trabalho acarretam problemas na organização do trabalho, prejudicam a assistência de enfermagem, geram um alto custo para a instituição e indicam a existência de problemas preocupantes quando relacionados às condições de saúde, este projeto tem como objetivo analisar os registros de atestados médicos menores de 15 dias dos auxiliares de enfermagem do bloco do HNSC, conhecer os motivos que determinam a ausência ao serviço, caracterizar o tipo de absenteísmo por atestados médicos dos auxiliares de enfermagem dentro do Bloco Cirúrgico do HNSC, bem como mensurar as perdas econômicas que tais índices ocasionam ao GHC e HNSC e propor ações para modificar os índices atuais de absenteísmo. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, na qual os dados do embasamento teórico foram levantados de forma quantitativa, sendo fornecidos pelo setor de Saúde do Trabalhador do HNSC. A pesquisa será realizada no Hospital Nossa Senhora da Conceição, envolvendo os auxiliares de enfermagem do Bloco Cirúrgico, os enfermeiros do referido setor e a coordenação do setor Saúde do Trabalhador do HNSC. Os resultados obtidos subsidiaram a elaboração de um plano estratégico que permita reduzir o crescimento do absenteísmo dentro do setor onde será aplicada a pesquisa, repercutindo em ganhos para a instituição GHC.

Palavras-chave: Absenteísmo, Bloco Cirúrgico, Equipe de Enfermagem, Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS DA PESQUISA	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	10
3 REVISÃO BIBLIOGRAFICA	11
3.1 ABSENTEISMO	11
3.2 ABSENTEISMO DENTRO DA INSTITUIÇÃO DO GHC E COMPARATIVO COM O BLOCO CIRÚRGICO DO HNSC	14
3.3 OS CUSTOS GERADOS PELO ABSENTEISMO NA INSTITUIÇÃO GHC	19
3.4 ABSENTEISMO E HUMANIZAÇÃO.....	21
4 METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DE ESTUDO	24
4.3 AMOSTRAGEM	25
4.4 COLETA DE DADOS	25
4.5 ANÁLISE DE DADOS	27
5 ASPECTOS ÉTICOS	28
6 DIVULGAÇÃO	30
7 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	31
8 PLANO ORÇAMENTÁRIO	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICES	35
A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS EM GRUPO FOCAL	36
B – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADAS	37
C – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de dias de atestado por setor - ano 2003/2004.....	15
Tabela 2 – Número de atendimentos por categoria nos blocos cirúrgicos do GHC.....	15
Tabela 3 – Comparativo de atendimentos médicos por turno nos blocos cirúrgicos do HNSC e GHC	16
Tabela 4 – Motivos de afastamentos mais comuns no bloco cirúrgico do HNSC ...	17
Tabela 5 – Porcentagem de atendimentos médicos por turno no bloco cirúrgico do HCR.....	18
Tabela 6 – Porcentagem de atendimentos médicos por turno no bloco cirúrgico do HCC.....	18
Tabela 7 – Porcentagem de atendimentos médicos por turno no bloco cirúrgico do HFE	19
Tabela 8 – Resumo de atendimentos médicos com prazo inferior a 15 dias nos diferentes blocos cirúrgicos do GHC e no bloco cirúrgico do HNSC.....	20
Tabela 9 – Distribuição de números de dias de atestados com prazo inferior a 15 dias nos blocos cirúrgicos do GHC no período de Jan – Out 2008.....	21

INTRODUÇÃO

Nas instituições de saúde, a organização do trabalho da equipe de enfermagem é essencial para o atendimento adequado e de qualidade ao cliente/paciente. No bloco cirúrgico (setor onde predominam as atividades complexas, as quais requerem habilidades e conhecimentos específicos para instrumentar e circular durante o ato cirúrgico), existe a necessidade de garantir número adequado de trabalhadores a fim de assegurar o cumprimento de uma escala de cirurgias sejam elas eletivas ou de urgência durante as 24 horas do dia.

Dentro da nossa experiência, as escalas diárias de auxiliares de enfermagem para o atendimento das salas cirúrgicas são feitas com programação do turno anterior, as faltas ao serviço sem prévio aviso ou mesmo com pouco tempo de antecedência ocasionam graves transtornos ao andamento do serviço, assim como geram desgaste físico e emocional aos funcionários que se reprogramaram para fazer 12h. Além do mais, há o desgaste nos funcionários que não faltam, além de um alto índice de estresse de parte das chefias que precisarão providenciar funcionários para substituir os faltosos e completar a escala do dia para manter o serviço com pleno funcionamento.

Quando isso não acontece, é possível que se suspenda o procedimento por falta de funcionário, acarretando transtorno para o paciente que já realizou o preparo cirúrgico, o que gera custo para a instituição que necessitará deixar mais tempo o paciente internado se é o caso, para aguardar uma nova data de cirurgia.

Nesse sentido, dados levantados do setor de Saúde do Trabalhador e do Departamento de Pessoal do HNSC indicam que houve um aumento de quase 50% de dias de atestados apresentados em comparação dos anos 2003 e 2004. O mesmo serviço informa que 53,5% do total dos dias de atestados apresentados nos blocos cirúrgicos do GHC pertencem ao bloco cirúrgico do HNSC. Tais dados mostram ainda que 93% dos dias dos atestados pertenciam aos auxiliares de enfermagem e 6,8% aos enfermeiros do bloco. (Doc. Institucional).

Obviamente são muitas as razões que podem explicar a ausência dos funcionários ao trabalho, doença, motivos pessoais, cansaço, conflitos nos relacionamentos dentro da equipe, descontentamento com chefias ou mera desmotivação. Por outro lado, é de vital importância entender duas coisas: de que forma as chefias encaram essa situação e como o

absenteísmo repercute no trabalho das equipes de enfermagem. Em relação aos questionamentos levantados, surge uma questão: sabemos que temos de fazer alguma coisa, no entanto precisamos descobrir o que, como e quando fazer.

Nessa perspectiva, este trabalho pretende aprofundar o desenvolvimento do absenteísmo dos auxiliares de enfermagem do Bloco Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), o qual se caracteriza por ser uma área fechada (restrita aos profissionais do setor, que deverão transitar vestindo roupas exclusivas ao mesmo), com a circulação controlada, onde são realizados tratamentos complexos e modernos, envolvendo vários profissionais.

Os profissionais desse setor estão expostos a eventos traumáticos, vulneráveis aos efeitos do ambiente, submetidos a regras organizacionais claras e explícitas, alta complexidade tecnológica, onde o objeto de trabalho é a vida humana, cujas situações de risco podem acontecer a qualquer momento, exigindo dos profissionais decisões rápidas e precisas. As equipes defrontam-se, frequentemente, com situações inesperadas, dificuldades, ambigüidades e com a morte. Tais fatores têm como resultado um nível elevado de estresse, o que repercute psicologicamente em toda a equipe e não raro gera ansiedade, depressão e estresse.

O Bloco Cirúrgico do HNSC compreende uma extensa área física, na qual estão localizadas 13 salas cirúrgicas de grande e médio porte, bem como uma sala auxiliar para exames diagnósticos. Realizam-se em média 1.500 procedimentos cirúrgicos por mês nas diferentes especialidades médicas, a saber: cirurgia geral, ginecologia, odontologia, oftalmologia, urologia, proctologia, vascular, obesidade, plástica, oncologia, cardíaca, torácica e otorrino.

Além da imensa estrutura física, o Bloco Cirúrgico conta com uma equipe especializada composta por 46 anestesiastas, 96 auxiliares de enfermagem, 09 enfermeiros e 14 administrativos, organizados com o intuito de atender uma extensa equipe de cirurgiões, residentes e doutorandos.

Escolheu-se o estudo das faltas por atestado médico menores de 15 dias, em virtude de que a instituição trabalha com sistema de banco de horas, o que torna possível aos funcionários acumularem horas e as utilizarem quando necessário para compensar os dias não trabalhados por necessidade pessoal que não seja doença. Contudo, esse tipo de

compensação de banco de horas positivo esconde o verdadeiro índice de absenteísmo existente.

Os atestados médicos com mais de 15 dias automaticamente geram o afastamento para o INSS do funcionário, e quando isso acontece, a instituição libera, após seis meses, a contratação de um funcionário temporário para assumir o lugar do faltante.

Em razão de que as faltas acarretam problemas na organização do trabalho, prejudicam a assistência de enfermagem, geram um alto custo para a instituição e indicam a existência de problemas preocupantes quando relacionados às condições de saúde, surgiu a motivação para realizar este estudo cujos principais objetivos são: conhecer o tipo de absenteísmo dos auxiliares de enfermagem dentro do Bloco Cirúrgico do HNSC, identificar os motivos que levam a faltar por atestados médicos menores de 15 dias¹ e apresentar estratégias para modificar tais índices, assim como conscientizar ao funcionário de enfermagem da importância da comunicação prévia às chefias quando houver necessidade de falta.

¹ Serão analisados os atestados por doença ocasional ou por acidentes de trabalho menores de 15 dias.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

1.1 OBJETIVO GERAL

- Estudar o absenteísmo dos auxiliares de enfermagem que trabalham no Bloco Cirúrgico do HNSC.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os registros de atestados médicos menores de 15 dias dos auxiliares de enfermagem do bloco do HNSC.
- Conhecer os motivos que determinam a ausência ao serviço.
- Mensurar as perdas econômicas que esses índices ocasionam ao GHC e HNSC.
- Caracterizar o tipo de absenteísmo por atestados médicos dos auxiliares de enfermagem dentro do Bloco Cirúrgico do HNSC.
- Propor ações para modificar os índices atuais de absenteísmo.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Com a finalidade de compor a revisão de literatura, buscou-se embasamento teórico em autores e obras que oferecessem subsídios no que diz respeito aos temas que dialoguem com a proposta da pesquisa.

Em um primeiro momento, foram revisados conceitos de definição, etiologia e consequências do absenteísmo. Para situar o leitor dentro da instituição da pesquisa, faz-se uma descrição do Grupo Hospitalar Conceição, a qual aborda especificamente as características do serviço dentro do bloco cirúrgico do Hospital Nossa Senhora da Conceição, procurando desvendar de que modo o absenteísmo desenvolve-se tanto nessa instituição como em outras com características similares. Finalmente se faz uma rápida abordagem do absenteísmo relacionado a política de Humanização do SUS.

3.1 ABSENTEÍSMO

Segundo FERREIRA (1999), ao se trabalhar com absenteísmo, convém esclarecer a abordagem que é dada ao tema. A palavra “absenteísmo” tem sua origem no francês (absentéisme) e significa falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais.

CHIAVENATO (1994) define o conceito como a soma dos períodos em que os empregados de determinada organização encontram-se ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou licença legal.

Para QUICK & LAPERTOSA (1982 apud MARZIALE), o absenteísmo é dividido em absenteísmo voluntário (ausência no trabalho por razões particulares não justificadas por doença); absenteísmo por doença (inclui todas as ausências por doença ou por procedimento médico, excetuam-se os infortúnios profissionais); absenteísmo por patologia profissional (ausências por acidentes de trabalho ou doença profissional); absenteísmo legal (faltas ao serviço amparado por leis, tais como: gestação, nojo², gala³, doação de sangue e serviço militar) e absenteísmo compulsório (impedimento ao trabalho devido à suspensão

² Licença nojo é aquela cedida pela instituição por motivo da morte de parente de 1º grau ou cônjuge.

³ Licença gala é a cedida pela instituição por motivo de casamento do funcionário.

imposta pelo patrão, por prisão ou outro motivo que impeça o trabalhador de chegar ao local de trabalho).

Para critérios de delimitação do objeto de estudo do presente trabalho, escolheu-se pesquisar o absenteísmo por doença que gera a ausência ao trabalho por no máximo 15 dias em razão de ser o tipo de absenteísmo de maior relevância e mais evidente dentro do setor.

Os outros tipos de absenteísmo, como faltas que não sejam por motivos de doenças, são compensadas pelo banco de horas dos funcionários e, por conseguinte, não são registradas nos banco de dados da instituição.

Na visão de COUTO (1987), o absenteísmo é decorrente de um ou mais fatores, tais como fatores de trabalho, sociais, fatores culturais, de personalidade e de doenças. O referido autor alerta que não parece existir uma relação precisa de causa e efeito, mas um conjunto de variáveis que podem levar ao absenteísmo. Autores como CHAVES (1995) sinalizam os relacionamentos como um dos fatores que possam estar interferindo na assiduidade dos funcionários.

Conforme BARBOSA e SOLER (2003), frequentemente os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos a condições inadequadas de trabalho, provocando agravos à saúde, os quais podem ser de natureza física ou psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, gastrointestinais, fadiga, agravos nos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses, fatos que, muitas vezes, acarretam acidentes de trabalho e licenças para tratamento de saúde.

Outros fatores agravantes do absenteísmo, como cita Appolinário (2008, p. 7) no seu estudo de revisão bibliográfica, seriam as condições de trabalho:

Os diagnósticos que produziram maior número de afastamentos foram: doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema osteomuscular, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema nervoso, sistema tegumentar, transtornos mentais e sinais e sintomas mal definidos. Essas causas do adoecimento podem ser relacionadas às inadequadas condições de trabalho e fatores de risco presentes no dia-a-dia da enfermagem.

Silva e Marziale (2000) colocam que as ausências de funcionários de enfermagem desorganizam o trabalho de equipe e vão alterar tanto a qualidade como a quantidade do atendimento prestado ao paciente, desencadeando problemas também aos enfermeiros que ocupam cargos de chefia, visto que têm sob sua responsabilidade a resolução de todos os problemas administrativos que lá acontecem.

Segundo Inoue (2008), o absenteísmo desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes, reduz a produção e se constitui em problema administrativo complexo e oneroso capaz de aumentar substancialmente o custo operacional. Além de tudo isso, não raro torna-se uma forma de enfrentamento das dificuldades do cotidiano de trabalho e estratégia para se proteger da sobrecarga física e emocional.

Outros estudos referem que o absenteísmo apresenta-se como um obstáculo para as chefias de enfermagem manter a qualidade da assistência, acrescido às limitações no desempenho de suas funções frente aos trabalhos que dispensam um esforço físico maior. (REIS, 1986).

Couto (1982) enumera alguns dos problemas acarretados pelos altos índices de absenteísmo: diminuição de produtividade com aumento de custo de produção; no caso do trabalho ser realizado em série, a falta de um trabalhador pode prejudicar toda a série; aumento do custo da Previdência Social; diminuição dos rendimentos econômicos do trabalhador; o trabalhador que se ausenta por mais tempo perde em grande parte sua rapidez de trabalho (um afastamento de um mês diminui a rapidez do operador em 35% aproximadamente). Ressalta, ainda, que o absenteísmo aumenta a si mesmo já que o número insuficiente de recursos humanos pode contribuir para a sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores, desencadeando o afastamento de outros.

Com base nos diversos autores, este estudo assume a compreensão de que o absenteísmo torna-se uma questão complexa e onerosa para a instituição, uma vez que a peculiaridade do trabalho na saúde não permite que a assistência seja protelada. Mesmo considerando as condições de trabalho adversas e variáveis, o trabalho tem que ser realizado, o que coloca em risco a saúde das pessoas que trabalham nesses ambientes, favorecendo o absenteísmo.

3.2 ABSENTEÍSMO DENTRO DA INSTITUIÇÃO GHC E COMPARATIVO COM O BLOCO CIRÚRGICO DO HNSC

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um complexo hospitalar da rede pública de Porto Alegre-RS, vinculado diretamente ao Ministério da Saúde, que presta atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É composto por quatro unidades hospitalar: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), com 3980 funcionários; Hospital Cristo Redentor (HCR), com 1.278 funcionários; Hospital Fêmina (HFE), com 769 funcionários; Hospital Criança Conceição (HCC), com 319 funcionários e a Unidade de Saúde Comunitária (GSC), com 319 funcionários, totalizando 7.314 trabalhadores. O GHC conta com 1.578 leitos e realiza 3.000 procedimentos cirúrgicos/mês, 114.254 consultas e outros procedimentos/mês, 13.718 internações/mês e 9.754 partos/mês. Trata-se de uma instituição pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Saúde, onde todos os trabalhadores são contratados pelo regime das Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT).

De acordo com Ferreira (2005), no ano de 2003 o índice geral do absenteísmo no HNSC por faltas, atestados, licença para tratamento de saúde, acidentes de trabalho, licença maternidade, atrasos, dentre outros, em média foi de 10,4% chegando a 12,8% em 2005. Comparativamente, o índice de absenteísmo-doença composto por afastamentos superiores há 15 dias, ou seja, aqueles em que o trabalhador é encaminhado à perícia do INSS passou de 5,2% em média em 2003 para 7,9% em maio de 2005. Neste estudo, referenciou-se o índice de absenteísmo como n° de horas de ausências dividido o n° de horas disponíveis. O n° de horas de ausências compreende: faltas, atrasos, licença tratamento de saúde, acidente de trabalho, licença maternidade. E n° de horas disponíveis compreende o somatório de todas as cargas horárias dos trabalhadores.

Ferreira (2005) embasa a sua pesquisa com os dados retirados do sistema do setor da Saúde do Trabalhador, o qual registra os dias de afastamentos por setor. Ele aponta que, no ano de 2003, os afastamentos no bloco cirúrgico do HNSC representavam mais de 400 dias de atestados neste ano, sendo superado somente pelo setor de higienização, nutrição e processamento de roupas. No ano de 2004, o centro cirúrgico apresenta menor número de

dias de atestados (350 dias), entretanto aumenta para a terceira posição dentro do HNSC, sendo superada somente pelo setor de higienização e processamento de roupas.

Tabela 1 – Quantidade de dias de atestado por setor - ano 2003/2004

SETOR	2003	2004
HIGENIZAÇÃO	600	450
NUTRIÇÃO	480	300
PROCESSAM. ROUPAS	440	445
BLOCO CIRÚRGICO	410	350

Fonte: Ferreira (2005)

Dados fornecidos pelo setor de Saúde do Trabalhador do HNSC mostram que os blocos cirúrgicos do GHC no período de janeiro até outubro de 2008, equivalentes a 218 dias úteis, apresentaram um total 1.307 dias de atestados distribuídos em 391 atendimentos, contabilizando 1.177 dias de atestados foram prazos menores do que 15 dias (378 atendimentos), assim distribuídos: 231 atendimentos pertenciam a auxiliares de enfermagem (61,1%); 119 atendimentos eram de técnicos de enfermagem (31,5%) e 28 de enfermeiros dos blocos (7,4%). Esses atendimentos médicos correspondiam a uma média de 3 dias cada um, conforme registros do setor de Saúde do Trabalhador.

Tabela 2 – Número de atendimentos por categoria nos blocos cirúrgicos do GHC

BLOCOS DO GHC Jan – Out 2008	AUXILIARES ENFERMAGEM	TECNICOS ENFERMAGEM	ENFERMEIROS
ATENDIMENTOS	231	119	28

Fonte: Dados do sistema de informações da Saúde do Trabalhador – HNSC, jan – out 2008.

Segundo dados fornecidos pelo setor de Saúde do Trabalhador do HNSC, de janeiro a outubro de 2008, foram realizados 202 atendimentos com atestados por menos de 15 dias, o equivalente a 650 dias de atestados (equivalentes a 55,2% do total dos dias de atestados dos blocos cirúrgicos do GHC).

Desse montante, 188 pertenciam a auxiliares de enfermagem e 14 a enfermeiros, de um quadro total de 96 auxiliares e 09 enfermeiros, sinalizando uma média de 02 atendimentos por auxiliar de enfermagem e 1,5 por enfermeiro. Os dados indicam também que 40,1 % pertencem a funcionários do turno da manhã; 48,0 % do turno da tarde e 11,9 % do turno noite.

Tabela 3 – Comparativo de atendimentos médicos por turno nos blocos cirúrgicos do HNSC e GHC

NÚMERO DE ATENDIMENTOS (PORCENTAGEM) JAN-OUT 2008	MANHÃ	TARDE	NOITE	Nº DE DIAS ATESTADOS	TOTAL
HNSC	81 (40,1%)	97 (48,0%)	24 (11,9%)	650	202 (100%)
GHC	155 (41,0%)	156 (41,2%)	67 (17,7%)	1177	378 (100%)

Fonte: Dados do sistema de informações da Saúde do Trabalhador – HNSC, jan – out 2008.

De janeiro a outubro de 2008, no bloco cirúrgico do HNSC, foram registrados 37 afastamentos por doenças respiratórias, 31 afastamentos por doenças do aparelho osteomuscular e 21 afastamentos por processos infecciosos, tais ocorrências se repetem nos outros blocos cirúrgicos do GHC. De suma importância, esses dados sinalizam as doenças mais prevalentes dos trabalhadores dentro dos blocos cirúrgicos considerando que a área física dos blocos não apresenta sistema de refrigeração central com exaustão e filtro adequados, acrescido do fator de ter que utilizar constantemente máscaras cirúrgicas. Os funcionários realizam transporte de macas, transportam os pacientes das mesmas para as

mesas cirúrgicas e movimentam o mobiliário pesado existente no setor, como aparelho de anestesia, torres de vídeo e mesas cirúrgicas entre outros.

Tabela 4 – Motivos de afastamentos mais comuns no bloco cirúrgico do HNSC

MOTIVOS DE AFASTAMENTOS	RESPIRATÓRIO	OSTEOMUSCULAR	PROCESSOS INFECCIOSOS
BLOCO HNSC	37	31	21

Fonte: Dados do sistema de informações da Saúde do Trabalhador – HNSC, jan – out 2008.

Conforme dados da Saúde do Trabalhador, o bloco cirúrgico do HCR no mesmo período apresentou 411 dias de atestados com prazos inferiores a 15 dias, distribuídos em 129 atendimentos médicos (equivalentes a 34,9% do total dos dias de atestados dos blocos cirúrgicos do GHC). Dos atendimentos prestados, 36 pertenciam a auxiliares, 85 a técnicos e 8 a enfermeiros. Comparado com o quadro total de funcionários do bloco cirúrgico de 46 técnicos de enfermagem, 6 auxiliares e 8 enfermeiros, concluímos que foram apresentados em média 02 atestados por técnico, 06 por auxiliar e 01 por enfermeiro.

Os dados sinalizam ainda que 42,6 % foram funcionários do turno matutino, 31,7 % do vespertino e 25,6 % do noturno. Salientamos que por um lado os funcionários da noite tenham apresentado um significativo índice de atendimentos comparados com o HNSC e GHC como um todo, por outro o turno matutino apresentou maior porcentagem de atendimentos a diferencia do HNSC onde a maior porcentagem foi do vespertino.

Tabela 5 – Percentagem de atendimentos médicos por turno no bloco cirúrgico do HCR

Nº de ATENDIMENTOS (PORCENTAGEM) JAN-OUT 2008	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL
HCR	55 (42,6%)	41 (31,7%)	33 (25,6%)	129 (100%)

Fonte: Dados do sistema de informações da Saúde do Trabalhador – HNSC, jan – out 2008.

O bloco do HCC apresentou 45 dias de atestados menores de 15 dias, totalizando 13 atendimentos, onde 11 pertenciam a auxiliares e 02 a enfermeiros de um quadro total de 04 enfermeiros e 16 técnicos. Isso mostra que em média foram realizados 0,7 atendimentos por técnico e 0,5 por enfermeiro. Dos 13 atendimentos médicos, 35,7% eram funcionários da manhã e 64% funcionários da noite. Interessante é o fato de que no turno da tarde até outubro de 2008 nenhum funcionário apresentou atendimento médico, o turno noite teve o maior índice de atendimentos do GHC, no entanto esses dados qualitativamente não são significativos.

Tabela 6 – Percentagem de atendimentos médicos por turno no bloco cirúrgico do HCC

Nº de ATENDIMENTOS (PORCENTAGEM) JAN-OUT 2008	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL
HCC	4 (36,0 %)	0 (00,0 %)	9 (64,0 %)	13 (100 %)

Fonte: Dados do sistema de informações da Saúde do Trabalhador – HNSC, jan – out 2008.

O bloco cirúrgico do HFE apresentou 34 atendimentos. Desses, 29 pertenciam a técnicos de enfermagem de um total de 37, e 05 a enfermeiros, de um total de 06. Em média, foram feitos 0,8 atendimentos por técnico e 0,8 por enfermeiro.

Os dados indicam também que desses 34 atendimentos, 44% foram de funcionários do turno da manhã; 53% do turno da tarde e 3% do turno noite.

Tabela 7 – Porcentagem de atendimentos médicos por turno no bloco cirúrgico do HFE

Nº de ATENDIMENTOS (PORCENTAGEM) JAN-OUT 2008	MANHÃ	TARDE	NOITE	TOTAL
HFE	15 (44,0 %)	18 (53,0 %)	1 (3,0 %)	34 (100 %)

Fonte: Dados do sistema de informações da Saúde do Trabalhador – HNSC, jan – out 2008.

Os dados atuais revelam uma situação alarmante, e, nesse sentido, é de extrema relevância estudar esse fenômeno crescente a fim de que se possa conter esse aumento considerando que o maior número de atendimentos médicos nos bloco cirúrgicos do GHC, com atestados menores de 15 dias, pertenciam ao bloco cirúrgico do HNSC.

É relevante o fato de que os atendimentos no HCR foram em média 50% menores do que no bloco do HNSC; todavia, nesse bloco existe o dobro de funcionários de enfermagem que no HCR, o que indica que o absenteísmo no bloco do HCR também é um problema preocupante.

3.3 OS CUSTOS GERADOS PELO ABSENTEÍSMO DENTRO DO GRUPO GHC.

Muito se tem ouvido acerca da importância dos custos para o funcionamento de uma instituição seja ela pública ou privada. O absenteísmo nas instituições é um dos mais importantes fatores geradores de custos e o grupo GHC não foge dessa realidade.

Quando o trabalhador ausenta-se por alguns dias do local de trabalho por motivo de doença, o impacto financeiro disso sobre a empresa nem sempre afeta apenas as atividades desempenhadas pelo trabalhador ausente. Invariavelmente, ele repercute por toda a organização, sobretudo se o empregado pertencer a um grupo cuja produção tem implicações praticamente imediatas sobre o cronograma de atenção ao cliente.

Considerando que atualmente o valor da hora do auxiliar de enfermagem no bloco cirúrgico do GHC é de R\$ 8,03, a do técnico de enfermagem R\$ 10,03 e a do enfermeiro

R\$ 20,90, e que a carga horária do pessoal de enfermagem corresponde a 6 horas/dia, concluímos que, no mesmo período, a instituição disponibilizou aproximadamente R\$ 33.400,00 com pagamentos para auxiliar de enfermagem, R\$ 21.484,26 com pagamentos de técnicos de enfermagem e R\$ 3.500,00 com pagamentos para enfermeiros, totalizando um montante de R\$ 58.384,26 somente no que se refere ao absenteísmo nos blocos cirúrgicos do GHC com o pessoal de enfermagem, sem considerar os adicionais.

Tabela 8 – Resumo de atendimentos médicos com prazo inferior a 15 dias nos diferentes blocos cirúrgicos do GHC e no bloco cirúrgico do HNSC

HOSPITAL	DIAS DE ATESTADOS	TOTAL DE ATENDIMENTOS	MÉDIA DIAS DE ATESTADOS	VALOR GASTO COM ABSENTEISMO
GHC	1177	378	3	58.384,26R\$
HNSC	650	202	3,2	34.602,92R\$

Fonte: Sistematização da autora.

De acordo com dados fornecidos pelo setor de Saúde do Trabalhador do HNSC, o bloco cirúrgico de referido hospital apresentou, no período citado acima, 650 dias de atestados menores de 15 dias, dentre os funcionários da equipe de enfermagem (auxiliares de enfermagem e enfermeiros); dos 202 atendimentos, 188 correspondiam a auxiliares de enfermagem e 14 a enfermeiros. Não existem registros em relação a atendimentos de técnicos de enfermagem em virtude de tal categoria não estar cotada no bloco cirúrgico do HNSC. A média de dias de atestados por cada atendimento proveniente do bloco cirúrgico do HNSC foi de 3,2 dias, o que corresponde a R\$ 28.985,00, o valor gasto com o absenteísmo dos auxiliares de enfermagem e R\$ 5.617,92 com absenteísmo de enfermeiros do bloco cirúrgico do HNSC, totalizando um montante de 34.602,92R\$ aproximadamente, nos primeiros dez meses do ano 2008.

Tabela 9 – Distribuição de números de dias de atestados com prazo inferior a 15 dias nos blocos cirúrgicos do GHC no período de Jan – Out 2008.

HOSPITAL	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
HNSC	650	55,2 %
HCR	411	34,9 %
HCC	45	3,82%
HFE	71	6,0 %
TOTAL	1177	100%

Fonte: Dados do sistema de informações da Saúde do Trabalhador – HNSC, jan – out 2008

Concluimos que do total dos dias de atestados apresentados pelos diferentes blocos do GHC, 55,2 % pertencem ao bloco cirúrgico do HNSC assim como no decorrer deste ano (218 dias) houve quase 250 dias a mais de afastamentos por atestados menores de 15 dias se comparado aos anos de 2003 e 2004.

3.4 ABSENTEISMO E HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização recomendada pelo Ministério da Saúde é constituída por um conjunto de ações que têm como objetivo a construção de um novo posicionamento dos serviços prestados centrado na recuperação das dimensões humanas da pessoa sob cuidado de saúde, que é infinitamente mais amplo que o tratamento centrado na doença. Neste contexto, a melhoria das condições de trabalho dos trabalhadores da saúde faz parte direta e indiretamente da política de valorização dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Refletir sobre as condições e as relações de trabalho presentes nos hospitais e nos serviços de saúde é pensar sobre um dos aspectos centrais da Política de Humanização.

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Brasil, 2008) a baixa qualidade dos serviços acaba sobrecarregando o sistema, isso porque se o profissional tem dificuldade na realização de seu trabalho, o usuário fica insatisfeito com o atendimento e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e interação com

outras instâncias, os encaminhamentos são desorganizados e geram um número considerável de consultas, exames complementares e internações adicionais.

Boa parte das demandas dos pacientes poderia ser resolvida nos primeiros atendimentos, se houvesse um bom sistema de comunicação, valorizando a escuta e o bom relacionamento profissional-usuário.

Quanto menor a integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento de saberes entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores das diversas instâncias do sistema de saúde, menor será a possibilidade de eficácia no atendimento da população. Um hospital pode ser excelente na questão da tecnologia e mesmo assim ser desumano no atendimento, por tratar as pessoas como simples objetos de intervenção técnica, sem serem ouvidas em suas angústias, temores e expectativas, ou sequer informadas sobre o que está sendo feito com elas, pois o saber técnico define o bem do paciente, independentemente de sua opinião. Por outro lado, o problema em muitos outros locais é justamente a falta de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais. Tais locais se tornam desumanizantes pela má qualidade resultante do atendimento e sua baixa resolutividade. Essa falta de condições técnicas e materiais também podem induzir a desumanização, na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária.

A humanização na saúde propõe uma construção coletiva que só pode acontecer a partir da troca de saberes, através do trabalho em rede com equipes multiprofissionais, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, do reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e da criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Sobre a relação entre Política de Humanização e absentéismo se faz necessário reconhecer que nos processos de trabalho em saúde estão presentes riscos próprios de um tipo de atividade profissional altamente desgastante que expõe os trabalhadores a um conjunto de fatores de adoecimento. Especificamente, os trabalhadores de enfermagem desenvolvem o seu trabalho sob riscos provenientes de condições precárias, tais como longas jornadas, trabalho em turnos desgastantes (vespertinos e noturnos, domingos e feriados), multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensividade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, separação do

trabalho intelectual e manual, controle das chefias, os quais podem desencadear acidentes e doenças.

Outros elementos podem se agregar a estes através do processo do trabalho, como a divisão e a organização do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico e as relações de poder, supervisão, determinantes sobre a vida do trabalhador (ANSEMI, 1993).

A organização e distribuição de atividades, face ao número de funcionários por equipe, o remanejamento nos casos de folgas e férias refletem tanto a satisfação, a produtividade e a qualidade da assistência quanto o absenteísmo e a rotatividade dos trabalhadores de enfermagem. O resultado negativo pode estar expresso mediante acidentes freqüentes, doenças ocupacionais, dores lombares, estresse, irritabilidade, desânimo, desinteresse ou abandono da profissão, entre outros. Tal situação tem ocasionado prejuízos não só aos trabalhadores, mas também às instituições empregadoras e assistenciais (SILVA, 2000).

Os riscos provenientes do ambiente e da própria forma de execução do trabalho de enfermagem vêm contribuindo para a ocorrência de acidentes de trabalho e para o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho, promovendo acréscimo nas taxas de absenteísmo, rotatividade, desestímulo ao trabalho, queda na produtividade e principalmente na qualidade de vida do trabalhador de enfermagem.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, onde a pesquisa para o embasamento teórico contou com dados quantitativos. O caráter exploratório desta pesquisa caracteriza-se por trabalhar como “universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Esse conjunto de dados considerados qualitativos” corresponde a um espaço mais profundo das relações, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p. 28). Na perspectiva de Minayo (2004), tanto a intencionalidade inerente aos atos das pessoas, quanto às reações, estão incorporados na pesquisa qualitativa, cujo tipo explica os meandros das relações consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional que pode ser apreendida no cotidiano, por meio da vivência e da explicação. Ainda, pode responder às questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencentes a um determinado grupo, com suas crenças, concepções, valores, significados e práticas individuais.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo será realizado com os auxiliares de enfermagem e enfermeiros do bloco cirúrgico (BC) e com a coordenação do setor da saúde do trabalhador do Hospital da Nossa Senhora da Conceição (HNSC), localizado na cidade de Porto Alegre.

4.3 AMOSTRAGEM

Em um primeiro momento, será realizado um levantamento de informações, do qual participaram oito a dez auxiliares de enfermagem do bloco cirúrgico, cuja escolha dos auxiliares de enfermagem que farão parte do grupo focal será realizada de forma aleatória.

Serão entrevistados também os quatro enfermeiros do bloco cirúrgico do turno diurno, por intermédio de entrevistas semi estruturadas. E finalmente será realizada também uma entrevista semi-estruturada com a coordenação do serviço de Saúde do Trabalhador do HNSC.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada em três momentos diferentes: primeiramente abordaremos os auxiliares de enfermagem do bloco cirúrgico, onde será proposta a formação de um grupo focal de 8 a 10 auxiliares, os quais se reunirão em três encontros de quarenta minutos de duração cada um, onde deverão seguir um roteiro para abordar o problema do projeto de pesquisa. (Apêndice A)

Segundo Dall’Agnol e Trench (1999), a técnica de grupo focal é bastante utilizada nas áreas de Educação em Saúde e Mercadologia, e vem crescentemente sendo utilizada pela Enfermagem. As mesmas autoras destacam como vantagem dessa técnica, “a possibilidade de intensificar o acesso às informações acerca de um fenômeno” (1999, p. 6), uma vez que várias idéias podem emergir das discussões e pelo fato de se poder averiguar uma idéia em profundidade.

Para Ressel, Gualda e Gonzáles (2002, p. 2), além de permitir que o pesquisador obtenha os dados necessários ao seu estudo, a técnica de grupo focal “garante aos pesquisados um espaço de reflexão de suas próprias concepções, de uma auto-avaliação, o que possibilita a mudança de comportamento”.

No entender de Patton, citado por Flick (2004, p. 125), “o grupo de foco é na verdade, uma entrevista. Não é uma discussão. Não é uma sessão para resolver um problema. Não é um grupo de tomada de decisões. É uma entrevista”.

A técnica de entrevista em grupo de foco ou grupo focal trata-se do encontro ou (entrevista) de um grupo de pessoas com um tópico específico a ser debatido, ou seja, a intenção é fazer com que os participantes debatam e discutam entre si, moderados por um entrevistador (moderador) que terá como função principal impedir que alguns participantes ou grupos parciais dominem a entrevista ou todo o grupo (FLICK, 2004). Além disso, o moderador deve estimular todos os participantes a se envolverem nas discussões, ser flexível, objetivo e bom ouvinte e, sobretudo, buscar o equilíbrio entre direcionar o grupo e moderá-lo, simultaneamente.

De acordo com Flick (2004), poder-se-á optar pela utilização de grupos homogêneos, onde os membros tenham uma formação específica na mesma área, ou não, caracterizando, então, a escolha de um grupo heterogêneo. Neste estudo, todos os participantes apresentarão em comum os fatos de serem auxiliares de Enfermagem e trabalhar no Bloco Cirúrgico do HNSC. A seleção dos participantes de um grupo focal deve ser bastante criteriosa, já que grupos em que participantes apresentam muitas diferenças entre si podem encontrar dificuldades no ponto comum de partida para uma discussão, dificultando-a ou quase a inibindo (DALL’AGNOL e TRENCH, 1999; RESSEL, GUALDA e GONZÁLES, 2002).

Em relação à duração e à dimensão do grupo focal, autores recomendam que o tempo destinado às sessões seja de 30 minutos até 2 horas, e que o número de participantes situe-se entre seis e quinze, entretanto explicam que, tradicionalmente, de oito a dez membros, constituem um grupo ideal (DALL’AGNOL e TRENCH, 1999; FLICK, 2004).

Após ter sido anunciada aos auxiliares de enfermagem, iniciar-se-á a coleta das informações, mediada por um Moderador, o qual estabelecerá uma agenda de encontros e um roteiro para cada encontro conforme Apêndice A.

No segundo momento de coleta de dados, será agendada com os quatro enfermeiros responsáveis do bloco cirúrgico do turno diurno e com a Coordenação do setor de Saúde do Trabalhador uma entrevista semi-estruturada, individual, com gravação em áudio, com duração média de 30 a 40 minutos cada uma. (Apêndice B). Segundo MINAYO (2004), a entrevista semi-estruturada contém perguntas fechadas e abertas, que possibilitam ao

entrevistador conversar a respeito do tema proposto, sem precisar seguir rigorosamente as perguntas.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

De posse das anotações dos diários de campo e da transcrição das fitas, dar-se-á início à transcrição literal das entrevistas tanto em grupo como as individuais. Após a transcrição, será realizada a leitura das entrevistas, estabelecendo-se um primeiro contato com os textos, na tentativa de apreensão dos sentidos que os sujeitos deixarão transparecer em suas falas. Na segunda fase, terá início a separação das ideias, frases e parágrafos que identifiquem as convergências e divergências dos participantes em relação à temática do encontro e do estudo. Na terceira e última etapa, será feita a organização e o mapeamento das semelhanças e diferenças das falas dos sujeitos, realizando releituras sucessivas e exaustivas dos textos, com o objetivo de delinear as primeiras idéias e selecionar as categorias que supostamente responderiam às questões da pesquisa.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa será desenvolvido em conformidade com as normas vigentes expressas na Resolução 196 de outubro de 1996 e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde. O projeto será submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, e no seu desenvolvimento serão observadas as orientações e demais normas e recomendações éticas para a realização de pesquisas no Brasil. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue aos participantes, os quais ficarão de posse de uma cópia permanecendo outra com o pesquisador. O material coletado será de uso exclusivo do pesquisador, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização deste projeto de pesquisa, da própria pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem. No projeto da pesquisa e mesmo na escrita da dissertação, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes.

A pesquisa não oferecerá nenhum dano ou desconforto aos participantes e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamentos aos mesmos. O material coletado não será objeto de comercialização ou divulgação que possa prejudicar os entrevistados. Nesse aspecto, os dados coletados serão guardados durante cinco anos pelo pesquisador, sendo destruídos tão logo esse prazo tenha expirado.

É compromisso assumido pelo pesquisador manter os participantes informados acerca do andamento da pesquisa e, ao final de sua realização, comunicar-lhes os resultados e/ou devolver-lhes, de alguma forma, o produto alcançado. Cópias das publicações deste projeto e da futura pesquisa serão entregues à Gerência das Unidades de Internação, Coordenação do Departamento de Saúde do Trabalhador, Coordenação da Gestão do Trabalho e Coordenação do Bloco Cirúrgico do HNSC.

A realização deste projeto não pressupõe alterações na estrutura e dinâmica do Bloco Cirúrgico do HNSC. Não haverá ônus financeiros, ou investimentos de recursos de qualquer natureza por parte da instituição GHC, e/ou por parte das pessoas pesquisadas. Para o desenvolvimento da pesquisa, serão utilizados recursos próprios do pesquisador, o qual assume a responsabilidade por todos os investimentos necessários em todas suas

etapas, não implicando em possibilidade de restituição de valores a qualquer título por parte do GHC.

6 DIVULGAÇÃO

Os resultados da pesquisa aos sujeitos de estudo serão divulgados em palestra de apresentação dos dados e/ou entrega de relatório na unidade do bloco cirúrgico do HNSC, Saúde do Trabalhador e Gerência das Unidades de Internação.

Com base nos dados coletados, serão elaborados artigos para publicar na Revista da Instituição, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Latino-Americana de Enfermagem entre outras.

Os artigos serão disponibilizados para o Centro de Documentação do Grupo Hospitalar Conceição.

8 PLANO ORÇAMENTÁRIO

MATERIAIS DE CONSUMO E SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	VALOR UNITÁRIO	QUANTIDADE	TOTAL
Gravador	R\$ 200,00	01	R\$ 200,00
Pilha alcalina pequena	R\$ 2,50	10	R\$ 25,00
Encadernação	R\$ 2,50	07	R\$ 17,50
Encadernação (capa dura)	R\$ 20,00	08	R\$ 160,00
Pacote 500 folhas A4	R\$ 15,00	07	R\$ 105,00
Caneta estereográfica	R\$ 1,00	04	R\$ 4,00
Pasta simples	R\$ 5,00	05	R\$ 25,00
Impressão (folhas)	R\$ 0,10	500	R\$ 50,00
Revisão língua portuguesa	R\$ 500,00	01	R\$ 500,00
Fita cassete	R\$ 3,00	15	R\$ 45,00
CD-RW	R\$ 8,00	01	R\$ 8,00
Caderno 200 folhas	R\$ 10,00	01	R\$ 10,00
TOTAL	R\$ 767,00	-	R\$ 1149,50

REFERÊNCIAS

ANSELMÍ, Maria Luiza. **A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto**. 1993. 284 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

APPOLINÁRIO, Renata Silveira. **Absenteísmo na enfermagem**. Produção científica A R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16(1), p. 83-87.

BARBOZA, Denise Beretta; SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldês. **Afastamentos do trabalho**. Revista Latino-americana de Enfermagem, março-abril, 2003; 11(2), p. 177-183. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf. Acesso em: 16/09/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 13/11/2008.

CAMPOS, Ana Lucia de Alemida; GUTIERREZ, Patricia dos Santos Generoso. **A assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, jul-ago 2005; 58(4), p. 458-561.

CHAVES, Enaura Helena Brandão. **Avaliando o Turnover e o Absenteísmo em Serviços de Enfermagem Hospitalar**. Porto Alegre: UFRGS. 1995. Dissertação de Mestrado em Organização e Recursos Humanos, Faculdade de ciências Econômicas e Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 1985. 377p.

_____. **Recursos humanos**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Recursos humanos na empresa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994. v. 2, 139p.

COUTO, Hudson de Araujo. **Temas de saúde ocupacional**. Coletânea dos cadernos ERGO. Belo Horizonte: ERGO, 1987. 432p.

_____. **Absenteísmo** – Uma Visão Bem Maior que a Simples Doença. Coletânea dos cadernos ERGO, Belo Horizonte, jul. 1982.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. **Grupos focais como estratégias metodológicas em pesquisas na enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

DADOS do Sistema de Informações do Setor Saúde do Trabalhador do HNSC, jan-out 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**, Rio de Janeiro, (s/n), 1986.1838p.

_____. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. p. 17.

FERREIRA, Cesar Osvaldo. Trabalho de conclusão de curso de Especialização de Pós-Graduação em Administração da UFRGS como requisito parcial para obtenção de título de Especialista de Gestão de Pessoas. Porto Alegre, 2005.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

INOUE, Kelly Cristina et al. **Absenteísmo** – doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2008 mar - abr; 61(2), p. 209-14.

MARZIALE, Maria.Helena Palucci. **Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar**. Ribeirão Preto, 1995. 155p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

QUICK, Telmo.; LAPERTOSA, João Batista. **Análise do absenteísmo em Usina Siderúrgica**. Revista Brasileira Saúde Ocupacional, v. 18, n. 69, p. 65-70, 1982.

REIS, Ikuyo Nakamura. **Doenças ocupacionais**: estudo retrospectivo em unidades hospitalares do DF. HFA – Publ. Téc. Cient., v. 1, n. 2, p. 113-122, jul./set. 1986.

RESSEL, Lucia Beatriz; GUALDA, Dulce Maria Rosa; GONZÁLES, Rosa Maria Braccini. **Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem**. International Journal of Qualitative Methods 1, Article 5, p. 2, 2002.

SILVA, Doris.Marli.Petry; SILVA, Paulo da; MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Absenteísmo de...** Revista latino-americana de enfermagem - Ribeirão Preto - v. 8, n. 5, p. 44-51, outubro 2000.

_____. **Condições de trabalho versus absenteísmo** - doença no trabalho de enfermagem. Cienc Cuid Saúde 2006; 5(supl.), p. 166-172.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS EM GRUPO FOCAL

1º Encontro

- a. – Apresentação: a Moderadora convidará a todos para sentarem-se em círculo e apresentará o processo das entrevistas. (5 minutos)
 - b. – Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (5 minutos)
 - c. – Temática:
 - Descreva o fazer dos auxiliares de enfermagem que trabalham no bloco cirúrgico. (15 minutos)
 - O que diferencia o trabalho dos auxiliares de enfermagem que atuam no bloco dos outros setores. (15 minutos)
-

2º Encontro

- a - Retomada das regras e combinações (5 minutos)
 - b - Resgate do último encontro e da temática (5 minutos)
 - c -Temática:
 - Em sua opinião, existem problemas no setor que possam ser identificados como motivadores a faltar ao trabalho? (15 minutos)
 - Quais você indica? (15 minutos)
-

3º Encontro

- a– Revisão do último encontro e da temática (10 minutos)
 - b– Temática:
 - Frente aos motivos e aos problemas gerados pela ausência ao trabalho, quais as soluções você indica para enfrentar o problema? (20 minutos)
- 3.3 - Atividade de encerramento (10 minutos)
-

APÊNDICE B – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI –ESTRUTURADAS

1. Nome..... Anos de formação
2. Faz quantos anos trabalha no Bloco cirúrgico?
3. Tem algum conhecimento em relação a índices de absenteísmo no setor?
Sim..... Qual? Não.....
4. Como você caracteriza o trabalho no bloco cirúrgico?
5. Em sua opinião, quais os prováveis motivos que levam ao auxiliar de enfermagem a faltar ao trabalho?
6. Em sua opinião, quais as estratégias possíveis para a diminuição das faltas ao serviço por parte dos auxiliares de enfermagem?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O projeto de pesquisa Absenteísmo no Bloco Cirúrgico do HNSC: desmistificando o senso comum, tem por objetivo estudar o absenteísmo dos auxiliares de enfermagem que trabalham no Bloco Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Trata-se de um projeto de pesquisa, requisito parcial para a obtenção do título de Especialista, no programa de Pós Graduação em Informação e Ciências Tecnológicas em Saúde – Fio Cruz – GHC.

O estudo será desenvolvido através de observações, anotações e aplicação de entrevistas junto aos auxiliares de enfermagem e enfermeiros do bloco cirúrgico do HNSC, assim como coordenador e/ou assistente do Setor Saúde do Trabalhador do HNSC.

A coleta das informações será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e será desenvolvida no período de maio a outubro do ano de 2009.

As pessoas-sujeitos da pesquisa serão convidadas a fornecer informações a respeito do tema e do objetivo acima proposto. Ressalta-se que as entrevistas serão gravadas. O material coletado será do uso exclusivo do pesquisador, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da dissertação e dos artigos e comunicações que dela resultem.

Durante o processo em curso, e mesmo na escrita da dissertação, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da pesquisa.

A pesquisa não oferece nenhum dano ou desconforto ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento ao(s) à(s) mesmo(s) mesma (s). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da pesquisa e seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de que a entrevista seja interrompida e/ou seu conteúdo não seja divulgado, o pesquisador atenderá a sua vontade, garantindo ao sujeito da pesquisa o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si.

O material coletado não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação que possa prejudicar os (as) entrevistados (as) ou seu setor de trabalho. Os dados coletados serão guardados durante cinco anos pelo pesquisador, sendo destruídos após este prazo. É

compromisso deste pesquisador manter os (as) participantes informados (as) sobre o andamento da pesquisa e, ao final de sua realização, de comunicar-lhe(s) os resultados e/ou devolver-lhe(s), de alguma forma, o produto alcançado. Cópias das publicações desta pesquisa serão entregues à Coordenação do bloco cirúrgico do HNSC, Saúde do Trabalhador e Gerência das Unidades de Internação.

Caso ocorram novas perguntas sobre esse estudo, poderei encontrar o pesquisador Patrícia Nogueira de Collatto no endereço rua Francisco Trein, nº 596 no bloco cirúrgico do Hospital Nossa Senhora Conceição, telefone 3357 2266 ou no e-mail patycol@terra.com.br. Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso chamar ao Sr Ednilson Bomfim da Silva, orientador desta pesquisa, no Hospital Cristo Redentor, telefone 3357 4319.

Eu,, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito dos objetivos e procedimentos desta pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar.

Qualquer dúvida ética, poderei entrar em contato com Lisiane Boer Possa, Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo fone 33572407.

Patrícia Nogueira de Collatto -Pesquisador responsável

Eu, RG nº.....
 residente e domiciliado (a) à rua nº
 Bairro cidade/município Estado
 concordo em participar voluntariamente desta pesquisa e declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do entrevistado (a)

Local, data.....