



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS  
DOUTORADO - PPGENFBIO**

**ÉRIKA ALMEIDA ALVES PEREIRA**

**Análise do custo do absenteísmo de profissionais da equipe de  
enfermagem de um hospital universitário**

**Rio de Janeiro**

**2018**

**ÉRIKA ALMEIDA ALVES PEREIRA**

**Análise do custo do absenteísmo de profissionais da equipe de enfermagem de um hospital universitário**

Linha de Pesquisa: “Bases moleculares, celulares, fisiológicas e ambientais do cuidado em saúde”

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joanir Pereira Passos  
Co-Orientador: Prof. Dr. Antônio Augusto de Freitas Peregrino

**Rio de Janeiro  
2018**

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

P436      Pereira, Erika Almeida Alves  
            Análise do custo do absenteísmo de profissionais  
            da equipe de enfermagem de um hospital  
            universitário / Erika Almeida Alves Pereira. -- Rio  
            de Janeiro, 2018.  
            181 f.

            Orientadora: Joanir Pereira Passos.  
            Coorientador: Antônio Augusto de Freitas  
            Peregrino.  
            Tese (Doutorado) - Universidade Federal do  
            Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação  
            em Enfermagem e Biociências, 2018.

            1. Custo e análise de custo. 2. Absenteísmo. 3.  
            Saúde do trabalhador. 4. Equipe de enfermagem. I.  
            Passos, Joanir Pereira, orient. II. Peregrino,  
            Antônio Augusto de Freitas, coorient. III. Título.

## **ÉRIKA ALMEIDA ALVES PEREIRA**

### **Análise do custo do absenteísmo de profissionais da equipe de enfermagem de um hospital universitário**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para obtenção do título de Doutor em Ciências.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

**Profª. Drª. Joanir Pereira Passos**  
Presidente

---

**Prof. Dr. Cristiano Bertolossi Marta - UERJ**  
1º Examinador

---

**Profª. Drª. Renata da Silva Hanzelmann - UNIABEU**  
2º Examinador

---

**Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva - UNIRIO**  
3º Examinador

---

**Prof. Dr. Daniel Aragão Machado - UNIRIO**  
4º Examinador

---

**Profª. Drª. Patrícia Xavier Hommerding Frasson - UVA**  
Suplente

---

**Prof. Dr. Annibal José Roris Rodriguez Scavarda do Carmo - UNIRIO**  
Suplente

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha Querida Avó Isaura, pelo seu amor, carinho e por seu exemplo de luta, força e vontade de viver. Você sempre estará presente no meu coração.

## AGRADECIMENTOS

*A Deus pelo amor e suporte em cada momento de minha vida.*

*A meu esposo Luiz, sempre amigo, companheiro e grande incentivador, por estar sempre ao meu lado em TODOS os momentos, por sempre ter: um sorriso capaz de iluminar minha vida, uma palavra de apoio e um abraço de conforto.*

*À minha família, meus pais, em especial a minha mãe Sônia por sempre me incentivar a prosseguir, por me mostrar que as adversidades existem, mas que não são suficientes para impedir a busca pelos nossos sonhos.*

*Aos meus sogros, Cristina e Jorge Luiz, por entenderem as minhas ausências ao longo desses três anos.*

*Aos meus amigos, pois sem eles estar aqui não seria possível. Por me darem força e coragem para continuar. Obrigada por estarem sempre presentes quando precisei. Em especial às amigas Aline e Renata, por cada uma das vezes que repetiram: “Vai dar tudo certo!”*

*À Profª Drª Joanir Pereira Passos, que além de orientadora, tornou-se uma amiga e grande incentivadora.*

*Aos amigos do Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho (PENSAT) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) pelo apoio constante.*

*Às queridas Fabiana e Rachel da Secretaria do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências da UNIRIO - PPGENF/PPGENFBIO, pela paciência, carinho e atenção todos os dias.*

*À Maria da Guia pelo carinho de sempre e pelo cafezinho inspirador de todas as manhãs e tardes de orientação.*

*Aos docentes da Pós-graduação em Enfermagem e Biociências Doutorado (UNIRIO) que tanto contribuíram na minha formação ao longo destes três anos de desafios e aprendizado. Em especial ao Prof. Dr. Roberto Carlos*

*Lyra da Silva, por me despertar para os conceitos de Análises de Tecnologia em Saúde, e me abrir um horizonte enorme e apaixonante de conhecimentos.*

*Aos amigos e chefes, ao longo desta jornada, Alinna Lage Ferraz Pinto e Rafael de Assis, por incentivar meu crescimento e por todo apoio, e aos demais colegas de trabalho do Setor de Perícias em Saúde, assim como os gestores da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas por todo apoio e suporte.*

*Agradeço especialmente ao Prof. Dr. Antônio Augusto de Freitas Peregrino, grata surpresa ao longo desta caminhada, por ter compartilhado seus conhecimentos.*

*Aos membros da banca Prof. Dr. Cristiano Bertolossi Marta (UERJ), Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata de Silva Hanzelmann (UNIABEU), Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva (UNIRIO), Prof. Dr. Daniel Aragão Machado (UNIRIO), Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Patrícia Xavier Hommerding Frasson (Universidade Veiga de Almeida-UVA) e Prof. Dr. Annibal José Roris Rodriguez Scavarda do Carmo (UNIRIO) por dividir comigo esse momento único e contribuírem para a construção desta Tese de Doutorado.*

*A vocês, o meu muitíssimo obrigada!*

Pereira, Érika Almeida Alves. **Análise do custo do absenteísmo de profissionais da equipe de enfermagem de um hospital universitário**. 2018, 181p. Tese (Doutorado em ciências) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro.

## RESUMO

Este estudo apresentou como afirmativa de tese que o custo médio do absenteísmo dos profissionais de enfermagem impacta significativamente o orçamento destinado a recursos humanos da instituição analisada. Elencou-se como objetivos: Estimar o impacto do custo monetário do absenteísmo dos profissionais de enfermagem sobre o orçamento destinado aos Recursos Humanos; Identificar as características sociodemográficas e os principais agravos geradores de afastamentos por motivos de doença nos profissionais de enfermagem; Estimar o custo médio do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de acordo com os CID(s) identificados; Construir uma Árvore de Decisão que contemple as principais causas de absenteísmo no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem; e, Discutir as principais causas de absenteísmo dos profissionais de enfermagem na perspectiva da saúde do trabalhador. Trata-se de um estudo de avaliação econômica parcial, de natureza descritiva e abordagem quantitativa do tipo Análise de Impacto Orçamentário, buscando o levantamento do total dos custos relacionados ao absenteísmo por motivo de doença vivenciado pelos membros da equipe de enfermagem, entre os anos de 2015 a 2017, baseado na perspectiva do SUS. Assim ao final do estudo observa-se a existência um predomínio de profissionais do sexo feminino em todas as categorias profissionais, sendo sua maioria pertencente as faixas etárias acima dos 46 – 50 anos. Entre os motivos atribuídos ao absenteísmo entre os profissionais destacou-se os transtornos mentais e comportamentais, as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, as neoplasias e as lesões, envenenamento e outras causas de consequências externas. Os auxiliares de enfermagem compuseram a categoria profissional com o maior número de dias de absenteísmo registrados, entretanto os técnicos de enfermagem apresentam as maiores taxas de absenteísmo encontradas. Os enfermeiros apresentam maior custo quando analisadas as médias de dias por afastamento no trabalho, com uma média de R\$ 4.928,88 por licença médica, entretanto, quando considerados o total de dias de absenteísmo, os auxiliares de enfermagem apresentam um maior custo monetário total, correspondendo à um total de R\$ 913.074,00 ao longo dos três anos analisados. No que tange o total de dias de absenteísmo, estima-se um custo de R\$ 2.053.763,84 somadas as ausências das três categorias profissionais ao longo dos anos de 2015 a 2017, representando um impacto orçamentário de 0,72% do orçamento institucional destinado a folha de pagamento de pessoal do referido hospital. A análise de sensibilidade demonstrou que o absenteísmo entre os enfermeiros representa maior média de custo, ocasionando impacto no valor final do custo relacionado ao absenteísmo na instituição. O estudo aponta para a necessidade de atenção para os índices de absenteísmo, além da implementação de ações de qualidade de vida no trabalho, de prevenção e de promoção à saúde dos profissionais de enfermagem, visando a redução do adoecimento e índice de absenteísmo e,

consequentemente a redução do custo gerado com a ocorrência de novos casos de absenteísmo na instituição analisada.

Palavras-chave: Custo e análise de custo; Absenteísmo; Saúde do trabalhador; e, Equipe de enfermagem.

Pereira, Érika Almeida Alves. **Analysis of the cost of absenteeism of professionals of the nursing team of a university hospital**. 2018, 181p. Tese (Doutorado em ciências) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro.

#### ABSTRACT

This thesis affirmed that the average cost of absenteeism of nursing professionals significantly impacts the budget allocated to human resources of the analyzed institution. It was set as objectives: To estimate the impact of the monetary cost of absenteeism of nursing professionals on the budget for Human Resources; To identify the sociodemographic characteristics and the main causes of absence by sickness reason in nursing professionals; Estimate the average cost of absenteeism of nursing professionals according to identified CID(s); To construct a Decision Tree that contemplates the main causes of absenteeism in the work process of the nursing professionals; and, Discuss the main causes of absenteeism of nursing professionals from the perspective of worker health. This is a partial economic evaluation study, of a descriptive nature and a quantitative approach of the Budget Impact Analysis type, seeking to collect the total costs related to absenteeism due to illness experienced by the members of the nursing team, between the years of 2015 to 2017, based on the SUS perspective. Thus, at the end of the study, there is a predominance of female professionals in all professional categories, most of which belong to the age group above 46-50 years. Among the reasons attributed to absenteeism among professionals were mental and behavioral disorders, musculoskeletal and connective tissue diseases, neoplasias and injuries, poisoning and other causes of external consequences. Nursing assistants made up the professional category with the highest number of days of absenteeism recorded, however, nursing technicians had the highest rates of absenteeism found. Nurses have a higher cost when the average number of absentee days from work is analyzed, with an average of R\$ 4.928,88/per medical license, however, when considering the total number of days of absence, nursing assistants have the higher total monetary cost, corresponding to a total of R\$ 913.074,00 over the three years analyzed. Regarding the total number of days of absence, a cost of R\$ 2.053.763,84 is estimated, getting together the absences of the three professional categories over the years 2015 to 2017, representing a budgetary impact of 0,72% of the budget for the staff payroll of the referred hospital. The sensitivity analysis showed that absenteeism among nurses represents a higher average cost, causing an impact on the final cost of absenteeism in the institution. The study points to the need for attention to absenteeism indices, as well as the implementation of quality of life actions at work, prevention and health promotion of nursing professionals, aiming at reducing sickness and absenteeism index and, consequently, the reduction of the cost generated with the occurrence of new cases of absenteeism in the analyzed institution.

Palavras-chave: Costs and cost analysis; Absenteeism; Occupational health; and, Nursing, team.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b>	Modelo da Estruturação da Árvore de Decisão	65
<b>Figura 2.</b>	Fluxograma demonstrativo dos procedimentos realizados para coleta de dados	73
<b>Figura 3.</b>	Estrutura da Árvore De decisão e seus componentes	75
<b>Figura 4.</b>	Quadro de remuneração média dos servidores por categoria profissional, HU – Rio de Janeiro, 2018	76
<b>Figura 5.</b>	Quadro da descrição do perfil dos profissionais da equipe de enfermagem do HU, nos anos de 2015-2017, HU – RJ, 2018	81
<b>Figura 6.</b>	Gráfico da distribuição do total de profissionais da equipe de enfermagem com registro de afastamento por motivo de doença entre os anos de 2015 e 2017, HU – RJ, 2018	82
<b>Figura 7.</b>	Gráfico da distribuição dos profissionais de enfermagem com histórico de afastamento por motivo de doença segundo sexo, HU – RJ, 2018	83
<b>Figura 8.</b>	Quadro com média de tempo de serviço da instituição dos profissionais de enfermagem do HU com registro de afastamento por motivo de doenças nos anos de 2015 e 2017, HU – RJ, 2018	83
<b>Figura 9.</b>	Lotação dos profissionais de enfermagem com registro de afastamento por motivo de doença por categoria profissional, HU – RJ, 2018	84
<b>Figura 10.</b>	Gráfico da distribuição do número de licenças médicas segundo categoria profissional, por ano de ocorrência, HU – RJ, 2018	85
<b>Figura 11.</b>	Razão de afastamentos (Dias) por profissionais por ano, segundo categoria profissional, no período de 2015 a 2017, HU-RJ, 2018	87
<b>Figura 12.</b>	Estrutura da árvore de decisão após <i>Roll Back</i>	99
<b>Figura 13.</b>	Quadro de Ranking do Custo monetário médio do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem, HU, Rio de Janeiro - 2018	101
<b>Figura 14.</b>	Diagrama de Tornado	102
<b>Figura 15.</b>	Valor médio associado às licenças médicas por transtornos mentais e comportamentais entre os profissionais de enfermagem, HU, Rio de Janeiro, 2018	103
<b>Figura 16.</b>	Valor médio associado às licenças médicas por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo entre os profissionais de enfermagem, HU, Rio de Janeiro, 2018	104
<b>Figura 17.</b>	Valor médio associado as licenças médicas por neoplasias entre os profissionais de enfermagem, HU, Rio de Janeiro, 2018	105
<b>Figura 18.</b>	Valor médio associado as licenças médicas por lesões, envenenamento e outras consequências externas entre os profissionais de enfermagem, HU, Rio de Janeiro, 2018	106

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Perfil de distribuição das faixas etárias de acordo com as categorias profissionais dos trabalhadores com registro de afastamento no período entre janeiro de 2015 – dezembro de 2017, HU – RJ, 2018	84
<b>Tabela 2.</b>	Distribuição dos profissionais afastados, licenças médicas e dias perdidos, segundo categoria profissional, no período de 2015 a 2017, HU-RJ, 2018	86
<b>Tabela 3.</b>	Distribuição dos dias de afastamentos dos profissionais da equipe de enfermagem do HU, nos anos de 2015 a 2017, segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	89
<b>Tabela 4.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo II: Neoplasias [Tumores] (C00 – D48) da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	91
<b>Tabela 5.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais (F00 – F99) da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	92
<b>Tabela 6.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XIII: Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (M00 – M99) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	93
<b>Tabela 7.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00 – T98) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	94
<b>Tabela 8.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 – B99) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	168
<b>Tabela 9.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50 – D89) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	168
<b>Tabela 10.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 – E90) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	169

<b>Tabela 11.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo VI: Doenças do sistema nervoso (G00 – G99) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	170
<b>Tabela 12.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 – H95) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	170
<b>Tabela 13.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo VII: Doenças do olho e anexos (H00 – H59) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	171
<b>Tabela 14.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório (I00 – I99) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	172
<b>Tabela 15.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo X: Doenças do aparelho respiratório (J00 – J99) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	173
<b>Tabela 16.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo (K00 – K93) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	174
<b>Tabela 17.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 – L99) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	175
<b>Tabela 18.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XX: Causas externas de morbidade e da mortalidade (V01 – Y98) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	175
<b>Tabela 19.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário (N00 – N99) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	176

<b>Tabela 20.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (O00 – O99) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	177
<b>Tabela 21.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratoriais, não classificados em outra parte (R00 – R99) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	178
<b>Tabela 22.</b>	Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XXI: Fatores que influenciam estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 – Z99) da Classificação Internacional da Doenças (CID-10) – HU - RJ, 2018	179
<b>Tabela 23.</b>	Apresentação da taxa de absenteísmo e custo do absenteísmo por categoria profissional e ano, referente aos anos de 2015 a 2017 dos profissionais de enfermagem do HU. RJ, 2018	97
<b>Tabela 24.</b>	Análise do Impacto Orçamentário do custo do total de dias de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem entre os anos de 2015 a 2017 do HU, RJ, 2018	108

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACB	Análise de Custo Benefício
ACE	Análise de Custo Efetividade
ACM	Análise de Custo Minimização
ACU	Análise de Custo Utilidade
AIO	Análise de Impacto Orçamentário
APF	Administração Pública Federal
APH	Adicional de Plantão Hospitalar
ATS	Avaliação de Tecnologia em Saúde
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CID	Código Internacional de Doenças
CISSP	Comissão Interna de Saúde do Servidor Público
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Central de Material Esterilizado
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DORT	Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho
DP	Desvio Padrão
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FM	Número de faltas, em escalas de 8 horas
FM1	Número de faltas, em escalas de 6 horas
FP	Número de faltas, em escalas de 12 horas
HU	Hospital Universitário
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
IST	Índice de Segurança Técnica
JST	Jornada Semanal de Trabalho
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PCCTAE	Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação
PENSAT	Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho
PMO	Perícia Médica Oficial
PN	Portaria Normativa
PNGTS	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOSS	Norma Operacional de Saúde do Servidor
NR	Norma Regulamentadora
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde

REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
SIAP	Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SIPEC	Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal
SISOSP	Coordenação de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal
SPS	Setor de Perícias em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Taxa de Absenteísmo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Total de dias úteis

## SUMÁRIO

SEÇÃO 1 – INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Considerações iniciais .....	19
1.2 Afirmativa de tese .....	26
1.3 Objetivos .....	26
1.4 Justificativa e relevância do estudo.....	27
SEÇÃO 2 – REVISÃO DE LITERATURA.....	29
2.1 O papel do trabalho e o trabalho em saúde .....	29
2.2 A enfermagem e o ambiente hospitalar .....	32
2.3 O absenteísmo e suas repercussões.....	38
2.4 O papel da saúde do trabalhador.....	49
2.5 A legislação brasileira e a saúde do servidor público federal.....	49
2.6 A legislação do servidor público federal sobre direito a licença previstas em lei .....	56
2.7 Avaliação econômica .....	59
SEÇÃO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS.....	66
3.1 Delineamento metodológico.....	66
3.2 Local do estudo.....	67
3.3 Cenário .....	67
3.4 População e amostra .....	69
3.5 Procedimentos para coleta de dados.....	70
3.6 Análise e estruturação dos dados.....	73
3.7 Perspectiva do estudo.....	76
3.8 Custos considerados.....	76
3.9 Pressupostos .....	77
3.10 Aspectos éticos .....	78
SEÇÃO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	80
4.1 Caracterização sociodemográfica e ocupacional da população .....	80
4.2 Caracterização dos afastamentos dos profissionais da equipe de enfermagem.....	85
4.3 Problemas de saúde relacionados ao absenteísmo.....	90
4.4 Taxa de absenteísmo e custo real do absenteísmo dos profissionais de enfermagem.....	96
4.5 Resultado da árvore de decisão e custo do absenteísmo por CID .....	98
4.6 Resultado da análise de sensibilidade .....	101
4.7 Resultado da análise de impacto orçamentário .....	106

SEÇÃO 5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	109
5.1 Dados sociodemográficos .....	109
5.2 Principais causas de afastamentos por motivo de doença .....	116
5.3 Motivos relacionados a ocorrência de absenteísmo .....	131
5.4 Impacto orçamentário relacionado ao absenteísmo.....	132
5.5 Repercussões do absenteísmo.....	136
5.6 Estratégias para minimizar o absenteísmo .....	139
5.7 Limitações do estudo .....	142
SEÇÃO 6 - CONCLUSÕES.....	144
6.1 Considerações finais.....	144
REFERÊNCIAS.....	147
Apêndice 1 – Roteiro para coleta sistemática dos dados sociodemográficos, profissionais e histórico de saúde .....	162
Apêndice 2 – Descrição das variáveis que compuseram a árvore de decisão .....	163
Apêndice 3 – Carta de anuência à chefia do Setor de Perícias .....	165
Apêndice 4 – Carta de anuência à Pró-Reitoria de gestão de pessoas .....	166
Apêndice 5 – Pedido de dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	167
Apêndice 6 – Tabelas de distribuição de ocorrências de licenças médicas por outros CIDs .....	168
Anexo 1 – Estrutura de vencimento básico do PCCTAE a partir de 1º de janeiro de 2017. ....	180
Anexo 2 – Tabela de percentual de incentivo a qualificação a partir de 1º de janeiro de 2013 .....	181

## **SEÇÃO 1 – INTRODUÇÃO**

### **1.1 Considerações iniciais**

O mundo moderno e globalizado exige das organizações um alto índice de competitividade e busca por resultados, gerando elevados níveis de pressão e cobranças, trazendo a necessidade de um profissional com perfis físico e mental para enfrentar e suportar maiores cargas de trabalho.

Maiores exigências por qualidade nos serviços, eficiência e alcance de metas são algumas das transformações ocorridas no mundo do trabalho, sendo estas práticas não apenas uma realidade da esfera privada, estando igualmente presentes nos serviços públicos (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; MOTTA, 2013).

Para tais transformações, exigem-se alterações nos processos produtivos, incluindo a necessidade de conhecimento avançado, a crescente introdução de novas tecnologias, constante exigência por trabalhadores qualificados e busca por resultados. Essas exigências acabam sendo seguidas por indicadores críticos, ligados a questões organizacionais propriamente ditas, que vão na linha oposta às necessidades esperadas, como queda na produtividade e na qualidade do produto final (FERREIRA, 2012).

Dentre esses indicadores, encontram-se os associados ao trabalho, igualmente impactantes nos fatores organizacionais, como os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais e, a ocorrência de absenteísmo e presenteísmo (FERREIRA, 2012).

Entende-se por absenteísmo, a ausência do profissional no seu ambiente de trabalho quando este deveria estar presente, existindo diferentes motivações que podem gerar sua ocorrência (CHIAVENATO, 2009, 2010; LAUS; ANSELM, 2008).

Por sua vez, o presenteísmo pode ser caracterizado pela presença do profissional ao trabalho, ainda que doente e, portanto, sem capacidade de desenvolver suas atividades de forma plena, podendo repercutir em acidentes de trabalho e queda da qualidade do serviço (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; SANDÍ, 2006).

Trata-se de um conceito recente e que está intimamente ligado ao absenteísmo (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012; UMANN; GUIDO; SILVA, 2014), sendo também conhecido como “absenteísmo de corpo presente”, onde há queda da produtividade do profissional. Entretanto, sua mensuração ainda não é tão clara quanto o absenteísmo (HYEDA; HANDAR, 2011).

Tanto o absenteísmo quanto o presenteísmo implicam em malefícios à saúde do trabalhador e comprometem a qualidade do serviço em diversos aspectos.

Sabe-se que o trabalho tem papel fundamental na vida do indivíduo, seja no seu crescimento e desenvolvimento como ser humano, na sua realização profissional e pessoal, sendo ainda meio de subsistência (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009). Contudo, faz-se necessário ressaltar que, o mesmo trabalho que é fonte de aspectos positivos, como inserção social e fonte de satisfação, também concilia aspectos negativos, que tornam a atividade laboral desagradável, não geradora de prazer e satisfação (DEJOURS, 2015; SELIGMANN-SILVA, 1997).

Neste contexto, o ambiente e a organização do trabalho oferecem situações diversas de bem-estar e mal-estar, cabendo a cada indivíduo, único e subjetivo, conciliar e enfrentar essas situações, juntamente com outros aspectos de sua vida particular. A influência desses aspectos pode levar a situações de insatisfação no trabalho, afetando o profissional não apenas em sua individualidade, como também coletivamente.

Essas repercussões negativas relacionadas ao trabalho são constantemente associadas a fatores desencadeadores de problemas à saúde dos profissionais, como estresse ocupacional, altos índices de absenteísmo e queda na produtividade, entre outros (SHADER et al., 2001).

As questões apresentadas são ainda mais complexas quando tratamos da atuação no serviço público, que apesar de ter alcançado melhorias ao longo dos últimos anos, ainda apresenta condições de trabalho consideradas insatisfatórias. Tais condições convergem para o aumento do adoecimento, e conseqüentemente do absenteísmo, impactando diretamente na eficiência alocativa dos recursos financeiros escassos, assim como na efetividade dos serviços prestados à população (FERNANDES; FERREIRA, 2015; GOMES; SILVA; SÓRIA, 2012).

A realidade atual do servidor público envolve cobranças por produtividade, quantitativo insuficiente de pessoal, terceirizações, precarização do trabalho e flexibilização de direitos adquiridos ao longo dos anos (FANTAZIA, 2015). Soma-se a isso, a desvalorização do servidor público, com a criação do estereótipo do indivíduo que não quer trabalhar (CARNEIRO, 2006) e, a tendência de responsabilização dos servidores pela não qualidade dos serviços prestados (LANCMAN et al., 2007; NUNES; LINS, 2009).

Estas questões apontam para o serviço público como fonte geradora de estresse ocupacional, sobrecarga de trabalho, desmotivação e insatisfação profissional, além das altas exigências físicas, emocionais e cognitivas. Observa-se então que esta atividade é propiciadora e facilitadora do adoecimento, tornando-se fonte de absenteísmo entre os profissionais (ARAÚJO, 2012; FONSECA; CARLOTTO, 2011; VALE et al., 2015).

Quando trata-se do ambiente hospitalar faz-se necessário o entendimento de um sistema onde as ausências e o adoecimento de seus trabalhadores são produtos inesperados, porém, produzidos a partir das atividades laborativas desenvolvidas pelos profissionais durante o processo de assistir ao outro, tal fato repercute em uma geração contínua de adoecimento e afastamentos ocasionados por problemas de saúde destes profissionais, levando a um aumento dos gastos relacionados ao processo de trabalho (BERTALANFFY, 1975; PINHEIRO, 2012).

Os hospitais públicos passam por situações que dificultam o processo de assistência à saúde, como número insuficiente de pessoal, falta de insumos materiais como medicamentos e equipamentos, demonstrando as dificuldades de ordem econômica e financeira. Neste aspecto, é fundamental uma mentalidade de controle de gastos como instrumento de otimização da alocação de recursos e, no caso do absenteísmo, no controle dos recursos dispendidos com mão-de-obra (JUNKES; PESSOA, 2010; MARTINS, 2006).

O financiamento dos hospitais públicos advém de sua produtividade gerada, ou seja, pelo volume de serviços executados e declarados ao Ministério da Saúde (MS) sob forma de planilhas. Visto isso, o absenteísmo dos profissionais pode significar uma menor produtividade e, conseqüentemente, menor repasse de recursos a serem aplicados (JUNKES; PESSOA, 2010).

Como parcela mais significativa dos recursos humanos alocados dentro do ambiente hospitalar, temos os profissionais da equipe de enfermagem, gerando uma demanda importante dos recursos financeiros despendidos pelas organizações especificamente para esta categoria profissional (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; BARBOZA; SOLER, 2003; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; LAUS; ANSEMI, 2008; MAGALHÃES et al., 2011; MANTOVANI et al., 2015; MARQUES et al., 2015; SILVA; MARZIALE, 2006).

Os profissionais da equipe de enfermagem vivem uma realidade de trabalho muito característica, que envolve o convívio próximo e diário de pacientes com diferentes níveis de dor e sofrimento, com a morte, com excesso de atividades e muitas vezes, com a falta de reconhecimento profissional, fatores que também podem acarretar em agravos à saúde (CEBALLOS-VÁSQUEZ et al., 2015; VARGAS; DIAS, 2011).

Em seu exercício profissional diário, a equipe de enfermagem enfrenta inúmeras situações de adversidade, que perpassam desde problemas relacionados ao ambiente e organização do trabalho, até necessidades de acúmulo de funções e cargas de trabalho excessivas. Isso os cobram de serem “máquinas” de prestação do cuidado ao próximo. Soma-se a isso a atividade laboral em locais insalubres, que não oferecem condições adequadas de atuação, a precarização do trabalho, falta de recursos materiais e humanos, número elevado de horas de trabalho, má remuneração e outros excessos de cargas físicas e mentais que repercutem diretamente na saúde dos profissionais, podendo gerar o seu adoecimento (FARIAS; ZEITOUNE, 2007).

Vale ressaltar que a assistência ao paciente depende de vários fatores para que possa desenvolver-se de maneira adequada. Frente as questões citadas, evidencia-se que, nem sempre é possível evitar situações em que o trabalhador deixe de comparecer ao trabalho, uma vez que este gera influências negativas aos profissionais, que repercutem em insatisfação, desmotivação, diminuição da qualidade da assistência prestada e adoecimentos dos profissionais, ou seja, o absenteísmo.

Destaca-se que no setor público são poucas e recentes as legislações que tratam a atenção à saúde e segurança dos trabalhadores. Estas questões somente são abordadas quando se percebe o impacto que acidentes de trabalho

e o afastamento de servidores acarretam à questão orçamentária. A ciência deste impacto negativo propiciou a criação de uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) em 2010, pautada em três eixos de atuação – promoção e vigilância à saúde; assistência à saúde; e, perícia – com vistas a avaliação dos ambientes de trabalho e, o impacto na Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) destes indivíduos (BRASIL, 2010a).

A organização da PASS é realizada por meio do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), instituído pelo Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Este tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009a).

Entretanto, embora haja legislações que tratem da saúde e segurança do trabalhador no setor público, na prática existem inúmeras dificuldades para implementação de medidas efetivas que tratem da promoção e prevenção à saúde destes profissionais, visto que vivenciamos constante escassez de verbas em geral e a dificuldade em alocar recursos para estas atividades. Tal fato não apenas deixa de prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores como também acaba por gerar/alimentar a ideia de não valorização dos profissionais.

O absenteísmo e suas repercussões são temáticas atuais e que preocupam pesquisadores no Brasil (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; JUNKES; PESSOA, 2010; MININEL et al., 2013; SANCINETTI et al., 2011) e no mundo (BAYDOUN; DUMIT; DAOUK-ÖYRY, 2016; DAMART; KLETZ, 2016; ENNS; CURRIE; WANG, 2015; MORET et al., 2012; MUDALY; NKOSI, 2015; TRIPATHI et al., 2010).

É possível perceber uma hegemonia de estudos que abordam a equipe de enfermagem como destaque, principalmente em estudos realizados em instituições hospitalares, uma vez que esta compõe o maior quantitativo da força de trabalho destas instituições (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; BARBOZA; SOLER, 2003; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; JUNKES; PESSOA, 2010; LAUS; ANSELMINI, 2008; MAGALHÃES et al., 2011; MANTOVANI et al., 2015; MARQUES et al., 2015; MININEL et al., 2013; SANCINETTI et al., 2011; SILVA; MARZIALE, 2006).

As ausências no trabalho acarretam em impacto negativo, uma vez que afetam diretamente a produtividade, refletindo na economia da organização, gerando custos diretos, pela ausência do profissional que deveria estar exercendo suas atividades, custos indiretos, representados pela redução da quantidade e qualidade do cuidado prestado, assim como, gera problemas de ordem administrativa (NICOLA; BARBOZA; MARASCHIN, 2005).

Frente aos diversos tipos de absenteísmo, destaca-se o chamado absenteísmo-doença, ou seja, a ausência do profissional por motivo de adoecimento da própria saúde, que gera um afastamento justificado por licença médica. No caso de servidor público, em consonância com a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, esta ocorre sem prejuízo de sua remuneração, uma vez realizada a Perícia Médica Oficial (PMO) (BRASIL, 1990a).

Estudos apontam para o absenteísmo por motivo de doença como o que mais impacta as organizações, seja em relação aos custos diretos e/ou indiretos, podendo representar cerca de 75% dos motivos de absenteísmo registrados (APPOLINARIO, 2008; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; SILVA; MARZIALE, 2000).

No Brasil, o Ministério da Previdência Social expôs que em 2016 foram concedidos um total de 5.132.451 benefícios, sendo 2.190.808 benefícios por auxílio doença e 11.834 benefícios concedidos por acidentes de trabalho, representando um valor total de R\$ 6.700.025.000, caracterizando um crescimento de 33% do valor de benefícios concedidos no ano de 2015, dentre os quais R\$ 2.418.224.000 foram dispendidos com auxílios doença e, R\$ 8.224.000 com acidentes de trabalho. Vale destacar que o Estado do Rio de Janeiro representou um custo correspondente à R\$ 558.708.000 em benefício no referido ano, sendo R\$ 192.461.000 relacionados a benefícios por auxílio doença (BRASIL, 2016).

Entre as atividades econômicas com maior quantitativo de afastamentos previdenciários e acidentários estão os setores de bancos múltiplos, transporte rodoviário com carga, construção de edifícios, administração pública e atividades de atendimento hospitalar, onde incluímos os profissionais da equipe de enfermagem. Dentre as doenças que mais ocasionam afastamentos, destacam-se as doenças osteomusculares e as doenças mentais e comportamentais (BRASIL, 2016).

Ressalta-se que no setor público não existe uma estatística nacional disponível para consulta que exponha a totalidade de gastos com as licenças médicas e acidentes de trabalho.

O interesse em estudar o absenteísmo e os custos gerados pelas licenças por motivo de saúde dos profissionais da equipe de enfermagem emerge da experiência profissional como enfermeira do trabalho no setor de perícias de uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES). O referido setor é vinculado a uma Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, criada em 2013, com o objetivo de contribuir na realização de ações e projetos voltados ao desenvolvimento da universidade, atingindo diretamente a satisfação de seus trabalhadores e da qualidade dos serviços prestados à comunidade, entre outros.

Anteriormente à criação desta Pró-Reitoria, a referida IFES possuía um setor único para tratar as questões de saúde dos servidores. Porém, a abordagem à saúde dos servidores era voltada quase que exclusivamente para procedimentos periciais e homologação de afastamentos por motivos diversos. Após a criação da Pró-Reitoria, propôs-se uma Divisão de Saúde do Trabalhador, com dois setores, com abordagens distintas e complementares, um setor de perícias e um setor voltado para atenção à saúde dos trabalhadores.

O setor de perícias, dentre suas atividades, é responsável pela realização das perícias dos servidores, como parte das atribuições do SIASS, observando-se a preponderância de afastamentos por motivo de saúde dos servidores pertencentes a equipe de enfermagem.

Na literatura, encontra-se uma diversidade de estudos que apontam para os pressupostos do absenteísmo entre os profissionais da equipe de enfermagem, com os principais problemas de saúde que ocasionam esses afastamentos, cálculos de índices e taxas de absenteísmo, porém sem apresentar uma análise dos custos financeiros ocasionados por tais ocorrências (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015; ESTORCE; KURCGANT, 2011; MAGALHÃES et al., 2011; MANTOVANI et al., 2015; QUADROS et al., 2016).

Tal fato traz à tona a necessidade de discutir os aspectos econômico/financeiro envolvidos no alto índice de ausência dos profissionais da equipe de enfermagem, de forma a contribuir com propostas de intervenções que tratem a deficiência na aplicação de recursos financeiros escassos, sugerindo uma melhor alocação.

Para isso, pretende-se apresentar o cenário do custo financeiro ocasionado pelo absenteísmo por motivo de doenças gerado pelo processo produtivo da equipe de enfermagem de um hospital universitário.

Faz-se necessário pensar o absenteísmo como um agravo de dimensão sócio econômica que onera não apenas o sistema de saúde e o sistema previdenciário, como também o cliente e o próprio profissional, na perspectiva da saúde do trabalhador, levando a questão de pesquisa: **Qual o custo monetário associado a ocorrência do absenteísmo dos profissionais de enfermagem da instituição?**

## 1.2 Afirmativa de tese

Assim, lança-se como afirmativa de tese: O custo médio do absenteísmo dos profissionais de enfermagem impacta significativamente o orçamento destinado a recursos humanos da instituição analisada.

## 1.3 Objetivos

Pretende-se que este estudo alcance os seguintes objetivos:

- Objetivo Geral:

Estimar o Impacto do custo monetário do absenteísmo dos profissionais de enfermagem sobre o orçamento destinado aos Recursos Humanos.

- Objetivos Específicos:

- 1) Identificar as características sociodemográficas e os principais agravos geradores de afastamentos por motivo de doença nos profissionais de enfermagem;
- 2) Estimar o custo médio do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de acordo com os CID(s) identificados;
- 3) Construir uma Árvore de Decisão que contemple as principais causas de absenteísmo no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem; e

- 4) Discutir as principais causas de absenteísmo dos profissionais de enfermagem na perspectiva da saúde do trabalhador.

#### **1.4 Justificativa e relevância do estudo**

Estudos de avaliação econômica representam uma importante ferramenta para gestores em saúde, uma vez que os auxiliam no processo de tomada de decisão relacionada à aplicação eficiente de recursos (NITA et al., 2010).

Destaca-se que o absenteísmo, por motivo de saúde, deve ser abordado na perspectiva da saúde do trabalhador, uma vez a identificação de agravos à saúde dos profissionais e, conseqüentemente no contexto de dimensionamento de pessoal, possibilitando avaliações de ações de promoção e prevenção à saúde profissionais e, com isso subsidiar tomadas de decisão frente a implementação e/ou aperfeiçoamento de Programas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores.

A longo prazo, a evolução do processo saúde/doença para os profissionais da equipe de enfermagem e o reconhecimento desta, tem impacto ético, técnico e legal, com repercussões na organização e qualidade da assistência prestada.

Faz-se necessário compreender o contexto de trabalho e condições do mesmo e, a influência desses fatores na saúde e no processo saúde-doença dos profissionais, para oferecermos subsídios para formulação de ações de prevenção e controle dos agravos à saúde e do absenteísmo, contribuindo não apenas para a criação de novas formas de tratar a situação, como também contribuindo com a produção científica sobre a temática.

A relevância do estudo está não apenas na identificação das doenças que mais ocasionam afastamentos aos profissionais da equipe de enfermagem, como também as doenças que mais oneram o orçamento em saúde, sendo base para preceder outros estudos de análise econômica completa, priorizando estudos de intervenção voltadas às questões identificadas como as que mais influenciam à saúde dos profissionais, na perspectiva da saúde do trabalhador, como também aquelas que geram um maior custo monetário na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, pretende-se fortalecer a produção científica da Linha de Pesquisa - Bases moleculares, celulares, fisiológicas e ambientais do cuidado em saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências e do Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho (PENSAT), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), e contribuir no estado da arte em relação à temática e no fundamento de novas pesquisas.

## SEÇÃO 2 – REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O papel do trabalho e o trabalho em saúde

Marx (1982) define o trabalho como uma atividade essencialmente humana, na qual o homem conscientemente transforma a natureza e por ela é transformado, exercendo para isso a sua criatividade. Através dessa ação transformadora o homem atua sobre um determinado ambiente para atender uma determinada necessidade (MORIN, 2001; TOLFO; PICCININI, 2007).

O trabalho é parte essencial da vida das pessoas, atua como um importante meio de obtenção de bem-estar, crescimento, desenvolvimento e realização pessoal para uma plena participação na sociedade, atendendo a necessidades psicossociais importantes para identificação individual de papel e status social, sendo ainda meio de sobrevivência e subsistência, uma vez que gera um meio de produção para a sociedade e gera lucro para quem a realiza (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005; WADDELL; BURTON, 2006).

O trabalho é responsável para formação da identidade e subjetividade do indivíduo, tendo caráter emancipador (FANTAZIA, 2015).

As atividades laborais podem se caracterizar por uma atividade criativa, geradora de prazer, proporcionando satisfação, bem-estar, reconhecimento e status social. Em contrapartida, as formas de organização e execução do trabalho podem gerar efeitos negativos, onde a submissão do trabalhador ao capital oriundo das trocas de mão de obra os levam a dominação cultural, social e econômica, fazendo do trabalho uma fonte de sofrimento, insatisfação, desequilíbrio físico e emocional, dor e frustração (CARVALHO et al., 2010; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; NAVARRO; PADILHA, 2007).

O processo e o mundo do trabalho estão em constante transformação, alterando fortemente os modos de trabalhar, como inserção do trabalhador no mercado de trabalho, remuneração, tempo de contribuição para previdência. Isso frente a um mercado fortemente competitivo e em ambientes pouco saudáveis (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Nas últimas décadas, as transformações do mundo do trabalho exigem dos profissionais um ritmo intenso de trabalho, duplas jornadas e condições de trabalho muitas vezes precárias o que incorre em adoecimento, elevado absenteísmo e queda na qualidade do serviço realizado (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; SANCINETTI et al., 2009)

As mudanças no contexto do trabalho, o incremento de novas tecnologias, informatização de atividades trazem importantes transformações nos serviços em geral, incluindo o ambiente hospitalar (UMANN et al., 2011).

Soma-se as atuais exigências das organizações do mundo contemporâneo, como maior competitividade, busca por maior produtividade com redução do contingente de trabalhadores e do tempo para realização das tarefas, situações que geram aumento da sobrecarga de trabalho e podem levar a ocorrência de estresse ocupacional (UMANN; GUIDO; FREITAS, 2011).

A competitividade exige maior intensificação do trabalho, envolvendo maior esforço físico e mental por parte dos trabalhadores, gerando desgastes que exacerbam o limite da capacidade dos trabalhadores, fato que pode ser agravado na presença de instabilidade e insegurança no emprego, que muitas vezes obriga o trabalhador a se submeter as exigências institucionais (ELIAS; NAVARRO, 2006; MARTINATO et al., 2010).

Essas mudanças não afetam apenas dos setores privados, nas instituições públicas também houve necessidade de implementação de novos mecanismos de gestão, e organização, com exigências para aumento de produtividade, exigência com horários, número insuficiente de profissionais, vínculos precários de trabalho, imposição de metas e pressão por resultados, entre outros. (FANTAZIA, 2015; RAMALHO, 2017; VALE et al., 2015)

Como, também, os servidores públicos, estão sujeitos as mesmas transformações do mundo do trabalho e, submetidos a um contexto organização que não se difere daquele presente na iniciativa privada (VALE et al., 2015)

Ao abordarmos o trabalho em saúde é preciso levar em consideração que ele difere das características típicas do trabalho industrial, sendo um trabalho que gera um produto intangível de valorização material, se apresentando como uma atividade geradora de um produto imaterial, não palpável – a saúde (KURCGANT et al., 2011; PENA; MINAYO-GOMEZ, 2010)

O trabalho em saúde distingue-se por um caráter relacional e que exige uma simultaneidade, onde o trabalho se materializa pelo encontro direto do trabalhador que o “produz” com o seu consumidor, e onde ambos são protagonistas da atividade, cada qual com sua autonomia e controle sobre o processo. Sendo assim, o produto gerado pelo trabalho em saúde é um bem não estocável (MERHY; FRANCO, 2003; PENA; MINAYO-GOMEZ, 2010).

Franco (2006) afirma a não existência de uma autossuficiência no trabalho em saúde, uma vez que suas características próprias trazem a necessidade de um trabalho coletivo, voltado para o usuário e para suas necessidade de saúde (FRANCO, 2006) classificando-o como um trabalho vivo em ato.

Quando fala-se sobre trabalhador, existe a necessidade de enxergarmos diversos indivíduos, cada qual com sua individualidade e subjetividade, exercendo uma atividade específica, se relacionando entre si e inseridos em um ambiente de trabalho, onde existe uma organização e estruturação social própria, portanto é preciso ter uma visão do sentido real do trabalho, onde não se pode dissociar o trabalhador, o trabalho e sua organização.

Os impactos negativos advindos do trabalho fazem emergir temas como a percepção de bem-estar e mal-estar dos profissionais, satisfação no trabalho, adoecimento e absenteísmo dos profissionais, qualidade de vida, levando os gestores a busca de estratégias que por um lado, promovam e previnam a saúde de seus profissionais (base do processo produtivo), e, por outro lado, resultem em melhorias dos resultados e aumento da produtividade das suas organizações.

Quando trata-se do setor público, ainda que o lucro não seja o objetivo almejado, existe, assim como no setor privado, uma exigência por produtividade e busca por resultados (RAMALHO, 2017).

Entende-se por servidor público a pessoa legalmente investida em cargo público, sendo cargo público “o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor”, podendo ter provimento em caráter efetivo ou através de cargos comissionados (BRASIL, 1990a)

O servidor público possui alguns direitos estabelecidos em lei que fazem do serviço público algo idealizado, como é o caso da estabilidade adquirida após o cumprimento do estágio probatório (BRASIL, 1990a). Contudo, é notório que

estes servidores sofrem com outras formas de instabilidade, como as precárias condições de trabalho, a burocratização dos serviços, terceirização e precarização dos vínculos trabalhistas, responsabilização pelo não fornecimento de um serviço público de qualidade (LANCMAN et al., 2007; NUNES; LINS, 2009).

Muitas vezes ocorre um subaproveitamento de suas capacidades, levando a desmotivação, insatisfação, sobrecarga de trabalho, altos custos cognitivo, físico e afetivo (ARAÚJO, 2012; RAMALHO, 2017; SILVEIRA; GRISOTTI, 2011; VALE et al., 2015)

Sendo assim, compreender o trabalho no serviço público é preponderante para um pensar e agir preventivo ao adoecimento (RAMALHO, 2017).

Dentro do serviço público temos presente os profissionais da equipe de enfermagem, atuando nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, onde destacaremos o ambiente hospitalar.

## **2.2 A enfermagem e o ambiente hospitalar**

O Capital humano é o elemento mais valioso de uma organização para leva-la à alcançar seus objetivos com eficiência e eficácia (ALEJANDRA, HERNÁNDEZ-VICENTE et al., 2017). Superior a isso, no caso do “cuidar”, que depende exclusivamente de pessoas, temos esses indivíduos como o capital intelectual das organizações (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015).

A profissão de enfermagem tem valor social único, exercendo papel fundamental e essencial dentro dos sistemas de saúde (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Dentro do ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem é composta por três categorias, os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, existindo um processo de trabalho que envolve organização, divisão de tarefas e relações de trabalho, cabendo aos enfermeiros, profissionais de nível superior, além das atividades assistenciais, o gerenciamento da equipe de enfermagem.

Juntas as categorias que formam a equipe de enfermagem constituem a maior força de trabalho no ambiente hospitalar, sendo suas atividades laborais marcadas por intensa divisão de tarefas, rigidez hierárquica, dimensionamento profissional insuficiente, tanto quantitativamente quanto qualitativamente,

estando ainda submetidos a uma forte estrutura hierárquica para cumprimento de normas, rotinas e regulamentos (BARBOZA; SOLER, 2003; BECKER; OLIVEIRA, 2008; LIMA et al., 2013; MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Diversos autores destacam a enfermagem como parcela mais significativa dos recursos humanos nas instituições de saúde, particularmente em hospitais, incidindo diretamente nos custos globais das instituições (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; BARBOZA; SOLER, 2003; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; LAUS; ANSELM, 2008; MAGALHÃES et al., 2011; MANTOVANI et al., 2015; MARQUES et al., 2015; SILVA; MARZIALE, 2006).

São evidentes que as identificações dos impactos políticos, sociais e econômicos do capitalismo também exercem influência sobre o setor saúde, incluindo as categorias de enfermagem, enquanto trabalho inserido no setor terciário da economia, refletindo em más condições de trabalho e, conseqüentemente adoecimento dos trabalhadores (FELLI, 2012; OLIVEIRA; TRISTÃO; NEIVA, 2006).

Cabe destacar que, segundo concepção teórica, o objeto de trabalho da enfermagem são os cuidados de enfermagem (assistência prestada) e, ainda, o gerenciamento desses cuidados com vistas a atender a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população (PEDUZZI; ANSELM, 2002).

O objeto a ser transformado pela atividade de trabalho destas categorias profissionais é o corpo humano, seja de forma individual ou coletiva, estando este inserido em um contexto de saúde x doença (ROCHA; Felli, 2004). Sendo o “instrumento” de trabalho os conhecimentos técnico-científicos que darão base para as escolhas terapêuticas do cuidado.

Sendo evidente a constatação de que uma boa realização do trabalho requer condições mínimas que atendam às necessidades dos profissionais para sua execução, incluindo condições de trabalho e sua organização, adequadas relações socioprofissionais, reconhecimento profissional e possibilidade de crescimento, sem abstrair a existência de uma vida social, ou seja, uma vida fora do trabalho.

Quando os profissionais dos serviços hospitalares apresentam baixos níveis de QVT dificilmente serão capazes de prestar uma assistência de qualidade, conseqüentemente existirão perdas organizacionais, que podem

envolver perdas financeiras, diminuição da qualidade da assistência prestada, podendo levar a aumento do tempo de internação de paciente, ocorrência de eventos adversos, entre outros. Efeitos esses gerados por desmotivação dos profissionais, por queda da produtividade, pela sobrecarga de trabalho e, elevados índices de absenteísmo, que além de gerar custos para organização, retroalimentam a sobrecarga de trabalho, gerando novos casos de absenteísmo (VASCONCELOS, 2001).

Outro problema vivenciado pelos profissionais da equipe de enfermagem tem relação com a desvalorização dos profissionais, uma vez que as atividades realizadas tem pouco reconhecimento social, sendo ainda associada como uma prática complementar a prática médica e a ela subordinada, como se a execução das atividades fosse dissociada de conhecimento científico próprio (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; MOURA; MAGALHÃES; CHAVES, 2001).

Os profissionais que atuam no ambiente hospitalar estão, diariamente, expostos a cargas de trabalho e riscos ocupacionais que podem ser geradores ou potencializadores de desgaste físico e/ou psíquico, repercutindo diretamente na saúde destes indivíduo, impactando a qualidade da assistência prestada (FARIAS; ZEITOUNE, 2007; FREIRE; COSTA, 2016; MININEL et al., 2013; ROCHA; FELLI, 2004).

Os impactos das condições de trabalho aos quais os profissionais de enfermagem estão expostos permitem identificar uma atividade laboral penosa, perigosa e insalubre, tornando-se mais intensa uma vez a necessidade de exercerem suas atividades de forma ininterrupta, visto a necessidade de continuidade dos cuidados durante as 24 horas da assistência hospitalar, somadas há escassez de recursos humanos, intensificando tensões, sobrecarregando um ritmo de trabalho já intenso, expondo o profissional ao seu limite, comprometendo assim sua integridade física e mental, gerando desgaste e adoecimento (CARVALHO et al., 2010; ELIAS; NAVARRO, 2006; FELLI, 2012).

Diversas condições de trabalho são características marcantes do trabalho de enfermagem dentro do ambiente hospitalar, como destaque para as longas jornadas de trabalho, trabalho em turnos, repetitividade de ações, ritmo intenso e excessivo, esforços físicos, precárias condições de trabalho, baixos salários, desvalorização profissional, insatisfação, estresse, tensão, sobrecargas de

trabalho e, convívio constante com riscos ocupacionais (ABREU; SIMÕES, 2009; BARBOZA; SOLER, 2003; FELLI, 2012; LAUS; ANSELM, 2008; MOURA; MAGALHÃES; CHAVES, 2001; SANCINETTI et al., 2011; SANTANA et al., 2013; UMANN et al., 2011; UMANN; GUIDO; FREITAS, 2011).

Outra característica relevante e de merecido destaque se dá ao fato de que historicamente a enfermagem é uma profissão tipicamente feminina, levando a uma maior sobrecarga e desgaste, uma vez o acúmulo de atribuições gerado pela dupla atividade, no trabalho e no lar, propiciando uma maior desgaste físico e emocional (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; MAGALHÃES et al., 2011; MARQUES et al., 2015; PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006; UMANN et al., 2011).

O fato é que o adoecimento dessa categoria, notoriamente acentuado pelas características próprias as quais os profissionais são submetidos, acabam por não ter a notoriedade e visibilidade merecidas (FELLI, 2012).

A equipe de enfermagem sofre com as más condições de trabalho, com o ambiente insalubre e com medidas de redução de custos utilizadas pelas organizações (FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014).

Além disso, a atuação dos profissionais da equipe de enfermagem envolve o lidar diretamente com o sofrimento, dor e morte, sobrecargas físicas e emocionais de trabalho, favorecendo o adoecimento e o surgimento de transtornos psíquicos (BECKER; OLIVEIRA, 2008; CARVALHO et al., 2010; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; GOMES et al., 2007; MARQUES et al., 2015).

As atividades laborais dos profissionais de enfermagem são muitas vezes caracterizadas como atividade fatigante e geradoras de tensões (MARQUES et al., 2015).

Dentre os serviços de saúde, os hospitais são reconhecidos por proporcionar as piores condições de trabalho aos seus trabalhadores (BECKER; OLIVEIRA, 2008; SILVA; MARZIALE, 2000). Isso corrobora para o adoecimento de seus profissionais, uma vez que a prioridade é a prestação da assistência de seus clientes, suprimindo as necessidades de atenção à saúde de seus próprios profissionais.

Esses ambientes são reflexo da precarização do trabalho, realidade atual que o SUS brasileiro passa, onde aumentam-se as contratações de serviços

terceirizados em detrimento da realização de concursos que primam por profissionais melhores qualificados (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Diversos autores destacam o ambiente hospitalar como sendo desgastante (BATISTA; BIANCHI, 2006), degradante (SILVA; MARZIALE, 2006), insalubre (BARGAS; MONTEIRO, 2014; ELIAS; NAVARRO, 2006), oferecendo condições inadequadas de trabalho e, exposição a riscos ocupacionais diversos (BARBOZA; SOLER, 2003).

Além dos condições de trabalho descritas, o profissional de saúde está constantemente exposto a riscos ocupacionais presentes e indissociáveis do ambiente laboral no qual exercem suas atividades de trabalho, são eles: riscos físicos – caracterizados pelos ruídos, temperatura extremas, iluminação inadequada, radiação; riscos químicos – substâncias orgânicas e inorgânicas manipuladas pela atividade laboral; riscos biológicos – vírus, bactérias, parasitas, entre outros; riscos ergonômicos – cargas a serem manipuladas, adoção de posturas inadequadas, repetitividade de atividades; e, os riscos psicossociais – instituídos pelas diversas relações interpessoais existentes, incluindo na relação do profissional com o paciente (HAAG; LOPES; SCHUCK, 2001; SANTANA et al., 2013).

Além dos riscos ocupacionais, temos fatores relacionados a organização do trabalho, o conteúdo da tarefa, turnos de trabalho, sobrecarga ou subcarga de trabalho, relações interpessoais, ritmo de trabalho, possibilidade de ascensão funcional (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

A exposição aos riscos ocupacionais pode afetar diretamente a saúde do trabalhador, desencadeando adoecimento e provocando o absenteísmo (MARTINATO et al., 2010).

O hospital é ainda caracterizado por outras peculiaridades no seu ambiente laboral, como a imprevisibilidade da demanda de trabalho, ritmo intenso de trabalho e de relações interpessoais para o desempenho das atividades, além das condições desfavoráveis já citadas, fato que afeta diretamente os níveis de satisfação e motivação dos profissionais (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

O avanço no uso de tecnologias nas instituições hospitalar trazem as instituições a pensar em melhoria de qualidade, produtividade, efetividade, competitividade e atendimento ao cliente (LAUS; ANSELMINI, 2008). Esse fato

gera maiores cobranças por produtividade dos profissionais, que somados a um quantitativo profissional deficiente, tempo reduzido para realização das atividades e a complexidade das mesmas acabam por ser fonte de tensões, fadiga, estresse e esgotamento profissional (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

O estresse ocupacional influencia diretamente no bem-estar profissional, sendo afetado diretamente pela rotina de trabalho, falta de controle, não participação nos processos de tomada de decisão, além da falta de apoio dos pares e chefia (CAVALHEIRO; MOURA JUNIOR; LOPES, 2008; JODAS; HADDAD, 2009; LARANJEIRA, 2009; SCHMIDT et al., 2009).

Além disso, o incremento constante de tecnologias oferecem condições que alteram a dinâmica de trabalho e, conseqüentemente podem ultrapassar a capacidade de adaptação do profissional, podendo afetar a saúde destes indivíduos (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

É comum nas instituições hospitalares a priorização do cuidado/assistência ao paciente, deixando a saúde dos profissionais que executam essa assistência em um plano de importância inferior (MARQUES et al., 2015).

As especificidades do serviço em saúde fizeram emergir a criação de legislações específicas, como é o caso da Norma Regulamentadora nº 32 – NR 32, pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), criada com o objetivo de estabelecer diretrizes para implementação de medidas de proteção à saúde e segurança dos trabalhadores que atuam especificamente nos serviços de saúde (BRASIL., 2005).

Reconhecer os aspectos negativos do trabalho e o processo saúde de tem implicações éticas, técnicas e legais – reflete na organização e qualidade do cuidado e, também nos custos econômicos, queda do desempenho e da produtividade (PASCHOAL; TAMAYO, 2004; UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

Dentre esses aspectos negativos, destacamos o adoecimento do trabalhador, responsável pelo fenômeno conhecido como absenteísmo.

### 2.3 O absenteísmo e suas repercussões

A palavra “absenteísmo” tem origem francesa (*absentéisme*), e descreve a falta de assiduidade do trabalho (CHIAVENATO, 2009; GEHRING JUNIOR et al., 2007).

De acordo com Chiavenato (2009), o absenteísmo pode ser mensurado pela soma dos períodos em que o trabalhador se ausenta do trabalho. Existindo diversas denominações atribuídas para o absenteísmo, como faltas, ausências, ausentismo, absentismo, licenças e outros, não existindo uma padronização do termo entre os diversos autores.

Ainda segundo o autor o absenteísmo é afetado pela capacidade para o trabalho e pela motivação para o mesmo, podendo ser afetado por fatores de caráter interno e externos ao trabalho, dentre suas causas pode-se destacar: doença efetivamente comprovada ou não comprovada, razões de caráter familiar, atrasos involuntários por motivos de força maior, faltas voluntárias por motivos pessoais, dificuldades e problemas financeiros, problemas de transporte, supervisão precária da chefia e até mesmo por políticas inadequadas da organização (CHIAVENATO, 2009, 2010).

O absenteísmo pode ser reconhecido por uma etiologia multifatorial, tornando-o complexo e de difícil administração, se revelando um problema crônico nas organizações, levando o tema a ser fonte de inúmeros estudos (GAUDINE et al., 2013).

Dentre seus fatores determinantes podemos apontar as causas ocupacionais, fatores relacionados ao ambiente e organização do trabalho, às políticas institucionais, questões sociais e culturais, fatores geográficos e até mesmo individuais, corroborando e destacando o fato de que nem sempre as causas do absenteísmo estão ligadas apenas ao profissional (BARGAS; MONTEIRO, 2014; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; SANCINETTI et al., 2011).

Estudo qualitativo sobre o absenteísmo dos profissionais da equipe de enfermagem em hospitais públicos do Município do São Paulo, apontam para o fato de que o absenteísmo nem sempre é relacionado a motivos de doença, relacionando fatores como desmotivação, e o próprio absenteísmo são fatores percebidos pelos enfermeiros como fatores institucionais que influenciam a

ocorrência de ausências, o estudo ainda aponta a não valorização profissional e as problemas de relacionamento interpessoais como fatores profissionais envolvidos na ocorrência de afastamentos no trabalho (KURCGANT et al., 2015).

Dentre fatores relacionados a ocorrência do absenteísmo associados à instituição destacam-se: o processo de trabalho, cultura organizacional, condições desfavoráveis presentes no ambiente de trabalho e também a ausência de políticas que busquem a promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores (AGUIAR; OLIVEIRA, 2009; SILVA; MARZIALE, 2000).

O absenteísmo pode ainda ser utilizado como uma estratégia de enfrentamento dos trabalhadores diante de questões relativas à organização do trabalho, sendo utilizada como meio de fuga do trabalho (CARNEIRO, 2006).

Diversos autores destacam o absenteísmo como um dos problemas administrativos mais onerosos para as instituições, públicas e privadas, gerando consequências para os resultados das organizações (BARGAS; MONTEIRO, 2014; CARDOSO; CARDOSO; SANTOS, 2013; FERNANDES et al., 2011; ROELEN et al., 2013a)

Diante essa complexa etiologia, pode-se classificar o absenteísmo de acordo com os motivos que o originam: (ABREU; SIMÕES, 2009; QUICK; LAPERTOSA, 1982; SANCINETTI et al., 2011)

Absenteísmo voluntário – ausência voluntárias, acarretadas por motivos particulares, não justificados por problemas de saúde;

Absenteísmo legal – ausências regulamentadas pela legislação existente, como por exemplo: licença maternidade, nojo (ausência por motivo de falecimento de familiar); gala (ausência por motivo de casamento), doação de sangue, entre outros.

Absenteísmo compulsório – ausência por impedimento devido à suspensão imposta pelo patrão;

Absenteísmo por patologia profissional ou por acidente em serviço – ausência justificada por doença profissional ou acidentes de trabalho; e,

Absenteísmo por doença – ausências justificadas por licenças médicas não relacionadas diretamente ao trabalho.

Outra subdivisão possível de ser encontrada na literatura diz respeito a previsibilidade da ocorrência do absenteísmo, dividindo-o em ausências previstas e não previstas.

As ausências previstas incluem aquelas que tratam de direitos dos trabalhadores, como férias, folgas, e outros tipos de ausências aonde exista a ciência do empregador ao fato de que o profissional estará ausente naquela data ou período pré-determinado. Enquanto que as ausências não previstas são consideradas as faltas, licenças para tratamento de saúde e outros que impedem o trabalhador de exercer suas atividades laborativas por determinado período, ocorrendo sem aviso prévio de sua ocorrência (GAIDZINSKI et al., 2003).

As ausências não previstas são as que mais necessitam de atenção e de ações de correções rápidas, uma vez a necessidade de manter o quantitativo mínimo de profissionais para garantir a prestação do serviço, no caso dos serviços de saúde, de uma assistência de qualidade para os usuários dos serviços (ESTORCE; KURCGANT, 2011).

As ausências são identificadas como a principal questão que compromete a força de trabalho da equipe de enfermagem (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015).

Estudo realizado em um hospital de ensino no interior de São Paulo, em oito unidades de internação do hospital, representando uma amostra de 652 profissionais da equipe de enfermagem mostrou um total de 4.217 ausências não previstas entre os anos de 2007 a 2009, com uma média de 1.405 ausências/ano, totalizando 13.581 dias/ano, o que corresponde a 24,2 dias não trabalhados/profissional, ou seja, quase um mês de trabalho perdido para cada profissional, não tendo sido calculado o custo estimado dessas ausências. (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015).

Das ausências não previstas destaca-se o absenteísmo por doença, consideradas aquelas ausências justificadas por motivo de doença, ou seja, ausências não previstas, que são justificadas por uma licença médica que atesta a impossibilidade do trabalhador por motivo de adoecimento (ARAÚJO, 2012). Podendo ser definido ainda como “ausência do trabalho por um determinado período devido incapacidade do trabalhador como resultado de uma enfermidade” (LUCATELLI, 2014).

Dentre os tipos de absenteísmo apresentados, o absenteísmo-doença é considerado o principal motivo das ausências não previstas que ocorrem no ambiente hospitalar, podendo variar entre 75% a 81% do total de afastamentos dos profissionais da equipe de enfermagem (BECKER; OLIVEIRA, 2008; BREY

et al., 2017; FAKIH; TANAKA; CARMAGNANI, 2012; FERNANDES et al., 2011; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; INOUE et al., 2008; LEMOS; RENNÓ; PASSOS, 2012; SANCINETTI et al., 2011; SANTANA et al., 2013).

O absenteísmo por motivo de doença pode ainda ser caracterizado pela influência das inter-relações de fatores individuais do trabalhador e do ambiente físico e social onde exerce suas atividades laborativas (FERREIRA et al., 2012)

Nos últimos anos é crescente a preocupação com o absenteísmo dos profissionais da equipe de enfermagem, visto a complexidade do tema e os problemas que são desencadeados por tal ocorrência, sendo um grave problema de ordem organizacional e, que geram preocupações de ordem econômica, uma vez tratar-se da categoria profissional que representa a parcela mais significativa dos recursos humanos alocados nas instituições hospitalares, incidindo de forma relevante nos recursos financeiros gastos pelas organizações, tanto privadas quanto públicas (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; LAUS; ANSELM, 2008; MAGALHAES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013; MANTOVANI et al., 2015; MARQUES et al., 2015; MININEL et al., 2013; SILVA; MARZIALE, 2006).

As ausências dos profissionais da equipe de enfermagem repercutem diretamente nas organizações dos serviços de enfermagem, em especial nas instituições hospitalares, onde a assistência precisa se dar de forma contínua e ininterrupta. O absenteísmo gera desequilíbrio no quantitativo de pessoal, aumenta a carga de trabalho, gera desgaste dos profissionais presentes, repercute no comprometimento da qualidade da assistência prestada e, contribui para o aumento do número de ausências (LAUS; ANSELM, 2008).

Estas ocorrências impactam negativamente na dinâmica do processo de trabalho, com queda da produtividade, tanto qualitativamente como quantitativamente, gera impactos financeiros associados aos profissionais ausentes (benefícios/salários), custos do gerenciamento dos problemas associados, como custos com substituição dos profissionais ausentes/ horas extras, redução da quantidade e qualidade do trabalho (COOPER; DEWE, 2008; FELLI, 2012; MARQUES et al., 2015).

Além disso, implicam em ônus individual/familiar para o trabalhador, uma vez que a doença traz impactos negativos para sua vida e, causa impacto financeiro ocasionado pelo tratamento. E, não menos importante, tem-se o ônus

social, pela queda da qualidade da assistência prestada a população usuária dos serviços de saúde, onde podemos incluir o próprio trabalhador (FELLI, 2012; GIOMO et al., 2009; JUNKES; PESSOA, 2010; SANCINETTI et al., 2011).

O absenteísmo resulta em desestruturação do serviço, sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente insatisfação, tanto dos profissionais quanto com usuários dos serviços (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; ABREU; SIMÕES, 2009). Faz-se relevante destacar que a sobrecarga de trabalho é repetidamente fator utilizado para justificar a ocorrência do absenteísmo por motivo de doença (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; ALVES; GODOY; SANTANA, 2006; BARBOZA; SOLER, 2003; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; INOUE et al., 2008; SANCINETTI et al., 2009, 2011).

Aparentemente, o aumento da carga de trabalho, em curto prazo, pode gerar uma maior produtividade, contudo, a longo prazo torna-se dispendiosa em vista dos afastamentos ocasionados por agravos à saúde dos trabalhadores (RAJBHANDARY; BASU, 2010).

A sobrecarga de trabalho, somada a outras condições inadequadas gera o adoecimento e absenteísmo dos profissionais, por sua vez o adoecimento dos trabalhadores gera sobrecarga para a equipe, proporcionando um fluxo contínuo ou um círculo de afastamentos (BREY et al., 2017)

Como vimos o absenteísmo é um fenômeno complexo, e que necessita de uma avaliação igualmente complexa, que envolva sua análise na perspectiva do processo de trabalho, da cultura organizacional e na perspectiva da saúde do trabalhador – abordagem fundamental para redução dos gastos ocasionados pelo absenteísmo, além da melhoria do grau de satisfação dos profissionais e, da melhoria da qualidade da assistência prestada (BARGAS; MONTEIRO, 2014; FERREIRA et al., 2012; SANCINETTI et al., 2011).

O fato é que os profissionais da equipe de enfermagem destacam-se como categoria profissional com maiores taxas de absenteísmo dentro do ambiente hospitalar, estudo realizado em um hospital público no Sul do Brasil destaca que dentre um total de 2.309 (100%) afastamentos registrados no ano de 2013, 1.363 (59%) envolveram profissionais da equipe de enfermagem, sendo as categorias de auxiliar e técnicos de enfermagem as que tiveram o maior número de afastamentos, além disso, a categoria auxiliar de enfermagem destacou-se com uma taxa de absenteísmo de 7,63 dias de afastamentos para

cada auxiliar de enfermagem, os enfermeiros apresentaram taxa de absenteísmo de 2,99, enquanto que todas as demais categorias profissionais (não pertencentes a equipe de enfermagem) totalizaram uma taxa de absenteísmo de 2,56. (BREY et al., 2017).

O maior quantitativo de ausência entre técnicos e auxiliares de enfermagem pode ser associado à menor remuneração recebido e maior necessidade de esforço físico na assistência ao paciente (MARQUES et al., 2015; SANCINETTI et al., 2009).

Os profissionais de nível superior apresentam média de ausências menores, fato que poderia ser explicado pelo fato de que os enfermeiros tendem a assumir um papel de liderança frente a equipe, além de realizar uma grande quantidade de tarefas de cunho administrativo, fato que exige um menor consumo de suas capacidades físicas, e um menor risco de exposição as cargas de trabalho quando comparados aos cargos de nível médio. (BARGAS; MONTEIRO, 2014; FERREIRA et al., 2012).

Absenteísmo na enfermagem contribui para a descontinuidade do cuidado, diminuição da moral do pessoal e aumento dos custos para os cuidados de saúde (DAVEY et al., 2009).

Muitos são os estudos que abordam a temática do absenteísmo dos profissionais da equipe de enfermagem, sendo que muitos desses estudos abordam uma temática apenas quantitativa da taxa de absenteísmo por motivos de saúde e, as principais patologias que acometem os profissionais e os levam ao absenteísmo, porém a maioria dos estudos, apesar de citarem a grande relevância dos custos gerados por esta ocorrência, acabam por não explorar o aprofundamento deste tema. (BARGAS; MONTEIRO, 2014; BREY et al., 2017; FERNANDES et al., 2011; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2003; INOUE et al., 2008; MARQUES et al., 2015).

Estudos qualitativos onde os próprios profissionais descrevem motivos aos quais atribuem a ocorrência das ausências ao trabalho (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; KURCGANT et al., 2015)

Outros estudos abordam o absenteísmo sobre uma perspectiva da adequação do número de profissionais, ou seja, justificando que o absenteísmo precisa ser levado em consideração para o planejamento e administração dos recursos humanos, com adequação e Índice de Segurança Técnica (IST) que

garante a prestação de uma assistência de qualidade, de acordo com o preconizado pela Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem dos serviços de saúde. Neste caso, com uma visão do absenteísmo voltada muito mais para as questões relativas à segurança do paciente, que que preocupadas com a saúde do trabalhador e com os motivos geradores da ocorrência do absenteísmo.(BRASIL, 2017a; CALIL; JERICÓ; FERROCA, 2015; CAMUCI et al., 2014; DE CONTERNO; LOBO; MASSON, 2011; MAGALHAES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013; QUADROS et al., 2016; ROGENSKI; FUGULIN, 2007; SANTOS et al., 2013).

Neste caso o absenteísmo relaciona-se muito mais a uma perspectiva de administração dos serviços de enfermagem, inserindo a temática de provisão dos Recursos Humanos, constituindo o dimensionamento de pessoal como assunto igualmente complexo. Ao longo dos anos o modelo de dimensionamento de pessoal tem evoluído, com o incremento de novas variáveis, que tentam incluir diferentes cenários e complexidades existentes nos mais diversos tipos de modelos assistenciais, tornando-o ao mesmo tempo mais complexo e com maiores dificuldades de operacionalização. Essas variáveis incluem por exemplo o grau de complexidade do paciente, nível de assistência prestada e até mesmo idade dos profissionais. Sendo essas novas variáveis importantes para o alcance dos objetivos assistenciais, além da eficácia e eficiência das organizações (BRASIL, 2017a).

Sendo o absenteísmo alvo de estudos que o utilizam hora como um indicador de qualidade em gestão de recursos humanos, para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem, hora como um indicador de qualidade/segurança da assistência prestada. (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; GABRIEL et al., 2011).

A taxa de absenteísmo deve ser utilizada como indicador da avaliação de saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente das condições de trabalho e, também como subsídio da política de recursos humanos e de ações de promoção à saúde dos trabalhadores (UMANN et al., 2011), estudos também apontam para sua utilização na avaliação da qualidade do gerenciamento dos recursos humanos (KURCGANT et al., 2015).

Quando trata-se do ambiente hospitalar é relevante mencionar que o absentismo não pode ser justificativa para adiar o cuidado, tendo que ser mantida a assistência ao cliente, sob pena de prejudicar a recuperação/tratamento – como consequência tem-se uma desorganização do trabalho em equipe, com sobrecarga de trabalho para os profissionais presentes, gerando um queda da qualidade e quantidade da assistência prestada e, gerando um aumento do custo operacional (CARNEIRO; FAGUNDES, 2012a; GIOMO et al., 2009).

Estudos apontam para o fato de que a simples adequação do quantitativo profissional constitui uma estratégia de melhoria da assistência em saúde e, conseqüentemente da prestação de uma assistência de melhor qualidade, uma vez que reduz a sobrecarga de trabalho (LAUS; ANSELMINI, 2008), sensibilizar as instituições acerca da adequação do quantitativo profissionais, além da melhoria das condições de trabalho é indispensável para atenuar o absenteísmo (MARTINATO et al., 2010).

Estudo realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil com objetivo de analisar indicadores assistências aponta para o fato de que o simples incremento no número de profissionais em uma unidade de internação cirúrgica resultou na redução de 12% no percentual de afastamentos por doenças, 21,8% no total de banco de horas excedentes e 92% nas horas extras pagas, havendo ainda, em relação à prevalência de indicadores assistenciais, observou-se a redução de 75% na incidência de úlceras por pressão; 10,5% no índice de queda de pacientes e, 50% na incidência de infecção urinária relacionada a sonda vesical de demora.

Fatores como incentivo a participação e valorização dos profissionais, apoio social na identificação de funcionários com problemas de forma individualizada, valorização do funcionário como pessoa e como profissional, elogios e facilitação na comunicação com gerencia, flexibilização de folgas são exemplos citados como ações de favorecem um impacto positivo na redução da ocorrência de ausências no trabalho (KURCGANT et al., 2015)

Ferreira et al. (2011) afirmam que o conhecimento dos vários aspectos e perspectivas envolvidos no absenteísmo permite o planejamento de medidas preventivas que favoreçam não apenas a saúde do trabalhador, como o próprio trabalho, permitindo o acompanhamento de indicadores que possibilitem o

acompanhamento do fenômeno e, a elaboração de políticas efetivas de melhoria das condições de trabalho e, conseqüentemente, da qualidade de vida no trabalho.

Quando trata-se de absenteísmo por motivo de doença, faz-se necessário a identificação das doenças que mais impactam na ocorrência de afastamentos entre os profissionais da equipe de enfermagem, estudos apontam para os problemas osteomusculares, doenças que afetam o aparelho respiratório e os transtornos mentais e comportamentais (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; GONÇALVES et al., 2005; MARQUES et al., 2015; MARTINATO et al., 2010; MININEL et al., 2013; SANCINETTI et al., 2009; STANSFELD; FUHRER; HEAD, 2011).

As doenças do sistema respiratório se justificam pela frequente exposição ocupacional aos riscos biológicos e químicos, ocasionando comumente infecções de vias aéreas superiores, asma, orofaringites e pneumonias, entre outros, que constituem problemas de saúde que, em geral, ocasionam poucos dias de afastamentos.(FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014).

Os problemas relacionados a doenças osteomusculares e do sistema conjuntivo são apontadas como a principal causa de afastamentos entre os profissionais da equipe de enfermagem, sendo associado as condições de trabalho, exigências de esforços físicos e riscos ergonômicos aos quais os profissionais estão expostos durante suas atividades laborativas, os obrigando muitas vezes a adoção de posturas inadequadas (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; FERREIRA et al., 2011; MININEL et al., 2013; SANCINETTI et al., 2009). Sendo importante apontar para o fato que este tipo de patologia foi estimado pela Organização Mundial de Saúde como um dos motivos que mais ocasionam afastamentos no trabalho e, também como causa de invalidez permanente (UMANN et al., 2011).

Profissionais de enfermagem que atuam em hospitais são particularmente sujeitos a Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORTs), por realizarem uma atividade que frequentemente envolve levantamento de peso, adoção de posturas incômodas (CARUGNO et al., 2012).

Relacionando-se aos transtornos mentais e comportamentais temos a questão do estresse ocupacional positivamente associado ao absenteísmo, ou

seja, quanto mais elevamos os níveis de estresse, maiores são os níveis de absenteísmo nos profissionais (TAUNTON et al., 1995).

Outro aspecto que pode ser relacionado a saúde mental dos profissionais relaciona-se aos sentimentos de insatisfação no trabalho, uma vez que a vivência de insatisfação pelos profissionais é apontado como um preditor de absenteísmo (JUNKES; PESSOA, 2010; KURCGANT et al., 2015; ROELEN et al., 2013b; SANCINETTI et al., 2011).

Oposto a isso, a vivência dos sentimentos de satisfação no trabalho atuam como fator protetor para a ocorrência do absenteísmo, apontando para menores índices de absenteísmo (TAUNTON et al., 1995; ZBORIL-BENSON, 2001)

Vale destacar que a estabilidade gerada pelo vínculo público de cargos efetivos das organizações públicas, acarreta no envelhecimento dos trabalhadores nas instituições, uma vez que estes permanecem no serviço até a sua aposentadoria – apresentando com isso, um maior desgaste físico e psicológico, com queda da capacidade laborativa, aumentando o risco de afastamentos por problemas de saúde (CICONATO et al., 2016; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014).

O envelhecimento do trabalhador impacta diretamente na sua capacidade para exercer as atividades de trabalho, além disso, obriga as instituições a pensar na perspectiva do envelhecimento de seus profissionais e, na necessidade de promover estratégias que permitam manter/prolongar essa capacidade laborativa (CICONATO et al., 2016; GVOZD et al., 2014; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010).

Vale destacar que muitas vezes, as limitações geradas pela diminuição da capacidade laborativa, quer seja pelo envelhecimento no trabalhador, quer seja por problemas de saúde, levam as instituições a colocarem o trabalhador na condição de readequação ou readaptação funcional, quando uma limitação do profissional não caracteriza motivo para leva-lo a aposentadoria ou licença, ele precisa ser alocado em uma atividade que ele possa realizar sem que esta interfira no seu estado de saúde (CICONATO et al., 2016; MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2010).

Compreendendo as mudanças no mundo do trabalho e o progressivo envelhecimento da população economicamente ativa, a Resolução nº 543/2017 do COFEN prevê que em unidades assistenciais compostas por 50% ou mais de

seus profissionais com idade igual ou superior a 50 anos, ou ainda, no caso da existência de percentual maior ou igual a 20% dos profissionais em situação de limitação/restrição para exercer as atividades de trabalho, a instituição deve ter seu quadro de profissionais acrescido de 10% a mais de profissionais (BRASIL, 2017a).

O absenteísmo dos profissionais da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar também precisa ser observado na perspectiva da segurança do paciente, uma vez que os altos índices de absenteísmo afetam a qualidade da assistência prestada, podendo portanto, comprometer a saúde dos indivíduos que dependem da assistência hospitalar, onerando não apenas a instituição, como também a sociedade, essa ideia é levantada por estudos nacionais e internacionais que apontam a necessidade da observação da adequação do quantitativo de profissionais para a garantia de uma assistência de qualidade, que garanta a segurança do paciente (AIKEN et al., 2003, 2011, 2012; BREY et al., 2017; CAMUCI et al., 2014; FELLI, 2012; GONÇALVES et al., 2012; MAGALHAES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013; PENOYER, 2010).

Índice de queda de pacientes, incidência de úlceras de pressão, incidência de infecção urinária relacionada à sonda vesical de demora, eventos adversos, mortalidade, entre outros, são exemplos de indicadores de qualidade da assistência que sofrem influência pela queda da qualidade da assistência de enfermagem prestada no ambiente hospitalar, assim como a morbimortalidade da população (DE CONTERNO; LOBO; MASSON, 2011; GARCIA; FUGULIN, 2012; PENOYER, 2010; QUADROS et al., 2016; SANTOS et al., 2013).

Novamente aparece a relevância da sobrecarga de trabalho influenciando na ocorrência do absenteísmo dos profissionais da equipe de enfermagem, uma vez que as ausências geram sobrecarga de trabalho para os profissionais presentes, pela redistribuição das tarefas para o quantitativo de profissionais presentes, porém esse quantitativo inferior pode não ser suficiente para atender com qualidade as demandas apresentadas pelos pacientes internados – uma vez que o aumento do número de paciente atribuídos à equipe de enfermagem está associado a um aumento no risco de ocorrência de eventos adversos, além do aumento do absenteísmo (MAGALHAES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

## **2.4 O papel da saúde do trabalhador**

Dentro do campo da saúde coletiva tem-se o campo da saúde do trabalhador, objetivando a investigação do processo saúde-doença dos profissionais e sua relação com o trabalho, buscando o estabelecimento das causas dos agravos à saúde nas diferentes atividades laborativas realizadas, com o estabelecimento de possíveis riscos e meios de prevenção e promoção a saúde dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

A saúde do trabalhador deve ter o merecido destaque, visto a influência, cada vez maior, que o trabalho exerce da vida dos indivíduos visto a existência de condições desfavoráveis que o trabalho expõe os trabalhadores durante a execução de suas funções, acarretando riscos e agravos à saúde (OLIVEIRA; LAGE, 2011).

Faz-se necessária a compreensão do modo como as condições de trabalho influencia ou altera a saúde do trabalhador. Quando se trata do absenteísmo vale ressaltar que tanto o processo de trabalho quanto as condições nas quais este é exercido precisam ser considerados, a fim de pensar e propor medidas para solucionar os problemas apresentados.

O processo saúde-doença não deve ser reduzido apenas a um fator biológico e individualizado, é preciso compreendê-lo em sua totalidade, encarando-o como um processo que envolve tanto aspectos biológicos, quanto sociais (OLIVEIRA, 2001), além disso, não se pode deixar de lado o protagonismo de quem realiza o trabalho – pois é o trabalhador que sofre desgastes físico, mental e emocional das atividades realizadas, podendo ser fonte de acidentes de trabalho, adoecimento e agravos à saúde e até mesmo morte (DEJOURS, 2015; ROSSO, 2015).

## **2.5 A legislação brasileira e a saúde do servidor público federal**

O movimento da Reforma Sanitária faz disseminar a concepção de “Saúde do Trabalhador”, o termo ganha destaque a partir da promulgação da Constituição Federal (CF), em 1988. Em seu artigo 196º, a saúde é definida como “direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante práticas sociais e econômicas (...)”, em um sentido de saúde amplo a CF inclui em seu conceito

geral as questões referentes a saúde do trabalhador, designando-as como competência do SUS (BRASIL, 1988).

Isso simboliza não apenas a garantia à saúde dos trabalhadores, como também a preocupação com a existência de ambientes de trabalho saudáveis, visto em seu artigo 200º, juntamente com a Emenda Constitucional nº85/2015, a inclusão de prerrogativas para execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, bem como as ações de saúde do trabalhador e, a colaboração na proteção do meio ambiente que compreende o ambiente de trabalho (BRASIL, 1988).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 6º, inciso 3º, pode-se definir a saúde do trabalhador como um conjunto de atividades de que se destina à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos aos quais estes estão expostos pelas condições de trabalho, relacionado ainda as atividades as quais se refere (BRASIL, 1990b):

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Vale destacar que as questões referentes a saúde do trabalhador e todo o contexto que ela envolve são respaldadas por diversas legislações específicas. Essas legislações variam de acordo com o tipo de contrato de trabalho e/ou vínculo empregatício que o trabalhador possui com a organização onde exerce suas atividades laborativas. No caso de setor privado tem-se a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), regulamentadas pelo Decreto Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, abordando amplamente as questões trabalhistas (BRASIL, 1943).

Historicamente existe uma carência de normas e políticas que tratem, exclusivamente, dos servidores públicos federais no Brasil, apenas em 1990, com a publicação da Lei nº 8.112, que trata do Regime Jurídico da União (RJU), surgiu a primeira Lei a abordar da saúde e segurança dos servidores públicos civis, trazendo questões como acidentes de trabalho, benefícios previdenciários, direitos a adicional de insalubridade e periculosidade, aposentadoria, entre outros (BRASIL, 1990a).

Quanto trata-se do serviço público em nível federal estabelecem-se algumas políticas próprias que tratam sobre promoção à saúde no trabalho – representando avanços no que tange a gestão de saúde dos servidores da Administração Pública Federal (APF).

Ao longo dos anos priorizou-se esforços voltados na relação e valorização de trabalhadores no âmbito do Governo Federal, mantendo à margem o aprofundamento de questões relativas à saúde do servidor, apenas em 2003, pensando no custo efetivo de administração pública frente as situações de absenteísmo que o Governo Federal, através no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) cria a Coordenação de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP).

Entretanto, essa coordenação foi revogada pelo Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, que institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) (BRASIL, 2009a).

Em 2008, no I Encontro Nacional de Atenção à Saúde do Servidor discutiu-se a ausência de uma Política Nacional de Saúde do Servidor, mesmo após a aprovação do RJU em 1990. Essa não consolidação de ações fez surgir, junto aos órgãos que compõem o Sistema de Pessoal Civil da Administração

Federal (SIPEC) os serviços de saúde nas mais diferentes formas e situação. Dentro da APF era possível perceber a existência de órgãos com diferentes tipos de atuação, onde uns não possuíam qualquer tipo de atuação na área de saúde do trabalhador, outros atuando com recursos limitados, até órgãos com serviços bem estruturados (FERREIRA, 2010).

Na maioria dos casos as ações de “Saúde do Trabalhador” se faziam centradas na atuação médica, com a realização de perícias aos servidores com algum tipo de afastamento, porém, sem quaisquer atividades voltadas para a promoção a saúde ou com ações de promoção isoladas de outras políticas de valorização do servidor público.

Neste contexto, inicia-se a construção de uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Servidor (PASS) sob a forma de um SIASS. O SIASS destaca-se como uma grande inovação no campo da saúde do servidor público, organizada a partir de três eixos centrais, em consonância com o artigo 230º de Lei nº8.112/90, sendo (BRASIL, 2009a):

- I – assistência à saúde: ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;
- II – perícia oficial: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e
- III – promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho.

Sua criação foi estabelecida em 2009, juntamente com o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor, objetivando (BRASIL, 2009a):

Coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009a).

Ainda em 2009, temos a regulamentação da realização dos exames periódicos através do Decreto nº 6.856 / 2009, com vistas a prevenção da saúde

dos servidores, em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais. Este decreto define os requisitos mínimos de periodicidade e de exames laboratoriais e de imagem a serem realizados para avaliação clínica dos servidores. Todo seu custeio é atribuído à União, a partir de recursos destinados à assistência médica e odontológica dos servidores, empregados e seus dependentes, nos limites das dotações orçamentárias consignadas a cada unidade orçamentária.

O SIASS ainda orienta o surgimento de novas legislações, como a Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) em 2010. O objetivo desta norma é definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor, priorizando a prevenção dos riscos à saúde, pela avaliação do ambiente de trabalho e melhoria das condições da organização dos processos de trabalho, buscando ainda autonomia e protagonismo dos servidores (BRASIL, 2010b).

Em seu artigo 4º, a NOSS define Promoção à Saúde do Servidor como: “conjunto de ações dirigidas à saúde do servidor, por meio da ampliação do conhecimento da relação saúde-doença e trabalho.” (BRASIL, 2010b).

Em sua Seção III, artigo 6º ficam definidas a necessidade da participação de diversos atores fundamentais para subsidiar a implementação de Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal. Dentre os quais estão o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor; o Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor; o Dirigente do Órgão ou Entidade; o Gestor de Pessoas ou de Recursos Humanos; a Equipe de Vigilância e Promoção; a Comissão Interna de Saúde do Servidor Público (CISSP); e, o Servidor, destacando a amplitude das ações de promoção à saúde (BRASIL, 2010b).

Destaca-se o papel da CISSP, que apresenta como objetivos (BRASIL, 2010b):

1. Propor ações voltadas à promoção da saúde e à humanização do trabalho, em especial a melhoria das condições de trabalho, prevenção de acidentes, de agravos à saúde e de doenças relacionadas ao trabalho.
2. Propor atividades que desenvolvam atitudes de coresponsabilidade no gerenciamento da saúde e da segurança,

contribuindo, dessa forma, para a melhoria das relações e do processo de trabalho.

3. Valorizar e estimular a participação dos servidores, enquanto protagonistas e detentores do conhecimento do processo de trabalho, na perspectiva de agentes transformadores da realidade.

A NOSS ainda define o acompanhamento da saúde do servidor como uma de suas estratégias de implementação. Destaca-se a necessidade de sua realização por equipe multiprofissional e com abordagem transdisciplinar (BRASIL, 2010b).

Caráter de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e monitoramento dos agravos à saúde relacionados com a atividade laboral, inclusive de natureza subclínica, além da constatação de casos de doenças profissionais, de doenças relacionadas ao trabalho ou de danos à saúde do servidor (...).

Na sequência temos a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), em 2011, com o objetivo de promoção à saúde e a melhoria da qualidade de vida no trabalho e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele (BRASIL, 2011a).

Complementar ao conjunto de ações da PASS previstas no SIASS, temos as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal instituídas pela Portaria Normativa (PN) nº3, de 25 de março de 2013. A PN nº 3/2013 define um conjunto de ações destinadas a subsidiar políticas e projetos de promoção a saúde e de qualidade de vida no trabalho. Estas são voltadas para educação em saúde, prevenção de riscos, agravos e danos à saúde do servidor, ao estímulo dos fatores de proteção da saúde e ao controle de determinadas doenças, partindo das seguintes premissas e princípios norteadores (BRASIL, 2013):

I - multideterminação da saúde: a saúde é compreendida como fenômeno decorrente de diversos fatores de natureza biológica, psicológica e social;

II - abordagem biopsicossocial: as equipes multiprofissionais devem pautar sua atuação na perspectiva biopsicossocial dos indivíduos, por meio de ações interdisciplinares que favoreçam relações entre diferentes conhecimentos, considerados os múltiplos fatores que influenciam a condição de saúde dos servidores em suas relações com o trabalho;

III - interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre as ações e programas de promoção da saúde deve contemplar os

conhecimentos técnicos a partir de visão interdisciplinar, observada a relação entre as diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, considerado o conhecimento dos servidores para o desenvolvimento das ações e dos programas;

IV - gestão participativa no desenvolvimento das ações: estabelecimento de espaços coletivos que promovam a difusão de conhecimento e a reflexão crítica, assegurado o direito de participação dos servidores em todas as etapas do processo de atenção à saúde;

V - ambientes de trabalho saudáveis: as iniciativas de promoção da saúde do servidor público federal devem pressupor uma concepção que não se restrinja à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre os determinantes da saúde, incidindo a intervenção, também, sobre as condições de trabalho no serviço público;

VI - relação entre atenção à saúde e gestão de pessoas: a promoção da saúde deve ser reconhecida como uma estratégia fundamental das políticas de gestão de pessoas, como forma de expressão de uma proposta abrangente e que busca garantir o equilíbrio entre trabalho e saúde e a indissociabilidade entre atenção e gestão; e

VII - humanização na atenção à saúde.

A PN nº 3, de 25 de março de 2013, se apresenta como mais um instrumento de gestão a ser utilizado como referência na criação e instituição de ações de promoção à saúde dos servidores que compõem o SIPEC.

Apesar da caracterização dos aspectos técnicos e estratégicos para a formulação dos Programas de Promoção à Saúde dos servidores federais, na prática tem-se que sua implementação efetiva ainda é dependente da disposição política e do gerenciamento no serviço público federal como um todo. Soma-se a isso a necessidade de participação de servidores e gestores para possibilitar intervenções positivas para melhorar a qualidade de vida no ambiente de trabalho (SILVA; LICORIO; SIENA, 2014).

Percebe-se que as atuais legislações que tratam à saúde e segurança dos servidores públicos preveem a promoção à saúde como importante ferramenta para o acompanhamento da saúde do servidor, de maneira sistemática e contínua. Contudo, pode-se reconhecer dificuldade por parte das instituições em identificar os impactos do processo saúde-doença nos ambientes de trabalho. A não identificação dos impactos por sua vez também dificulta as formulações de ações de prevenção à saúde e o tratamento das principais questões que podem ser geradoras de adoecimento e absenteísmo, além de outros agravos associados às doenças ocupacionais que afetam os servidores públicos.

## 2.6 A legislação do servidor público federal sobre direito a licença previstas em lei

O absenteísmo representa um desafio a ser vencido, uma vez que os trabalhadores são submetidos a uma variedade de riscos inerentes ao seu processo de trabalho (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015). Contudo, existem legislações que definem o próprio absenteísmo, assim como, os direitos dos trabalhadores frente a sua ocorrência.

Faz-se necessário conhecer as causas associadas a ocorrência de adoecimento, agravos à saúde dos trabalhadores e, o absenteísmo, uma vez que essas podem estar diretamente relacionadas à atividade laboral realizada, soma-se a isso o fato de que o conhecimento das causas é fundamental para priorização de estratégias de intervenção eficazes.

Além de entendermos as causas, tem-se a necessidade de apresentarmos que essas ausências, previstas e não previstas, são asseguradas ao profissional, de acordo com o artigo nº81 da Lei nº 8.112 de 1990, que trata sobre o RJU, o servidor público federal tem direito a ausentar-se do trabalho mediante as seguintes situações (BRASIL, 1990a):

- Art. 81. Conceder-se-á ao servidor licença:
- I - por motivo de doença em pessoa da família;
  - II - por motivo de afastamento do cônjuge ou companheiro;
  - III - para o serviço militar;
  - IV - para atividade política;
  - V - para capacitação;
  - VI - para tratar de interesses particulares;
  - VII - para desempenho de mandato classista.

Ao servidor público federal é concedido, segundo artigo 97 da mesma lei, o direito de ausentar-se ao serviço (BRASIL, 1990a):

- I - por 1 (um) dia, para doação de sangue;
- II - pelo período comprovadamente necessário para alistamento ou recadastramento eleitoral, limitado, em qualquer caso, a 2 (dois) dias;
- III - por 8 (oito) dias consecutivos em razão de :
  - a) casamento;
  - b) falecimento do cônjuge, companheiro, pais, madrasta ou padrasto, filhos, enteados, menor sob guarda ou tutela e irmãos.

Além das possibilidades mencionadas acima, o RJU mantém um Plano de Seguridade Social para o servidor e sua família, assegurando ao servidor,

entre outros, o direito a licença para tratamento de saúde, que será concedida ao servidor mediante perícia médica, em consonância ao artigo nº 202 da referida Lei, que em sua Seção IV todos os requisitos que tratam este tipo de afastamento (BRASIL, 1990a).

O servidor pode ainda afastar-se por motivos de acidentes em serviço ou doenças profissionais e, por motivo de licença à gestante, à adotante e, a licença paternidade. Estes afastamentos se darão sem prejuízo a remuneração do servidor.

Dos possíveis motivos de afastamento do servidor, as licenças por motivo de saúde compõem o interesse deste estudo, sendo necessário o conhecimento de alguns conceitos importante que estão diretamente relacionados a este tipo de absenteísmo, para tal temos o Manual de Perícia Oficial em Saúde do servidor público federal, elaborado pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (BRASIL, 2017b).

O referido manual, parte do princípio de que a prestação de serviços públicos de qualidade só é possível quando existe uma valorização do próprio servidor público, sem o qual não existe prestação de serviços.

A análise da capacidade laborativa do servidor frente a doenças ou agravos, relacionados ao trabalho ou não, requer competência técnica para avaliar o estado de saúde do servidor, como também o conhecimento da relação entre saúde e trabalho.

O perito responsável por tal avaliação precisa conhecer o tipo de trabalho exercido e, em que condições este trabalho é desenvolvido, sendo necessário envolver ambiente e organização do trabalho, as relações sócio familiares existentes, podendo ainda realizar visitar e inspeções diretas aos pontos de trabalho aonde este servidor está inserido no seu contexto laborativo.

A avaliação da capacidade laborativa deve buscar a compreensão do indivíduo (trabalhador) como um todo, sendo capaz de relacionar suas condições de trabalho, com seu histórico clínico e com uma abordagem biopsicossocial.

Para fins de conhecimento, o Perito Oficial em Saúde (BRASIL, 2017b):

É o médico ou cirurgião-dentista que realiza ato pericial com o objetivo de subsidiar a administração pública federal na fundamentação de decisão a que está obrigada. É responsável pelo estabelecimento da correlação entre o estado mórbido e a capacidade laborativa do servidor, assim como do nexos entre o estado mórbido e o trabalho, bem como pela avaliação de pensionistas e dependentes nos dispositivos previstos na legislação. (p. 7)

Os peritos devem ser, obrigatoriamente, designados em documento legal (Portaria) e, são responsáveis pela realização da Perícia Oficial em Saúde, “Ato administrativo que consiste na avaliação técnica de questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral, realizada na presença do periciado por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado.” (p. 8), compreendendo duas modalidades distintas: Junta Oficial em Saúde, realizada por três médicos ou três cirurgiões-dentistas e, Perícia Oficial em Saúde, realizada por um médico ou um cirurgião-dentista (BRASIL, 2017b).

A realização da Perícia Oficial em Saúde emitirá um laudo para fundamentar as decisões da APF, conforme a Lei nº 8.112, de 1990, aos quais daremos destaque aos artigos nº 202, 203 e 204, que tratam da licença para tratamento da própria saúde, e, os artigos nº 211 e 212, que trata da licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional, mas, que fundamentam legalmente diversas outras avaliações, como: licenças por motivo de doença em pessoal da família, licença gestante, aposentaria por invalidez, avaliações para fins de pensão, entre outras.

Faz-se importante destacar que, as informações oficiais geradas através do atendimento pericial preconizado pelo SIASS, são lançados no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), módulo Saúde, sendo estas informações de conhecimento e acompanhamento das áreas de recursos humanos das instituições pertencentes, apesar de existirem, devido a questões éticas, informações exclusivas do domínio da perícia oficial e do gestor de unidade SIASS, como é o caso da identificação do Código Internacional da Doença (CID) do servidor.

O SIAPE-SAÚDE opera como um instrumento de gestão em saúde que permite a consulta, acompanhamento das informações de saúde dos servidores e, subsidiar o desenvolvimento de um diagnóstico de saúde nos ambientes de trabalho, permitindo uma coleta sistemática dos dados referentes a saúde dos

servidores, tanto do atendimento pericial como pela equipe multiprofissional (SILVA; LICORIO; SIENA, 2014).

Os mesmos autores ainda afirmam que as causas dos afastamentos dos servidores podem ser identificadas pelo acompanhamento do SIAPE-SAÚDE permitindo a identificação das questões de saúde dos servidores e da instituição, como o conhecimento dos fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, a partir das causas geradoras do absenteísmo, e ainda, com base na periodicidade e tempo de duração dos afastamentos esses dados podem fornecer subsídios para tomada de decisão nas questões de avaliação e intervenção no ambiente e nos processos de trabalho, uma vez que a proposta do SIASS integra ações de assistência, prevenção e promoção à saúde (SILVA; LICORIO; SIENA, 2014).

O levantamento e conhecimento das informações de saúde do servidor permite ainda um acompanhamento mais atenciosa da evolução do servidor afastado, com possibilidade de encaminhamentos para atendimento com equipe multiprofissional na tentativa de um retorno mais rápido ao trabalho, além de evitar novos afastamentos.

## **2.7 Avaliação econômica**

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, o SUS deve garantir e prover o direito universal à saúde da população (BRASIL, 1990b), contudo é preciso lembrar que os sistemas de saúde vivem uma realidade de recursos escassos, ao mesmo tempo em que é constante o surgimento de novas tecnologias. Esta realidade faz surgir a necessidade de uma criteriosa avaliação dos gastos, visando uma utilização ótima dos recursos existentes, objetivando a garantia de um sistema sustentável.

Para atendimento dessa necessidade o MS cria a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), que tem por objetivo geral: “maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade”, tendo como diretrizes: (BRASIL., 2009; BRASIL, 2010c)

I - utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de *tecnologias em saúde*.

- II - aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias;*
- III - racionalização da utilização de tecnologias;*
- IV - apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde;*
- V - sistematização e disseminação de informações;*
- VI - fortalecimento das estruturas governamentais; e*
- VII - articulação político-institucional e interssetorial.*

Em sequência a PNGTS, tem-se a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS/CONITEC, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, um vez que determina a necessidade de comprovação mediante evidências científicas sobre eficácia, acurácia e efetividade da nova tecnologia, além da realização de estudos de avaliação econômica que compare os custos e benefícios de sua utilização em relação a tecnologias já incorporadas (BRASIL, 2011b).

Faz-se necessário garantir que a incorporação de novas tecnologias respeite os princípios de integralidade, equidade, hierarquização e regionalização definidos pelo SUS, privilegiando e garantindo a utilização de tecnologias eficazes e seguras, que beneficie a todos e que atendam a diversidade das necessidades de saúde nos diferentes estados e municípios que abrangem a realidade de cobertura do SUS (BRASIL, 2010c).

Entende-se por Tecnologias em Saúde “os medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, os sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte e os programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população” (BRASIL, 2005a).

A implantação de novas tecnologias, envolvem gastos que precisam ser avaliados e justificados pelo gestor, enquanto responsável pelo processo de tomada de decisão. As justificativas para tal implantação devem ser obtidas através de investigações que comprovem ou indiquem a eficiência, eficácia e os benefícios advindos dessa nova tecnologia para a saúde ou frente a tecnologias já existentes, compondo o que é chamado de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) (BRASIL, 2014a).

A ATS se caracteriza como um importante instrumento para planejamento e gestão dos sistemas e serviços de saúde, e consiste na “síntese do

conhecimento científico, do ponto de vista da eficácia, da efetividade e dos custos relacionados às implicações das tecnologias em saúde”. (NITTA, et al. 2010 p.21).

Com vistas à produção e disseminação dos estudos sobre ATS, à determinação de diretrizes metodológicas, validação de qualidade dos estudos existentes e realizados, promoção de capacitação profissional e, ainda, o estabelecimento de mecanismos para monitorar novas tecnologias e tecnologias emergentes, institui-se a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) (BRASIL, 2011c)

A REBRATS é constituída por centros colaboradores e instituições de pesquisa que buscam suscitar e sintetizar as diversas evidências científicas no campo de ATS, nos âmbitos nacional e internacional, considerando ATS como um “processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde e das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias em saúde”, considerando para tal os seguintes aspectos (BRASIL, 2011c):

- I - segurança;
- II - acurácia;
- III - eficácia;
- IV - efetividade;
- V - custos;
- VI - custo-efetividade;
- VII - impacto orçamentário;
- VIII - equidade; e
- IX - impactos éticos, culturais e ambientais.

A avaliação econômica tem como objetivo maximizar a eficiência da alocação dos recursos, ou seja, ela pretende a “otimização das ações para obtenção do melhor resultado possível a partir de uso racional dos recursos” (NITTA, et al. 2010. p. 229).

Segundo Nitta (2010) as avaliações econômicas buscam:

- 1 - Redução das incertezas associadas às intervenções em saúde, principalmente em nível populacional;
- 2 - Possibilidade de alocação racional dos recursos para redução dos custos associados à saúde;
- 3 - Mensuração das contribuições efetivas e ponderação dos efeitos colaterais provenientes de ações inovadoras em saúde;
- 4 - Possibilidade de reorientação de ações cujos resultados forem considerados insatisfatórios.

Na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) as avaliações econômicas tornam-se um importante instrumento no processo de decisão sobre incorporações de tecnologias, assim como para alocação consciente de recursos, com vistas a maximizar resultados em saúde.

As principais formas de avaliação econômica em saúde são: Análise Custo-Minimização (ACM), Análise de Custo-Benefício (ACB), Análise de Custo-Utilidade (ACU) e, Análise de Custo-Efetividade (ACE). Todas elas pretendem a avaliação dos custos associados à implementação de uma nova tecnologia, variando no modo como mensuram os benefícios (BRASIL, 2014a).

As avaliações econômicas em saúde permitem algumas diferentes abordagens, sendo diferenciadas segundo a forma de medir o desfecho esperado, que podem se tratar de unidades físicas ou unidades monetárias.

A **Análise de Custo-Benefício** (ACB): compara custos e benefícios, sendo ambos determinados por unidades monetárias, associados a comparação de diferentes alternativas de intervenção (BRASIL, 2014a).

A **Análise de Custo-Efetividade** (ACE): buscam como resultado a comparação dos custos de uma determinada intervenção com os benefícios clínicos advindos da mesma, podendo ser expressa em anos de vida adicionais, taxa de eficácia da intervenção ou efetividade da mesma (BRASIL, 2014a).

A **Análise de Custo-Minimização** (ACM): Compara os custos de diferentes alternativas de intervenção, voltadas para o mesmo fim e com mesma efetividade comprovada, visando a escolha daquela que oferecer o menor custo (BRASIL, 2014a).

A **Análise de Custo-Utilidade** (ACU): é similar a ACE, porém, busca analisar os efeitos de uma dada intervenção levando em conta a Qualidade de Vida (QV) relacionada à saúde, como por exemplo, anos de vida ajustados por qualidade (BRASIL, 2014a).

Por fim, a **Análise de Impacto Orçamentário** (AIO) : busca a avaliação das consequências financeiras associadas à implantação de uma nova tecnologia em saúde (BRASIL, 2014a).

Os estudos de análise econômica podem se dividir em: Avaliações econômicas completas, quando são realizadas comparações entre duas ou mais alternativas para um determinado tipo de intervenção, além de avaliar custos e

resultados desses diferentes tipos; e as análises econômicas parciais ou incompletas, que abordam os custos associados à tecnologia, porém, não aborda seus efeitos e desfechos (BRASIL, 2014a; NITA et al., 2010).

Vale ressaltar, que as análises parciais são igualmente relevantes, sendo muitas vezes estudos prévios necessários para a realização de análises econômicas completas.

Os estudos de avaliação econômica são utilizados preponderantes para apoiar processos de tomada de decisão frente a incorporações de novas tecnologias, comparando duas ou mais tecnologias na perspectiva de custos e benefícios, não apenas em termos econômicos como também em termos de consequências clínicas adicionais à saúde.

Entende-se por custos, como o próprio nome sugere, a representação do valor monetário de insumos, podendo tratar-se de recursos materiais ou humanos, medicamentos, equipamentos ou ainda outros dispositivos necessários para executar uma determinada intervenção. Em contrapartida, os benefícios podem ser representados pelo ganho em saúde gerados por tal intervenção (BRASIL, 2014a; NITA et al., 2010).

Quando tratamos de custos é preciso entender que existem três classificações relacionadas aos custos possivelmente incorridos na adoção de uma intervenção em saúde, sendo eles (NITTA, et al. 2010. p. 321):

- **Custos Diretos:** considerados os custos dos recursos efetivamente utilizados na aplicabilidade da intervenção, esse tipo de custo divide-se em custos diretos médicos, aqueles especificamente relacionados às ações de saúde e, custos diretos não médicos ou não específicos, sendo todos aqueles relacionados à operacionalização da intervenção;

- **Custos Indiretos:** são aqueles que afetam indiretamente os indivíduos, as organizações e a sociedade pela utilização/aplicação da intervenção; e,

- **Custos Intangíveis:** são custos associados a intervenção utilizada, porém de difícil mensuração monetária, tendo em vista o envolvimento de fatores subjetivos, como por exemplo sofrimento, perda de bem-estar, entre outros.

As modelos de análise econômica são, muitas vezes, associados a incertezas, tanto em termos de benefícios como de custos, para minimizar essa

problemática utilizam-se as análises ou modelos de decisão, objetivando auxiliar o tomador de decisão na busca de melhores escolhas (NITA et al., 2010).

Os modelos de decisão buscam representar a realidade que se pretende analisar de uma maneira gráfica, de forma a visualização das consequências geradas por decisões atuais e futuras, através de um algoritmo que analisa os riscos existentes na tomada de decisão (BRASIL, 2014a).

O modelo de decisão pode ser entendido como a representação de um determinado desfecho, ocorrendo em diferentes cenários, a partir de uma análise estruturada de forma matemática que seja capaz de representar a complexidade desse desfecho em múltiplas alternativas, porém de forma que simplifique a análise e a visualização do problema, buscando a escolha daquela que trará maiores benefícios (SOÁREZ; SOARES; NOVAES, 2014).

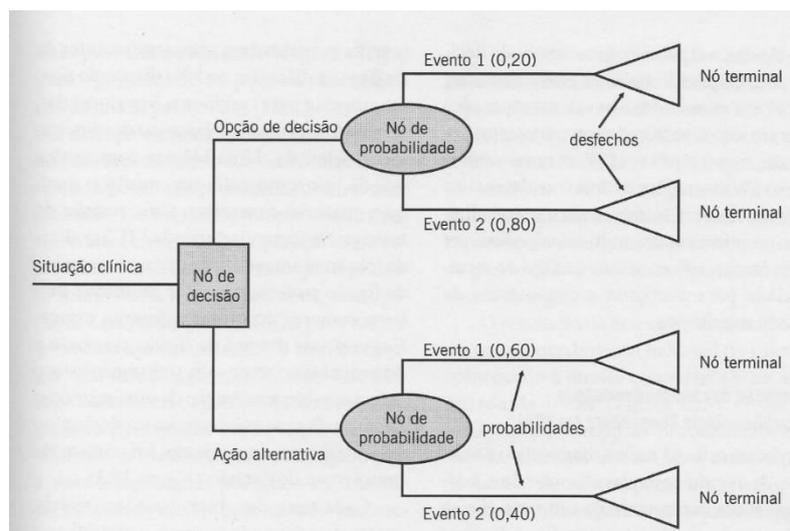
O modelo de decisão auxilia o processo de tomada de decisão à medida que consegue minimizar condições de incerteza (NITTA, et al. 2010. p. 269)

O modelo de decisão permite acompanhar eventos relacionados e nos “obriga a simplificar um problema real, procurando captar a essência do problema de saúde” (NITTA, et al. 2010. p. 270). Constitui-se de uma avaliação quantitativa, que se utilizada de ferramentas, como a árvore de decisão ou os modelos de transição de Markov, onde o objetivo principal é mensurar um valor dos custos dos diversos desfechos esperados em um determinado problema.

A árvore de decisão é um modelo simples, ideal para modelar situação em um cenário linear, com problemas clínicos diretos e de curta duração, para tal faz-se necessário formular uma questão explícita, que inclua as estratégias a serem comparadas, a perspectiva de análise e, ainda determinar o horizonte temporal suficiente para analisar o evento escolhido.

Estruturalmente a árvore de decisão é modelada da esquerda para a direita, composta por “nós”, ramos e desfechos, cada um deles representado por um símbolo gráfico, conforme figura 1 a seguir.

Figura 1 – Modelo da Estruturação da Árvore de Decisão.



Fonte: (NITA et al., 2010)

O Nó de decisão é representados pelo símbolo gráfico “□” (quadrado), sendo o ponto de partida para a simulação dos cenários envolvidos, apontando para a decisão que está sendo considerada para investigação (NITA et al., 2010).

Os Nós de probabilidade ou Nó de chance são representados pelo símbolo gráfico “○” (círculo), onde são incluídos os possíveis eventos que se seguem ao longo do período analisado, estabelecendo a probabilidade de ocorrência de cada um destes eventos, pela necessidade de se modelar uma dada realidade, a soma de todas as probabilidades desses Nós de chance precisam, obrigatoriamente ser igual a 1 (100%) (NITA et al., 2010).

Por último, o Nó terminal, representado pelo símbolo gráfico “△” (triângulo) indica o valor final esperado para cada desfecho apontado pelos nós de chance, ou seja, de cada estratégia modelada (NITA et al., 2010).

Após a construção e implementação do modelo faz-se necessário a realização de uma análise de sensibilidade, visto as condições de incerteza possíveis em todas as avaliações econômicas, essas incertezas podem ser classificadas como incertezas paramétricas, relacionadas aos valores das variáveis embutidas no modelo; incertezas relacionadas a estrutura do modelo; e, e as incertezas associadas aos aspectos metodológicos (BRASIL, 2014a).

## SEÇÃO 3 – MATERIAIS E MÉTODOS

### 3.1 Delineamento metodológico

Trata-se de um estudo de avaliação econômica parcial em saúde, de natureza descritiva, retrospectiva e de abordagem quantitativa do tipo Análise de Impacto Orçamentário (AIO), baseando-se na utilização de dados estatísticos reais e árvore de decisão simples. Considerou-se o horizonte temporal de três anos, compreendidos entre o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

De acordo com Andrade (2018) no estudo descritivo “os fatos são observados, registrados, analisados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles”.

A AIO projeta os gastos que uma determinada tecnologia irá acarretar ao sistema de saúde, em nível populacional. Para tal, devem ser incluídas as consequências diretas sobre o sistema de saúde, sob a perspectiva do gestor.

Em sua abordagem clássica, a AIO pode ser entendida como a avaliação das consequências financeiras da adoção, substituição ou abandono de uma tecnologia em saúde. Contudo, neste caso, pretende-se demonstrar a existência de custos associados à não aplicabilidade de uma tecnologia de prevenção/promoção à saúde dos trabalhadores, ou seja, o “não fazer nada” na tentativa de minimizar o adoecimento e absenteísmo entre os profissionais de enfermagem.

O presente estudo buscou levantar os custos relacionados pelo absenteísmo por motivo de doença vivenciado pelos membros da equipe de enfermagem de um hospital universitário (HU) vinculado a uma IFES, visto que compõem a maior força de trabalho presente no ambiente hospitalar, além de pertencer às categorias profissionais que possuem o maior número de afastamentos por motivo de doença.

Para elaboração da AIO, utilizou-se as indicações das características básicas para análise:

- Absenteísmo dos profissionais de enfermagem;
- A não realização de intervenções voltadas para prevenção da ocorrência de afastamentos/absenteísmo dos profissionais;

- Baseou-se na perspectiva da macrogestão, baseada no SUS;
- Horizonte temporal de 3 anos (2015 a 2017); e,
- Comparação do cenário do absenteísmo, baseados em cada uma das categorias dos profissionais de enfermagem.

A análise para determinação da população de interesse foi baseada no método de demanda aferida, uma vez a existência de meios para estima-la.

Realizou-se avaliação de uma realidade local, portanto, dados primários foram coletados a partir de consulta aos prontuários físico e eletrônico dos servidores pertencentes à equipe de enfermagem, buscando todos os registros de afastamentos para tratamento de saúde homologados no período determinado.

O custo do absenteísmo foi estimado através do custo médio anual para cada um dos cenários (categorias profissionais), por ano, para se obter uma projeção orçamentária ano a ano no horizonte temporal delimitado.

### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado junto ao setor de perícia de uma IFES. O Setor de Perícias em Saúde (SPS) é vinculado a uma Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, onde tem-se uma Divisão de Promoção à Saúde, subdividida em dois setores distintos, um Setor de Atenção à Saúde do Trabalhador e um Setor de Perícias em Saúde.

O SPS é responsável, entre outros, pela homologação dos afastamentos por motivo de doença e pelo acompanhamento dos profissionais afastados de suas atividades profissionais justificados por licenças médicas. Neste setor foram obtidos os dados referentes ao absenteísmo por motivo de doença da população do estudo. Entretanto, a população em questão tem como ambiente de atuação profissional, um HU.

### **3.3 Cenário**

O HU onde os profissionais estudados atuam localiza-se no município do Rio de Janeiro, atualmente com capacidade instalada de mais de 200 leitos, incluindo serviços de clínica médica e cirúrgica, urologia, ginecologia e

obstetrícia, ortopedia, centros de terapia intensiva adulto e infantil, pediatria, entre outros. O HU apresenta três centros cirúrgicos (CC), um CC geral, um CC ortopédico e um CC obstétrico, e possui atendimento ambulatorial de diversas especialidades, onde se desenvolvem o atendimento dos principais programas preconizados pelo MS.

O referido hospital tem como missão ser um hospital de excelência em diversos níveis de complexidade, além do ensino de graduação e pós-graduação (especialização *latu sensu* e *stricto sensu*) para o SUS. O hospital é financiado por receitas oriundas do SUS, do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), Ementas Parlamentares e repasses da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e da Reitoria.

Os servidores atuam em turnos diurno e noturno, em regime de trabalho de 12x60 horas, ou seja, um plantão de 12 horas intercalado com 60 horas de descanso. No entanto, existem profissionais que atuam em regime diarista / tardista, no regime de plantão de 6 horas / 30 horas semanais. Para este estudo considerou-se todos os servidores como atuantes no regime de plantão de 8 horas / 30 horas semanais, pensando em uma carga horária média entre as diferentes jornadas de trabalho.

A escala de quantitativo profissional varia de acordo com os setores e as especificidades de atendimento dos pacientes atendidos por cada especialidade.

Destaca-se a inexistência de programas atuantes de promoção/prevenção à saúde dos trabalhadores voltadas para redução no número de ocorrências de absenteísmo, realizando-se apenas ações isoladas e acompanhamento de casos específicos, como casos de acidentes de trabalho e outros ou por demanda espontânea.

Embora não exista uma proposta de investigação no local ou de intervenção no campo, faz-se preponderante a apresentação/descrição do mesmo, uma vez que se trata do cenário de atuação dos profissionais. É fato que o ambiente de trabalho e suas formas de relação com o trabalhador podem influenciar no processo saúde x doença do indivíduo.

### 3.4 População e amostra

Foi utilizada a amostra total de 300 prontuários dos profissionais de saúde correspondente a equipe de enfermagem, sendo 74 enfermeiros, 52 técnicos de enfermagem e 174 auxiliares de enfermagem atuante em um HU.

Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão no estudo:

- Ser servidor público federal efetivo;
- Pertencer a equipe de enfermagem;
- Ter período de atuação profissional na instituição igual ou superior a um ano.

Como critérios de exclusão, definiu-se:

- Servidores com outros vínculos empregatícios que não o de servidor público efetivo;

Para este estudo, consideraram-se apenas as licenças por motivo de doença iniciados entre o período de janeiro de 2015 e dezembro de 2017, não sendo computados os afastamentos relativos à licença maternidade e acidentes de trabalho. Ressalta-se que os afastamentos podem ocorrer por mais de uma vez ao longo do período considerado, podendo ser pelo mesmo CID ou não.

A exclusão de profissionais com tempo de serviço inferior a um ano foi realizada, uma vez que no ano de 2017 houve um quantitativo alto de admissões em resposta a solicitação judicial, sendo a maioria admitida após junho de 2017. Ressalta-se o fato que esses profissionais foram admitidos em substituição a profissionais de vínculo empregatício temporário, logo, não caracteriza um aumento do quadro de profissionais atuantes na instituição, que por si só já atuaria como fator de proteção para a ocorrência de absenteísmo.

De acordo com o Regime Jurídico Único (RJU) e o Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação (PCCTAE) (Anexo 1), o plano de carreira é estruturado em cinco níveis de classificação e quatro níveis de capacitação. As categorias dos profissionais de enfermagem possuem nível de classificação e de capacitação distintos, relacionados ao seu cargo e nível de formação exigidos, cada qual com um piso salarial.

Para seu efeito, entende-se como nível de classificação: “conjunto de cargos de mesma hierarquia, classificados a partir do requisito de escolaridade, nível de responsabilidade, conhecimentos, habilidades específicas, formação

especializada, experiência, risco e esforço físico para o desempenho de suas atribuições” (BRASIL, 2005b).

Entende-se por nível de capacitação: “a posição do servidor na Matriz Hierárquica dos Padrões de Vencimento em decorrência da capacitação profissional para o exercício das atividades do cargo ocupado, realizada após o ingresso”; e o padrão de vencimento corresponde a “posição do servidor na escala de vencimento da carreira em função do nível de capacitação, cargo e nível de classificação (BRASIL, 2005b).

Os enfermeiros pertencem ao nível de classificação E, com vencimento básico variando entre R\$ 4.180,66 e R\$ 8.323,87; os técnicos de enfermagem pertencem ao nível de classificação D, com vencimento básico variando entre R\$ 2.446,96 e R\$ 4.872,00; e, os auxiliares de enfermagem compõem a categoria de nível de classificação C, com vencimentos entre R\$ 1.945,07 e R\$ 4.343,71 (BRASIL, 1990a, 2005b).

Ao ingressar no serviço público, o servidor é vinculado ao plano de carreira no padrão inicial, o primeiro nível de capacitação do seu respectivo nível de classificação. O profissional tem seu desenvolvimento mediante a Progressão por Capacitação Profissional ou por Progressão por Mérito Profissional (avaliação de desempenho), variando seu nível de capacitação e padrão de vencimento, porém mantendo-se sempre no mesmo nível de classificação (BRASIL, 2005b).

### **3.5 Procedimentos para coleta de dados**

Para a coleta de informação, realizou-se consulta aos prontuários físico e eletrônico através do SIASS. Esta consulta foi realizada para todos os servidores pertencentes à equipe de enfermagem atuante no HU, mediante a solicitação prévia de uma listagem atualizada dos servidores junto ao Setor de Cadastro da IFES.

Realizou-se o levantamento das informações diretamente relacionadas aos afastamentos junto ao SPS da IFES, através de consulta ao prontuário físico de cada servidor, em busca de registros de afastamentos no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017. Adicionou-se à busca de informações as variáveis: sexo, idade, tempo de serviço na instituição, número de afastamentos,

quantidade de dias de cada afastamento e a classificação do problema de saúde de acordo com o Código Internacional da Doença (CID).

Quando os prontuários físicos apresentavam lacunas no registro de informações, realizou-se a consulta ao prontuário eletrônico, junto ao SIASS. Para consulta junto à página do SIASS, fez-se necessário acesso por meio de *login* e senha própria, portanto, quando necessário, houve o auxílio de um médico perito para consulta de informações específicas.

Destaca-se a impossibilidade de identificação do setor de atuação dos profissionais de enfermagem, tanto pela consulta ao prontuário físico quanto pela consulta ao prontuário eletrônico, onde só se consegue a visualização da lotação geral. Neste caso, foram identificadas três possibilidades: Divisão de enfermagem, que compreende os setores de atenção hospitalar propriamente dita, como setores de clínica médica e cirúrgica, pediatria, ortopedia e Centro de Terapia Intensiva (CTI) adulto e infantil; Serviço de Pacientes Externos, correspondente ao atendimento ambulatorial; e, Serviço de Centro Cirúrgico, compreendendo Centro Cirúrgico (CC) e Central de Material Esterilizado (CME).

Criou-se um instrumento de coleta de dados, constituído de um roteiro elaborado pela pesquisadora (Apêndice 1), visando a coleta sistemática das informações necessárias, incluindo-se dados sociodemográficos, profissionais e de histórico de saúde, como: sexo, idade, tempo de serviço e função. Em relação aos afastamentos registrados, os dados inclusos no instrumento foram quantidade de afastamentos por ano, quantidade de dias de cada afastamento e o CID que motivou o mesmo.

No momento da coleta das informações realizou-se o cálculo da idade e do tempo de serviço baseando-se no ano de nascimento e no ano de admissão no serviço, respectivamente. A informação do ano de nascimento e do ano de admissão no serviço não foram registradas junto ao instrumento de coleta de dados. A coleta das informações relacionadas ao absenteísmo dos profissionais foi realizada após anuência das instâncias superiores da instituição.

Para o cálculo das taxas de absenteísmo utilizou-se a fórmula da taxa de absenteísmo apresentada nos parâmetros da Resolução COFEN nº 293/2004 e Resolução COFEN nº 543/2017 que estabelecem parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, destacada a seguir (BRASIL, 2017a; COFEN, 2004):

$$TA = 500x \frac{[(6FM1)+(8FM)+(12FP)]}{(JSTxTFxTD)}$$

Onde:

TA = Taxa de absenteísmo

FM = Número de faltas, em escalas de 8 horas

FM1 = Número de faltas, em escalas de 6 horas

FP: Número de faltas, em escalas de 12 horas

JST = Jornada semanal de trabalho

TF = Total de funcionários

TD = Total de dias úteis

Constante na fórmula, o número 500 refere-se à multiplicação dos cinco dias úteis da semana por 100 (cem), uma vez que a taxa é expressa em percentual.

Para o total de dias úteis considerou-se um ano de 365 dias, com 52 finais de semana (104 dias) e uma média de 10 feriados, chegando ao valor de 252 dias úteis/ano.

Realizou-se a estimativa da taxa de absenteísmo por categoria profissional em cada um dos anos analisados.

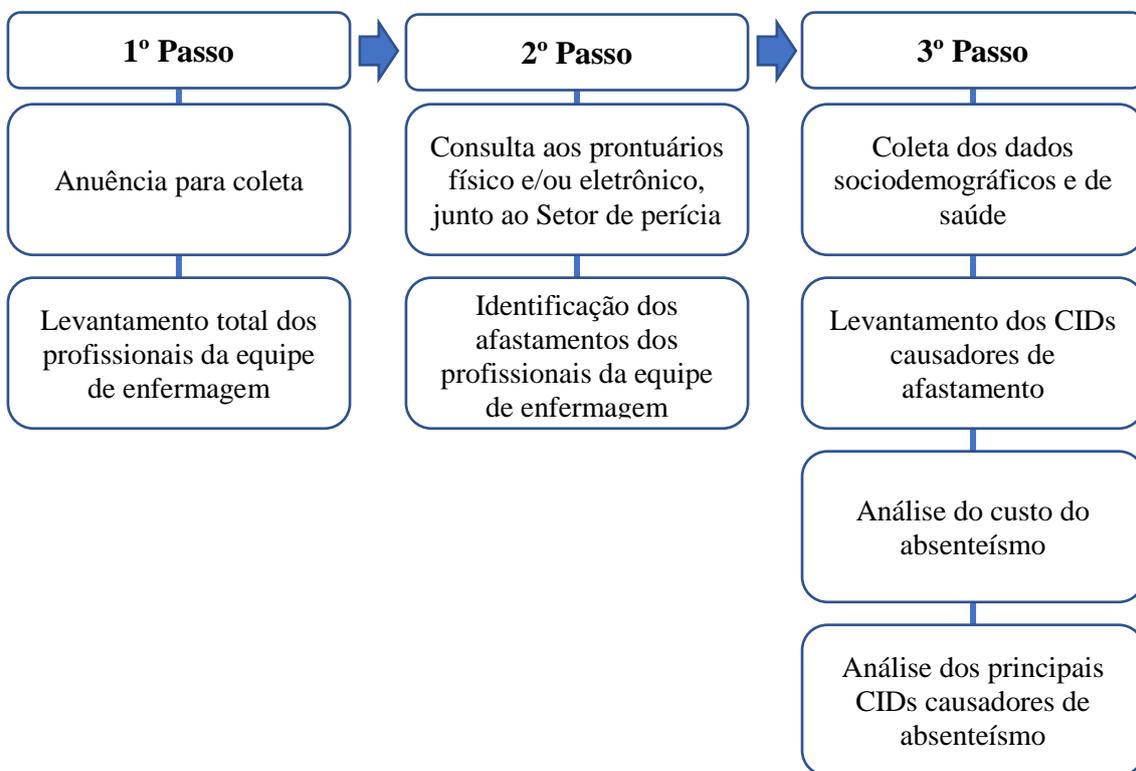
De acordo com os parâmetros estabelecidos para o cálculo de dimensionamento de pessoal, foi necessário pensar no Índice de Segurança Técnica (IST), que prevê um adicional mínimo de 15% de profissionais ao número de profissionais necessários no quadro, dos quais 8,3% são referentes a cobertura de férias, e 6,7% para cobertura de ausências não previstas, onde inclui-se, entre outros, o absenteísmo dos profissionais (BRASIL, 2017a).

Conclui-se com isso que 6,7% deve ser considerada a taxa de absenteísmo máxima aceitável para ausências não previstas, sendo estas justificadas ou não.

Os custos associados à média salarial, ou seja, o custo ocasionado pelo dia de trabalho perdido, foi levantado através da tabela do PCCTAE, de acordo com o vencimento básico de cada um dos níveis de classificação (BRASIL, 2005b).

O Figura 2 demonstra o fluxograma das etapas desenvolvidas para o procedimento de coleta de dados.

Figura 2 – Fluxograma demonstrativo dos procedimentos realizados para coleta de dados



Fonte: Dados da pesquisa.

### 3.6 Análise e estruturação dos dados

Os dados obtidos foram organizados em planilhas eletrônicas por meio de digitação em aplicativo Microsoft Excel® 2016.

Para criação do perfil sociodemográfico dos profissionais, foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de serviço, categoria profissional, quantidade de dias de afastamento e o respectivo CID-10.

O tempo de serviço na instituição levou em consideração o ano de admissão dos profissionais, sendo utilizada para análise dos dados apenas a média e o desvio-padrão do tempo de serviço dos profissionais junto à IFES. Não foram realizadas correlações entre o tempo de serviço e as outras variáveis.

Para o delineamento do perfil dos profissionais de enfermagem que atuam no HU considerou-se o quantitativo total dos profissionais enquadrados entre os critérios de inclusão e exclusão descritos, independentemente da existência ou

não de afastamentos no período. Em seguida, foi traçado o perfil dos profissionais que tiveram registro de afastamento dentro do horizonte temporal determinado.

As referidas variáveis foram organizadas em tabelas de frequência simples e percentual, representando o resumo das informações coletadas.

Para a estimativa média dos custos com o absenteísmo e AIO, utilizou-se o modelo de decisão chamado Árvore de Decisão, elaborado no software TreeAge Pro 2011 (TreeAge Software Inc.®).

A alimentação da árvore de decisão, a partir dos dados empíricos, permite descrever de forma gráfica os componentes de um problema, permitindo a comparação de alternativas através da ordenação e hierarquização de eventos e informações disponíveis (NITA et al., 2010).

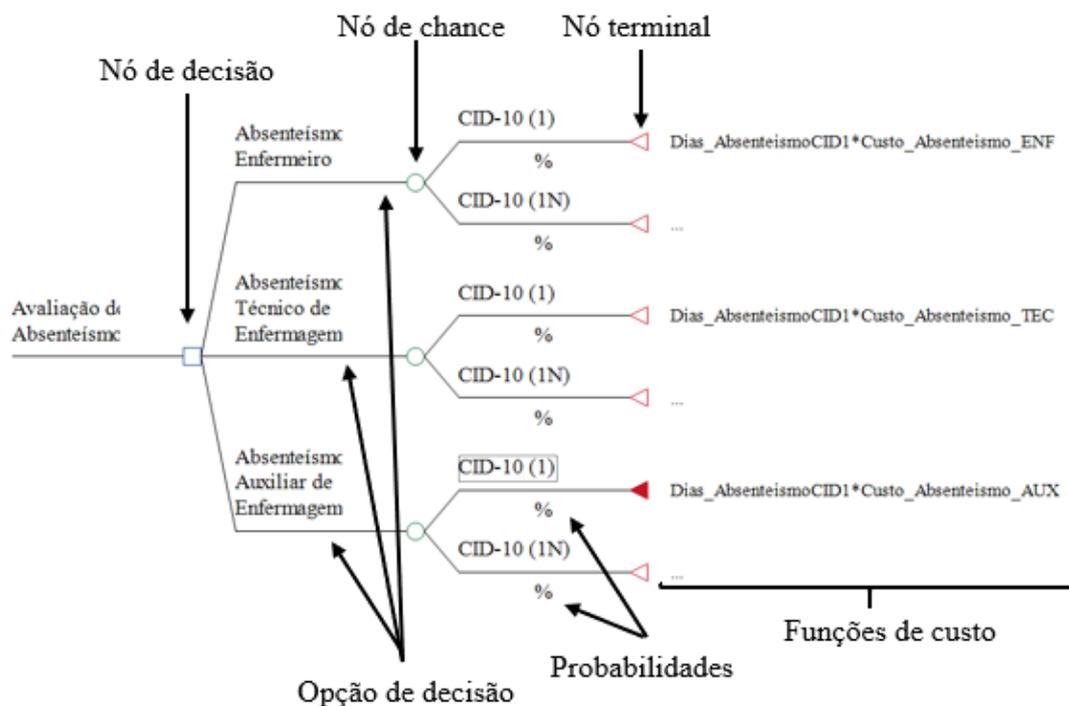
A problemática definida na proposta da árvore de decisão foi a ocorrência do absenteísmo, separada pelos grandes grupos existentes dentro do CID-10. A probabilidade de cada uma das ocorrências foi determinada pela probabilidade real do episódio, e pela média e desvio padrão dos afastamentos reais registrados para cada ocorrência de afastamento.

A estrutura da Árvore de Decisão foi composta por três cenários, nomeados de (a) “Absenteísmo Enfermeiros”, (b) “Absenteísmo Técnicos de Enfermagem” e (c) “Absenteísmo Auxiliares de Enfermagem”. Cada um desses ramos se desdobrou em outros ramos, representados pelos grupos associados a cada CID que ocasionou o absenteísmo, onde utilizou-se a probabilidade real de sua ocorrência para ambos os nós de probabilidade iniciais (“Absenteísmo Enfermeiros”, “Absenteísmo Técnicos de Enfermagem” e “Absenteísmo Auxiliares de Enfermagem”).

A Árvore de Decisão foi elaborada para representar estratégias de decisão, onde os nós de chance foram utilizados para incorporar a frequência esperada de dado evento, neste caso a probabilidade real de ocorrência do absenteísmo por motivo de doença dos profissionais da equipe de enfermagem. Ao final de cada série de probabilidades, os valores de custos foram inseridos para obtenção de um resultado final (BRASIL, 2014b).

A Figura demonstra a estrutura utilizada como base para a parametrização da árvore de decisão proposta neste estudo, para facilitar a visualização das informações descritas acima.

Figura 3 - Estrutura da Árvore De decisão e seus componentes



Fonte: Estrutura da Árvore de Decisão criado pela autora com uso do Treeage Software Inc.®, 2018.

Para compor as funções de custo considerou-se “Dias\_absetenteísmoCID” a média e o desvio padrão da duração das licenças médicas registradas para cada CID em cada uma das categorias e, o “Custo\_Absenteísmo” considerou a valor de um dia de trabalho de cada uma das categorias profissionais e seu referido desvio padrão.

A descrição das variáveis que compuseram a árvore de decisão encontra-se assinaladas no Apêndice 2.

E ainda, realizou-se análise de sensibilidade determinística univariada das principais variáveis contidas no modelo para verificação da robustez dos dados, o impacto no custo médio das outras variáveis contidas no modelo e auxiliar no processo de tomada de decisão, uma vez que sinaliza às variáveis que mais impactam no modelo, servindo de base para decisão de quais variáveis são possíveis de gerenciar e, ainda as prioridades de intervenção.

Para a avaliação dos CIDs que mais impactaram no custo relacionado ao absenteísmo utilizou-se o Diagrama de Tornado, que consiste em um gráfico de

barras, onde as categorias de dados são apresentadas verticalmente e, ordenados de forma ordenada e decrescente. As barras mais longas aparecem na parte superior e indicam uma maior sensibilidade para o que está sendo examinado, sendo as extremidades de cada barra a representação do maior e menor valor do fator analisado.

### 3.7 Perspectiva do estudo

No estudo, utilizou-se a perspectiva do SUS como órgão pagador de serviços públicos e privados de saúde. Foram considerados os custos diretos cobertos pelo sistema público.

### 3.8 Custos considerados

Realizou-se o cálculo da média e do desvio padrão (DP) considerando todos os padrões de vencimento possíveis dentro de cada nível de classificação e nível de capacitação ao longo das progressões salariais existentes dentro do PCCTAE (Anexo 1). A média salarial dos enfermeiros (Nível E) foi de R\$ 5.996,75 (DP  $\pm$  R\$ 1.039,72); dos técnicos de enfermagem (Nível D) de R\$ 3.509,93 (DP  $\pm$  R\$ 608,55), e dos auxiliares de enfermagem (Nível C) de R\$ 2.790,00 (DP  $\pm$  R\$ 483,73).

Para estimativa do valor correspondente a um dia de trabalho, realizou-se o cálculo simples do valor médio salarial dividido pelo número de dias do mês, ou seja, 30 dias.

Figura 4 – Quadro de remuneração média dos servidores por categoria profissional, HU – Rio de Janeiro, 2018.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Média Vencimento Básico (<math>\pm</math>DP)</b>	<b>Dia Útil/Servidor</b>
<b>Enfermeiro</b>	R\$5.996,75 ( $\pm$ R\$1.039,72)	R\$199,89 ( $\pm$ R\$34,66)
<b>Técnico de Enfermagem</b>	R\$ 3.509,93 ( $\pm$ R\$608,55)	R\$116,99 ( $\pm$ R\$20,28)
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	R\$2.790,00 ( $\pm$ R\$483,73)	R\$93,00 ( $\pm$ R\$16,13)

Fonte: Dados da tabela: Estrutura do vencimento básico do PCCTAE a partir de 1º de janeiro de 2017 (Anexo 1)

De acordo com o PCCTAE, além da Progressão por Capacitação e Progressão por Mérito profissional previstas na estrutura do vencimento básico – considerada para o levantamento da média salarial dos profissionais de enfermagem – tem-se ainda uma tabela de Incentivo a Qualificação (Anexo 2), instituída aos servidores que possuem educação formal superior, além daquela exigida para o cargo do qual é titular. Este incentivo é calculado com base em um percentual adicional sobre o padrão de vencimento recebido, sendo esses não acumuláveis (BRASIL, 2005b).

Para efeitos de Incentivo a Qualificação, tem-se de 15% a 25% de adicional para curso de graduação; 20% a 30% para curso de especialização; 35% a 52% para mestrado; e 50% a 75% para doutorado, sendo a variação de percentual relacionada a área de atuação de conhecimento do curso, com relação indireta ou direta à atividade realizada (BRASIL, 2005b).

Como os dados deste estudo não incluíram a busca da informação sobre o grau de instrução dos profissionais, considerou-se para efeito do cálculo dos dias de trabalho perdidos apenas o vencimento básico médio dos profissionais.

Para a AIO utilizou-se valores divulgados no Relatório Anual de Gestão da referida IFES, assim como dados informados pelo setor financeiro da IFES. Considerando os anos base 2015, 2016 e 2017 os valores referentes à Remuneração de Pessoal, foram respectivamente de R\$ 185.946.119,01; R\$ 207.707.638,86; e R\$ 244.877.612,00. Deste total, os valores referentes a folha de pagamento exclusivamente do HU foram **R\$ 75.444.225,54**, **R\$ 94.792.545,44** e **R\$ 116.387.193,85** respectivamente.

Esses valores são referentes ao total de gastos relativos à remuneração de pessoa, incluindo o quadro docente e técnico administrativo em educação.

### **3.9 Pressupostos**

Foram adotadas as seguintes premissas:

1. O presente estudo utiliza-se da perspectiva do SUS;
2. O horizonte temporal considerado foi de três anos (2015 e 2017);
3. Consideraram-se os afastamentos para tratamento da própria saúde homologados no período entre 1º de janeiro de 2015 à 31 de dezembro de 2017.

4. Não foram computados afastamentos referentes à licença maternidade e a acidentes de trabalho.
5. Não foram aplicadas taxa de desconto ou de inflação para mensuração dos custos;
6. Os custos associados à média salarial foram levantados através da tabela do PCCTAE, de acordo com o vencimento básico de cada um dos níveis de classificação (BRASIL, 2005b).
7. Considerou-se, para efeito do cálculo do dia de trabalho perdido, o regime 8 horas de trabalho diário / 30 horas semanais.
8. A equipe de enfermagem foi dividida em três grupos: Grupo 1 – Enfermeiros; Grupo 2 – Técnicos de enfermagem; e, Grupo 3 – Auxiliares de enfermagem.
9. Quando o afastamento estava relacionado à múltiplos CIDs considerou-se apenas o CID principal;
10. Para cada probabilidade real de ocorrência do absenteísmo foi considerada uma amplitude de 10% no intervalo de variação em torno de seu valor;
11. CIDs cujo percentual total foi inferior a 5% foram agrupados em uma categoria denominada “Outros”.
12. Não foram considerados os custos com a reposição de pessoal no pagamento de APH (Adicional de Plantão Hospitalar).

### **3.10 Aspectos éticos**

O estudo foi conduzido com base em banco de dados existentes. Entretanto, foi solicitada autorização por escrito, através de Carta de Anuência à chefia do Setor de Perícias (Apêndice 3), onde se deu a coleta das informações necessárias para o estudo, além da autorização do Pró-Reitor de Gestão de Pessoas (Apêndice 4), uma vez que o referido setor fica subordinado à Pró-Reitora em questão.

O projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, sob o nº de série CAAE: 99597818.3.0000.5285, Parecer nº 3.027.763, tendo sido solicitada

dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 5), pela justificativa da utilização de um banco de dados existente.

Entende-se a existência de riscos subjetivos inerentes a este estudo, que podem envolver a invasão à intimidade pessoal e riscos administrativos e políticos que possam incidir sobre os participantes da pesquisa. Por esse motivo, todas as medidas necessárias para preservação da confidencialidade dos dados foram devidamente asseguradas, garantindo o sigilo das informações de identificação e outros dados que possam, de forma direta ou indireta, vir a permitir a identificação dos participantes (BRASIL, 2012).

## SEÇÃO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 Caracterização sociodemográfica e ocupacional da população

Inicialmente os dados referentes à caracterização dos 300 profissionais da equipe de enfermagem que compuseram a amostra de prontuários analisados foram codificados numericamente dentro das variáveis sociodemográficas e de trabalho (sexo, idade, tempo de serviço na instituição e lotação por categoria profissional). Também foram computados os dias de afastamento registrados entre o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, e a razão dos dias de afastamento por profissional.

Para a análise descritiva das variáveis categóricas quantitativas foram utilizados frequência simples, percentual, média e desvio padrão, sendo os resultados ilustrados na Figura 5.

Na Figura 5, são descritos os dados sociodemográficos dos profissionais de enfermagem atuantes no HU no período entre 2015 e 2017, e apontam que em todas as categorias profissionais tem-se o predomínio do sexo feminino, correspondendo a um total de 90,5% (n=67) entre os enfermeiros, 76,9% (n=40) entre os técnicos de enfermagem e, 80,5% (n=140) entre os auxiliares de enfermagem.

Em relação a idade dos profissionais e tempo de serviço na instituição, tem-se os enfermeiros com uma média de idade de 49 anos ( $\pm 11,2$ ) e média de 19 anos ( $\pm 10,4$ ) de tempo de serviço na instituição. Entre os técnicos de enfermagem a idade média foi de 47 anos ( $\pm 9,5$ ), com tempo de serviço médio de 17 anos ( $\pm 7,2$ ) e, por fim, os auxiliares de enfermagem com média de 50 anos ( $\pm 10,5$ ) e média de tempo de serviço de 17 anos ( $\pm 11,6$ ).

Quanto à lotação dos profissionais, observa-se que a maioria deles é lotado na Divisão de Enfermagem, que corresponde aos setores de internação clínica e cirúrgica do HU, com um total de 73% (n=54) dos enfermeiros, 63,5% (n=33) técnicos de enfermagem e, 56,3% (n=98) auxiliares de enfermagem.

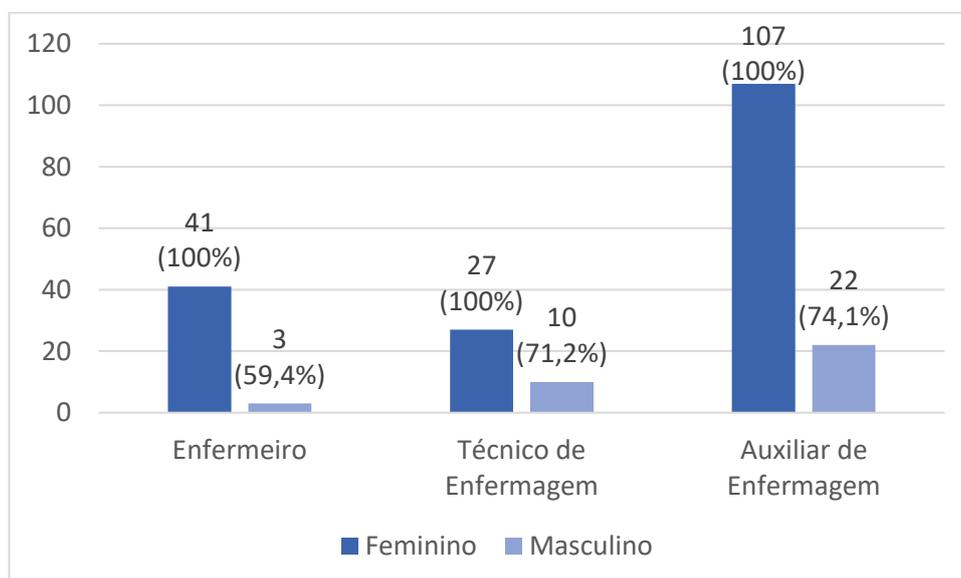
Figura 5 – Quadro da descrição do perfil dos profissionais da equipe de enfermagem do HU, nos anos de 2015-2017, HU – RJ, 2018.

Características da Amostra	Categoria Profissional	Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>	Enfermeiro	Feminino	67	90,5
		Masculino	7	9,5
	Técnico de Enfermagem	Feminino	40	76,9
		Masculino	12	23,1
	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	140	80,5
		Masculino	34	19,5
<b>Idade (anos)</b>	Enfermeiro	Média ( $\pm$ DP)	49 ( $\pm$ 11,2)	-
	Técnico de Enfermagem	Média ( $\pm$ DP)	47 ( $\pm$ 9,5)	-
	Auxiliar de Enfermagem	Média ( $\pm$ DP)	50 ( $\pm$ 10,5)	-
<b>Tempo de Serviço na IES (anos)</b>	Enfermeiro	Média ( $\pm$ DP)	19 ( $\pm$ 10,4)	-
	Técnico de Enfermagem	Média ( $\pm$ DP)	17 ( $\pm$ 7,2)	-
	Auxiliar de Enfermagem	Média ( $\pm$ DP)	17 ( $\pm$ 11,6)	-
<b>Lotação</b>	Enfermeiros	Divisão de Enfermagem	54	73
		Serviço de Centro Cirúrgico	4	5,4
		Serviço de Pacientes Externos	16	21,6
	Técnico de Enfermagem	Divisão de Enfermagem	33	63,5
		Serviço de Centro Cirúrgico	4	7,7
		Serviço de Pacientes Externos	15	28,8
	Auxiliar de Enfermagem	Divisão de Enfermagem	98	56,3
		Serviço de Centro Cirúrgico	15	8,6
		Serviço de Pacientes Externos	61	35,1

Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 6 apresenta o gráfico com o total de profissionais da equipe de enfermagem e o quantitativo desses que apresentaram algum tipo de afastamento por motivo de doenças nos anos de 2015 e 2017.

Figura 6 – Gráfico da distribuição do total de profissionais da equipe de enfermagem com registro de afastamento por motivo de doença entre os anos de 2015 e 2017, HU – RJ, 2018.

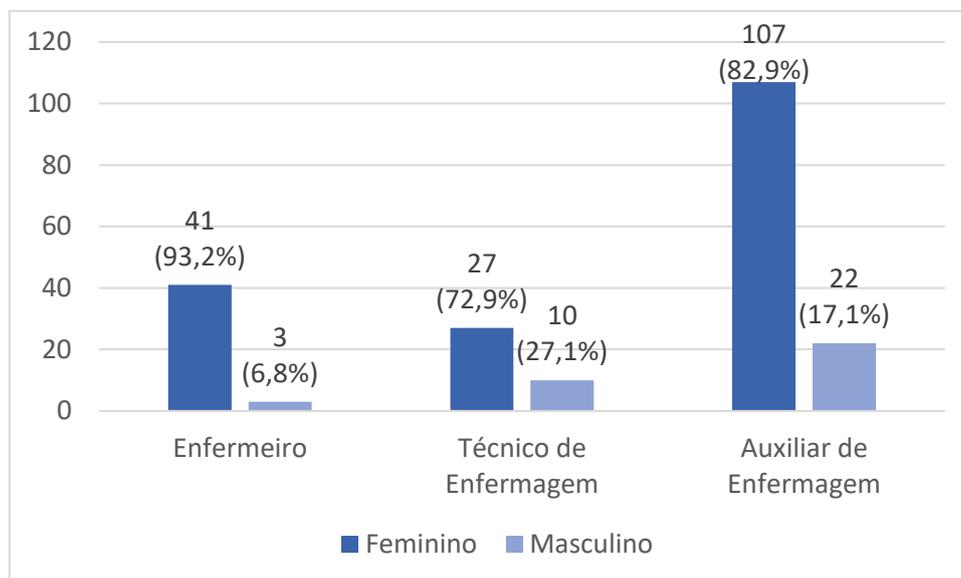


Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se que do total de 74 enfermeiros, 44 (59,5%) deles apresentaram afastamentos nos anos estudados. Entre os técnicos de enfermagem, 37 (71,2%) dos 52 profissionais tiveram afastamentos nos anos em questão e, entre os 174 auxiliares de enfermagem, 129 (74,1%) deles apresentaram afastamentos por motivo de doença.

A Figura 7 apresenta o gráfico que descreve a distribuição da variável sexo dos profissionais da equipe de enfermagem que tiveram algum registro de afastamento por motivo de doença entre os anos 2015 e 2017.

Figura 7 – Gráfico da distribuição dos profissionais de enfermagem com histórico de afastamento por motivo de doença segundo sexo, HU – RJ, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 8 apresenta o quadro com a descrição das médias de tempo de serviço dos profissionais com registro de afastamento entre os anos estudados, onde destacam-se os enfermeiros, com média de 16,6 anos ( $\pm 9,6$ ) de tempo de serviço na instituição. Os técnicos de enfermagem apresentaram média de 17,7 anos ( $\pm 7,5$ ) de tempo de serviço, e os auxiliares de enfermagem com média de tempo de serviço de 17,9 anos ( $\pm 11,6$ ).

Figura 8 – Quadro com média de tempo de serviço da instituição dos profissionais de enfermagem do HU com registro de afastamento por motivo de doenças nos anos de 2015 e 2017, HU – RJ, 2018.

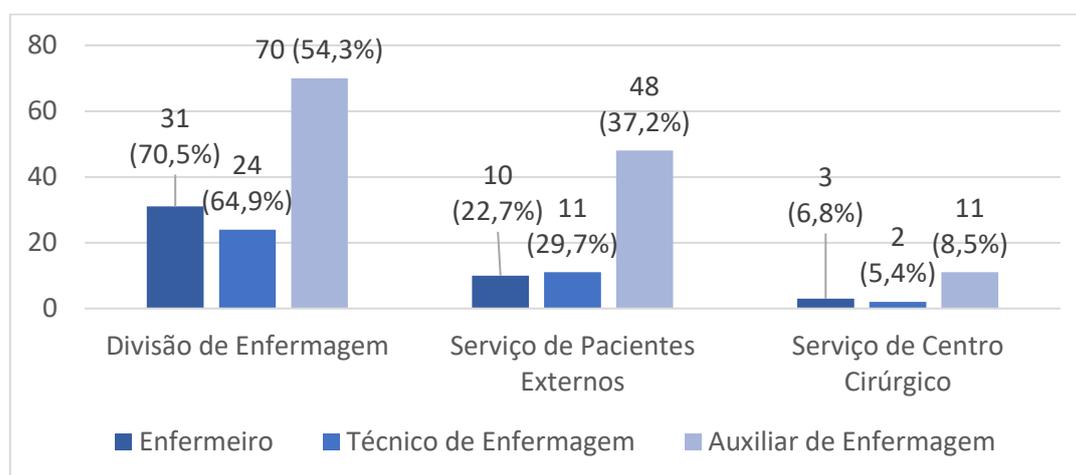
Características da Amostra	Categoria Profissional	Média ( $\pm DP$ )
Tempo de Serviço na IES (anos)	Enfermeiro	16,6 ( $\pm 9,6$ )
	Técnico de Enfermagem	17,7 ( $\pm 7,5$ )
	Auxiliar de Enfermagem	17,9 ( $\pm 11,6$ )

Fonte: Dados da pesquisa

No que tange a lotação dos profissionais com registro de afastamentos por motivo de doenças, a Figura 9 aponta para uma maior ocorrência de afastamentos entre os profissionais atuantes na Divisão de Enfermagem, com 70,5% (n=31) dos enfermeiros, 64,9% (n=24) técnicos de enfermagem e 54,3%

(n=70) auxiliares de enfermagem. Esses profissionais foram seguidos pelos lotados no Serviço de Pacientes Externos, ou seja, no serviço ambulatorial e os profissionais lotados no Serviço de Centro Cirúrgico do HU.

Figura 9 – Lotação dos profissionais de enfermagem com registro de afastamento por motivo de doença por categoria profissional, HU – RJ, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

O Tabela 1 destaca a distribuição das faixas etárias dos profissionais com registro de afastamentos nos anos de 2015 e 2017, de acordo com a categoria profissional a qual pertencem.

Tabela 1 – Perfil de distribuição das faixas etárias de acordo com as categorias profissionais dos trabalhadores com registro de afastamento no período entre janeiro de 2015 – dezembro de 2017, HU – RJ, 2018.

Faixa Etária	Categoria Profissional					
	Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Auxiliar de Enfermagem	
	N	%	N	%	N	%
25 – 30 Anos	1	2,27	1	2,70	5	3,88
31 – 35 Anos	5	11,36	3	8,11	6	4,65
36 – 40 Anos	8	18,18	4	10,82	12	9,30
41 – 45 Anos	11	25,0	8	21,62	23	17,83
46 – 50 Anos	3	6,82	8	21,62	20	15,50
51 a 55 Anos	7	15,91	5	13,51	20	15,50
56 – 60 Anos	2	4,55	5	13,51	19	14,73
61 – 65 Anos	5	11,36	2	5,41	11	8,53
> 66 Anos	2	4,55	1	2,70	13	10,08
<b>TOTAL:</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

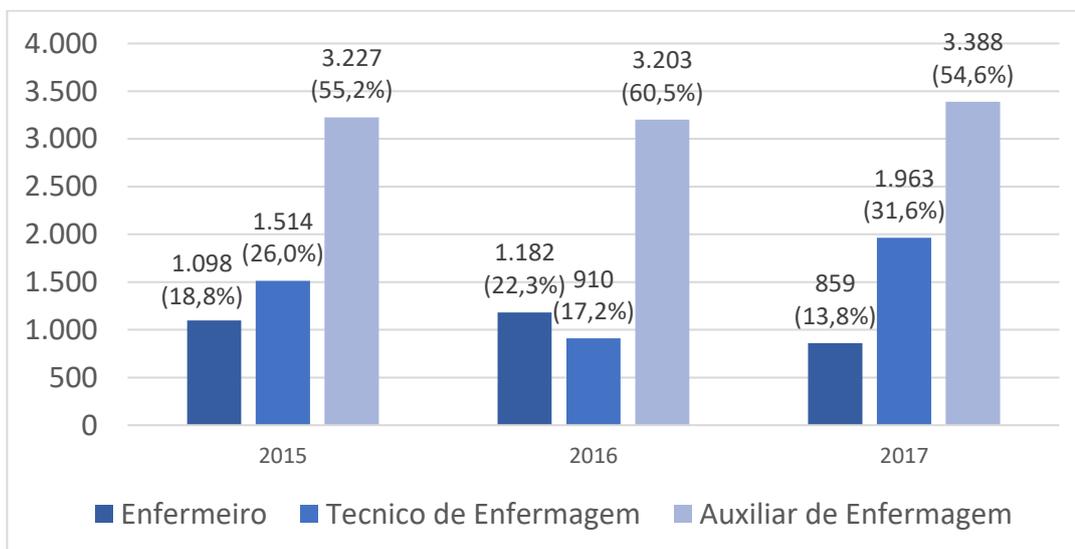
A Tabela1 destaca que o grupo de enfermeiros está distribuído, em sua maior parte, entre as faixas etárias entre 36 a 40 anos e 41 a 45 anos, ambas com 8 (18,18%) e 11 (25,0%) dos profissionais respectivamente. Os técnicos de enfermagem estão, em sua maioria, distribuídos entre as faixas etárias de 41 a 45 anos e 46 a 50 anos, ambas com 8 (21,62%) dos profissionais. Entre os auxiliares de enfermagem observa-se o predomínio de profissionais entre as faixas etárias de 41 a 45 anos, com 23 (17,83%) profissionais, seguido pelas faixas etárias de 46 a 50 anos e 51 a 55 anos, ambas com 20 (15,5%) profissionais cada.

Ressalta-se que nas três categorias profissionais percebe-se que em sua maioria compõe faixas etárias acima dos 50 anos de idade, sendo 36,37% dos enfermeiros, 35,13% dos técnicos de enfermagem e 48,84% dos auxiliares de enfermagem, indicando para a ocorrência do envelhecimento da força de trabalho no HU.

#### 4.2 Caracterização dos afastamentos dos profissionais da equipe de enfermagem

Em relação à distribuição dos dias de afastamentos ao longo dos anos de 2015 a 2017, a Figura 10 apresenta a distribuição do número de licenças médicas por categoria profissional ao longo dos anos estudados.

Figura 10 – Gráfico da distribuição do número de licenças médicas segundo categoria profissional, por ano de ocorrência, HU – RJ, 2018



Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 10 revela o predomínio dos afastamentos entre os profissionais auxiliares de enfermagem ao longo dos três anos analisados, com um total de 3.227 dias, 3.203 dias e 3.388 dias de trabalho perdidos nos anos de 2015, 2016 e 2017, respectivamente.

Entre os anos estudados, temos 2017 com o maior número total de dias perdidos com 6.210 dias de afastamentos entre os profissionais de enfermagem do hospital. Temos ainda o somatório de 17.344 dias perdidos somado os três anos analisados.

Em relação às ocorrências de afastamentos nos anos de 2015 a 2017, a Tabela 2 apresenta a distribuição dos profissionais afastados, licenças médicas e dias de trabalho perdidos justificados por licenças médicas, segundo a categoria profissional.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais afastados, licenças médicas e dias perdidos, segundo categoria profissional, no período de 2015 a 2017, HU-RJ, 2018.

Categoria Profissional	Profissionais Afastados		Licenças Médicas			Dias Perdidos		
	N	%	N	%	mLic	N	%	mDp
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	129	61,43	532	55,82	4,12	9.818	56,6	18,45
<b>Técnico de Enfermagem</b>	37	17,62	211	22,14	5,70	4.387	25,3	20,79
<b>Enfermeiro</b>	44	20,95	210	22,04	4,77	3.139	18,1	14,94
<b>Total:</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>953</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>17.344</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

mLic – Média de licenças médicas por profissional afastado

mDp – Média de dias perdidos por licenças médicas

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 2 revela a supremacia dos auxiliares de enfermagem tanto no número de licenças médicas, com 532 (55,82%) dos registros de licenças homologadas, perfazendo um total de 56,6% (n=9.818) dias de perdidos de trabalho. Contudo a média de dias perdidos por licenças médicas foi maior entre os técnicos de enfermagem, com 20,79 dias.

A Figura 11 apresenta a razão de afastamentos por profissionais por ano, somados os afastamentos registrados entre os anos estudados.

Figura 11 – Razão de afastamentos (Dias) por profissionais por ano, segundo categoria profissional, no período de 2015 a 2017, HU-RJ, 2018.

Razão Afastamento (Dias)/Profissionais/Ano		Total
Categoria Profissional	Enfermeiro	14,14
	Técnico de Enfermagem	28,12
	Auxiliar de Enfermagem	18,81

Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 11 aponta para a maior quantidade de dias perdidos entre os técnicos de enfermagem, com a razão de dias de afastamento/profissionais/ano de 28,12 dias, isso significa dizer que anualmente temos aproximadamente 30 dias de afastamentos, ou seja, um mês, de dias de trabalho perdido para cada profissional. Entre os auxiliares de enfermagem esse número chega próximo a 20 dias.

Uma vez realizado o levantamento dos dados referentes aos afastamentos por motivo de doença dos profissionais, buscou-se a identificação dos referidos CIDs responsáveis pela ocorrência, sendo descritos na Tabela 3 a distribuição do total de dias de afastamento, de acordo com o CID e pelas categorias profissionais. Neste caso, realizou-se a distribuição de acordo com os grupos definidos para composição da Árvore de Decisão, ou seja, dividindo-os em três grupos: “Enfermeiros” e “Técnicos de Enfermagem” e “Auxiliares de Enfermagem”.

A Tabela 3 destaca, entre os enfermeiros, o predomínio das ocorrências de afastamentos pelos CIDs do Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais, do Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e do Capítulo II – Neoplasias, cada qual com um total de 30,45% (n=956), 29,75% (n=934) e 11,98% (n=376) dos registros de ocorrência, respectivamente.

Entre os técnicos de enfermagem, destacam-se os afastamentos pelos CIDs do Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais com 39,07% (n=1.714) dos dias de afastamentos registrados, seguidos pelo afastamentos relacionados ao Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com um total de 24,21% (n=1.062) dos dias e do Capítulo II –

Neoplasias, com 12,38% (n=543) dos dias de afastamentos registrados entre os anos de 2015 a 2017.

A Tabela 3 ainda aponta para os principais CIDs registrados entre a categoria auxiliar de enfermagem, sendo o maior quantitativo de afastamentos registrados aqueles associados ao Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, seguidos pelas ocorrências relacionadas ao Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais e do Capítulo XII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, cada qual com um total de 26,84% (n=2.635), 16,63% (n=1.632) e 10,19% (n=999) dos registros de ocorrência, respectivamente.

Tabela 3 - Distribuição dos dias de afastamentos dos profissionais da equipe de enfermagem do HU, nos anos de 2015 a 2017, segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018

CID – 10	Enfermeiros		Técnicos de Enfermagem		Auxiliares de Enfermagem	
	N	%	N	%	N	%
Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 – B99)	57	1,82	64	1,46	640	6,52
Capítulo II – Neoplasias [Tumores] (C00 – D48)	376	11,98	543	12,38	726	7,39
Capítulo III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50 - D90)	0	-	0	-	65	0,66
Capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 – E90)	30	0,96	30	0,68	455	4,63
Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais (F00 – F99)	956	30,45	1.714	39,07	1.632	16,63
Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso (G00 – G99)	4	0,13	6	0,14	557	5,67
Capítulo VII – Doenças do olho e anexos (H00 – H59)	31	0,99	66	1,50	179	1,82
Capítulo VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60 – H95)	15	0,48	11	0,25	18	0,18
Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório (I00 – I99)	69	2,20	39	0,89	860	8,76
Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório (J00 – J99)	37	1,18	52	1,19	95	0,97
Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo (K00 – K93)	77	2,45	57	1,30	106	1,08
Capítulo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 – L99)	1	0,03	5	0,11	40	0,41
Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 – M99)	934	29,75	1.062	24,21	999	10,19
Capítulo XIV – Doenças do aparelho geniturinário (N00 – N99)	127	4,04	178	4,06	242	2,46
Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério (O00 – O99)	177	5,64	196	4,47	313	3,19
Capítulo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal (P00 – P96)	0	-	0	-	0	-
Capítulo XVII – Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00 – Q99)	0	-	0	-	0	-
Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 – R99)	18	0,57	83	1,89	122	1,24
Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00 – T98)	194	6,18	211	4,81	2.635	26,84
Capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade (V01 – Y98)	0	-	5	0,11	5	0,05
Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 – Z99)	36	1,15	65	1,48	129	1,31
Capítulo XXII – Códigos para propósitos especiais (U00 – U99)	0	-	0	-	0	-
<b>TOTAL:</b>	<b>3.139</b>	<b>100</b>	<b>4.387</b>	<b>100</b>	<b>9.818</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

### **4.3 Problemas de saúde relacionados ao absenteísmo**

Considerando o CID, foi possível agrupar os códigos dos motivos de afastamentos por motivo de doença pelos grandes grupos delimitados pelo CID, de acordo com a categoria profissional, referentes ao horizonte temporal de três anos delimitado neste estudo. Os 17.344 dias de afastamentos concedidos entre os anos de 2015 a 2017, foram distribuídos entre os grandes grupos do CID.

Nesta subseção são apresentados os quatro principais CIDs responsáveis pelo maior número de dias de afastamentos entre os profissionais de enfermagem, correspondendo as Tabela 4 a Tabela 7. Os demais CIDs são apresentados nas Tabelas 8 a 22, dispostas no Apêndice 6.

Tabela 4 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo II: Neoplasias [Tumores] (C00 – D48) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

C00 – D48: Neoplasias [Tumores]	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
<b>C00 – C14: Neoplasias [Tumores] Malignas(os) do Lábio, Cavidade Oral e Faringe</b>	11	181	16,45 ±22,65	<b>48,14</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>C30 – C39: Neoplasias [Tumores] Malignas(os) do Aparelho Respiratório e dos Órgãos Intratorácicos</b>	1	7	7 ±0	<b>1,86</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>C50: Neoplasias [Tumores] Malignas(os) da Mama</b>	4	188	47 ±20,28	<b>50,0</b>	-	-	-	-	5	152	30,4 ±25,04	<b>20,94</b>
<b>C64 – C68: Neoplasias [Tumores] Malignas(os) do Trato Urinário</b>	-	-	-	-	8	468	58,5 ±42,24	<b>86,19</b>	-	-	-	-
<b>C81 – C96: Neoplasias [Tumores] Malignas(os), Declaradas ou Presumidas como Primárias, dos Tecidos Linfáticos, Hematopoiéticos e Tecidos Correlatos</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	5	392	78,4 ±37,93	<b>53,99</b>
<b>D00 – D09: Neoplasias [Tumores] in situ</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12	12 ±0	<b>1,65</b>
<b>D10 – D36: Neoplasias [Tumores] Benignas(os)</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	9	170	18,88 ±19,64	<b>23,42</b>
<b>D37 – D48: Neoplasias [Tumores] de Comportamento Incerto e Desconhecido</b>	-	-	-	-	3	75	25 ±14	<b>13,81</b>	-	-	-	-
<b>TOTAL:</b>	<b>16</b>	<b>376</b>	<b>23,5 ±25,02</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>543</b>	<b>49,36 ±39,15</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>726</b>	<b>36,3 ±35,31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 5 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais (F00 – F99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

F00 – F99: Transtornos Mentais e Comportamentais	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
<b>F20 – F29: Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes</b>	-	-	-	-	2	127	63,5 ±0,70	<b>7,41</b>	-	-	-	-
<b>F30 – F39: Transtornos de Humor [Afetivos]</b>	13	458	36,55 ±24,22	<b>47,91</b>	32	1425	44,53 ±27,08	<b>83,14</b>	25	791	31,64 ±26,04	<b>48,47</b>
<b>F40 – F48: Transtornos Neuróticos, Transtornos Relacionados com o “Stress” e Transtornos Somatoformes</b>	10	453	45,3 ±28,04	<b>47,38</b>	9	147	16,33 ±17,43	<b>8,58</b>	28	841	30,03 ±22,54	<b>51,53</b>
<b>F60 – F69: Transtornos da Personalidade e de Comportamento do Adulto</b>	-	-	-	-	1	15	15 ±0	<b>0,87</b>	-	-	-	-
<b>F80 – F89: Transtornos de Desenvolvimento Psicológico</b>	1	45	45 ±0	<b>4,71</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL:</b>	<b>24</b>	<b>956</b>	<b>39,83 ±24,48</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>1714</b>	<b>38,95 ±27,51</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>1632</b>	<b>30,79 ±24,03</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 6 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XIII: Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (M00 – M99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

M00 – M99: Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
<b><u>M00 – M25 - Artropatias</u></b>												
<b>M15 – M19: Artroses</b>	3	83	27,66 ±17,61	<b>8,89</b>	-	-	-	-	5	145	29 ±28,99	<b>14,51</b>
<b>M20 – M25: Outros Transtornos Articulares</b>	3	52	17,33 ±26,57	<b>5,57</b>	7	141	20,14 ±20,48	<b>13,28</b>	17	169	9,94 ±12,12	<b>16,92</b>
<b><u>M40 – M54: Dorsopatias</u></b>												
<b>M45 – M49: Espondilopatias</b>	1	84	84 ±0	<b>8,99</b>	1	40	40 ±0	<b>3,77</b>	6	136	22,66 ±20,01	<b>13,61</b>
<b>M50 – M54: Outras Dorsopatias</b>	28	697	24,89 ±23,15	<b>74,62</b>	35	771	22,02 ±27,50	<b>72,59</b>	36	227	6,30 ±10,25	<b>22,72</b>
<b><u>M60 – M79 – Transtornos dos Tecidos Moles</u></b>												
<b>M60 – M63: Transtornos Musculares</b>	-	-	-	-	2	31	15,5 ±20,50	<b>2,92</b>	-	-	-	-
<b>M65 – M68: Transtornos das Sinóvias e dos Tendões</b>	-	-	-	-	3	46	15,33 ±12,70	<b>4,33</b>	4	105	26,25 ±22,94	<b>10,51</b>
<b>M70 – M79: Outros Transtornos dos Tecidos Moles</b>	2	18	9 ±11,31	<b>1,93</b>	5	33	6,6 ±7,82	<b>3,11</b>	6	141	23,5 ±22,25	<b>14,12</b>
<b><u>M80 – M94 – Osteopatias e Condropatias</u></b>												
<b>M86 – M90: Outras Osteopatias</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	2	76	38 ±25,45	<b>7,61</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>37</b>	<b>934</b>	<b>25,24 ± 24,05</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>1062</b>	<b>20,03 ±24,32</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>999</b>	<b>13,14 ±17,25</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 7 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00 – T98) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

S00 – T98: Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas Externas	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ± DP	%	N	N (Dias)	Média ± DP	%	N	N (Dias)	Média ± DP	%
S00 – S09: Traumatismos da Cabeça	-	-	-	-	1	1	1 ±0	<b>0,47</b>	2	11	5,5 ±6,36	<b>0,42</b>
S10 – S19: Traumatismos do Pescoço	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2 ±0	<b>0,08</b>
S20 – S29: Traumatismos do Tórax	-	-	-	-	2	12	6 ±5,65	<b>5,69</b>	6	123	20,5 ±8,50	<b>4,67</b>
S30 – S39: Traumatismos do Abdome, do Dorso, da Coluna Lombar e da Pelve	-	-	-	-	1	20	20 ±0	<b>9,48</b>	3	90	30 ±25,98	<b>3,41</b>
S40 – S49: Traumatismos do Ombro e do Braço	-	-	-	-	-	-	-	-	10	252	25,2 ±22,40	<b>9,56</b>
S50 – S59: Traumatismos do Cotovelo e do Antebraço	1	7	7 ±0	<b>3,61</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
S60 – S69: Traumatismos do Punho e da Mão	5	95	19 ±19,17	<b>48,97</b>	1	12	12 ±0	<b>5,69</b>	9	68	7,55 ±7,82	<b>2,58</b>
S70 – S79: Traumatismos do Quadril e da Coxa	-	-	-	-	-	-	-	-	5	254	50,8 ±23,05	<b>9,64</b>
S80 – S89: Traumatismos dos Joelhos e da Perna	2	31	15,5 ±20,50	<b>15,98</b>	2	46	23 ±19,79	<b>21,8</b>	20	952	47,6 ±42,61	<b>36,13</b>
S90 – S99: Traumatismos do Tornozelo e do Pé	4	58	14,5 ±14,2	<b>29,9</b>	1	12	12 ±0	<b>5,69</b>	6	158	26,33 ±25,5	<b>6,0</b>
T08 – T14: Traumatismos de Localização não Especificada do Tronco, Membro e Outra Região do Corpo	-	-	-	-	2	44	22 ±15,55	<b>20,85</b>	7	334	47,71 ±41,14	<b>12,67</b>
T15 – T19: Efeito de Penetração de Corpo Estranho Através de Orifício Natural	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1 ±0	<b>0,04</b>
T20 – T25: Queimaduras e Corrosões	1	1	1 ±0	<b>0,51</b>	1	7	7 ±0	<b>3,32</b>	-	-	-	-

<b>T29 – T32: Queimaduras e Corrosões de Múltiplas Regiões e de Regiões não Especificadas do Corpo</b>	-	-	-	-	2	12	6 ±1,41	<b>5,69</b>	-	-	-	-
<b>T66 – T78: Outros Efeitos de Causas Externas e os Não Especificados</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	2 ±1,41	<b>0,15</b>
<b>T80 – T88: Complicações de Cuidados Médicos e Cirúrgicos, não Classificados em Outra Parte</b>	1	2	2 ±0	<b>1,03</b>	1	45	45 ±0	<b>21,32</b>	1	35	35 ±0	<b>1,33</b>
<b>T90 – T98: Sequelas de Traumatismos, de Intoxicações e de Outras Consequências das Causas Externas</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	7	351	50,14 ±22,83	<b>13,32</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>14</b>	<b>194</b>	<b>13,85 ±15,15</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>211</b>	<b>15,07 ±13,64</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>2635</b>	<b>32,93 ±32,3</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

#### **4.4 Taxa de absenteísmo e custo real do absenteísmo dos profissionais de enfermagem**

A partir do número total de afastamentos por categoria profissional por ano, foi possível realizar o cálculo da taxa de absenteísmo destes profissionais a partir da utilização da fórmula da taxa de absenteísmo apresentada nos parâmetros da Resolução COFEN nº293/2004 (COFEN, 2004).

Para o cálculo do custo real do absenteísmo dos profissionais, multiplicou-se o número de dias de ausências por motivos de doença pelo valor estimado da remuneração de um dia de trabalho, chegando ao valor estimado do custo monetário do absenteísmo por categoria profissional e por ano, conforme apresentado no Tabela 23.

Tabela 23 – Apresentação da taxa de absenteísmo e custo do absenteísmo por categoria profissional e ano, referente aos anos de 2015 a 2017 dos profissionais de enfermagem do HU. Rio de Janeiro, 2018.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Ano</b>	<b>Taxa de Absenteísmo (%)</b>	<b>Dias de Absenteísmo</b>	<b>Remuneração/Dia</b>	<b>Custo Médio Absenteísmo /Ano</b>
<b>Enfermeiro</b>	2015	7,85	1.098	R\$199,89 (DP ±R\$34,66)	R\$219.479,22
	2016	8,45	1.182		R\$236.269,98
	2017	6,14	859		R\$171.705,51
	<b>TOTAL</b>	-	<b>3.139</b>		<b>R\$627.454,71</b>
<b>Técnico de Enfermagem</b>	2015	15,40	1.514	R\$116,99 (DP ±R\$20,28)	R\$177.122,86
	2016	9,26	910		R\$106.460,90
	2017	19,97	1.963		R\$229.651,37
	<b>TOTAL</b>	-	<b>4.387</b>		<b>R\$513.235,13</b>
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	2015	9,81	3.227	R\$93,00 (DP ±R\$16,13)	R\$300.111,00
	2016	9,74	3.203		R\$297.879,00
	2017	10,30	3.388		R\$315.084,00
	<b>TOTAL</b>	-	<b>9.818</b>		<b>R\$913.074,00</b>
<b>TOTAL</b>	-	-	<b>17.334</b>	-	<b>R\$2.053.763,84</b>

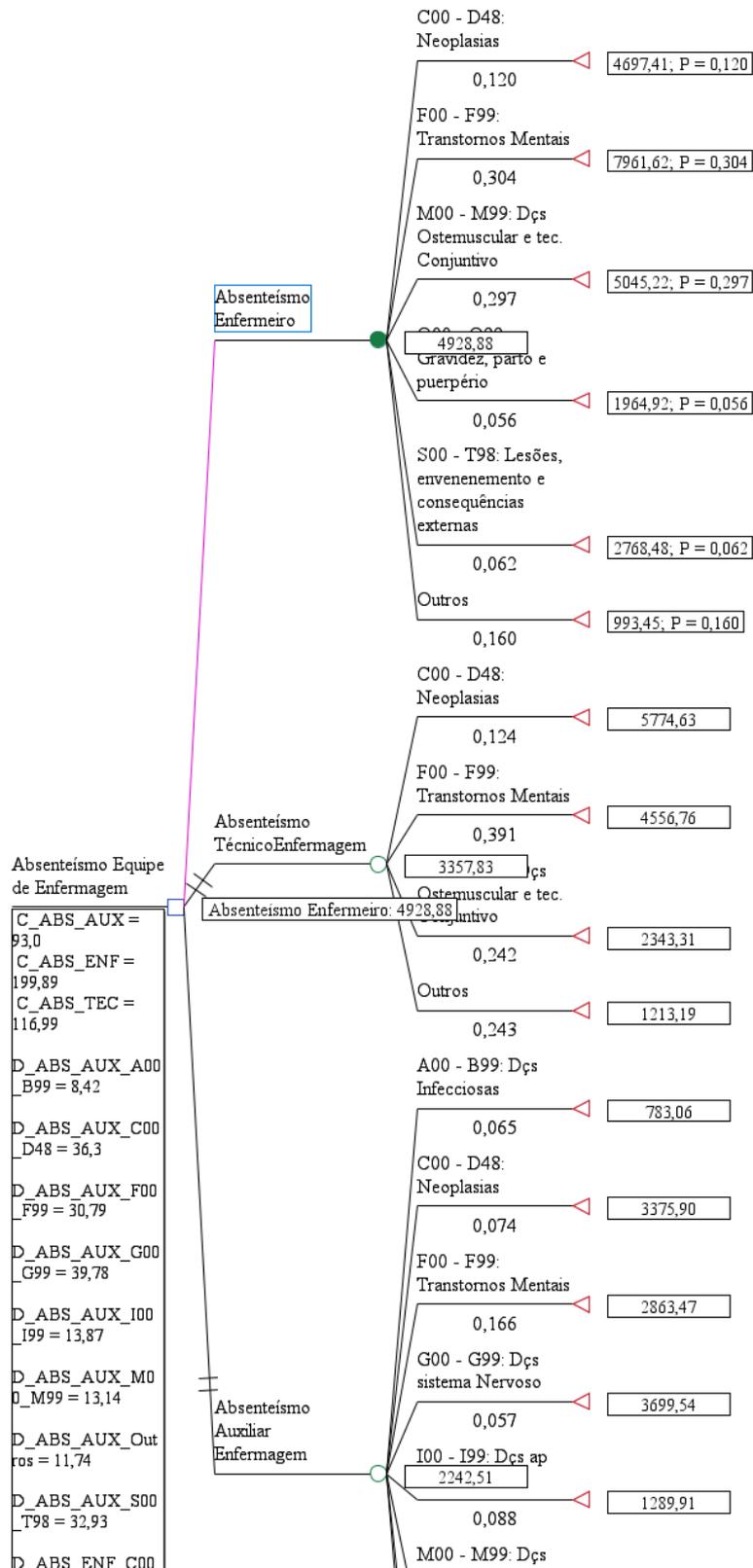
Fonte: Dados da pesquisa

#### **4.5 Resultado da árvore de decisão e custo do absenteísmo por CID**

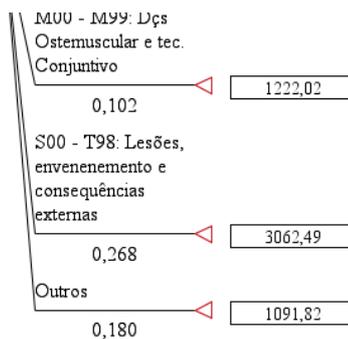
Após a visão dos custos monetários gerais causados pelo absenteísmo dos profissionais de enfermagem, faz-se necessário pensar no impacto individual de cada um dos problemas de saúde identificados como geradores de ausências por motivo de doença. Neste sentido, a criação da árvore de decisão facilita a visão geral do modo como cada um dos CIDs registrados impacta nos custos ocasionados pelo absenteísmo destes profissionais.

A árvore de decisão, após *Roll Back* (Figura 12) mostrou a custo médio associado a cada um dos principais CIDs, por categoria profissional.

Figura 12 – Estrutura da árvore de decisão após *Roll Back*



D\_ABS\_ENF\_C00\_D48 = 23,5  
D\_ABS\_ENF\_F00\_F99 = 39,83  
D\_ABS\_ENF\_M00\_M99 = 25,24  
D\_ABS\_ENF\_O00\_O99 = 9,83  
D\_ABS\_ENF\_Outros = 4,97  
D\_ABS\_ENF\_S00\_T98 = 13,85  
D\_ABS\_TEC\_C00\_D48 = 49,36  
D\_ABS\_TEC\_F00\_F99 = 38,95  
D\_ABS\_TEC\_M00\_M99 = 20,03  
D\_ABS\_TEC\_Outros = 10,37  
P\_Cid\_AUX\_A00\_B99 = 0,0652  
P\_Cid\_AUX\_C00\_D48 = 0,0739  
P\_Cid\_AUX\_F00\_F99 = 0,1663  
P\_Cid\_AUX\_G00\_G99 = 0,0567  
P\_Cid\_AUX\_I00\_I99 = 0,0876  
P\_Cid\_AUX\_M00\_M99 = 0,1019  
P\_Cid\_AUX\_S00\_T98 = 0,2684  
P\_Cid\_ENF\_C00\_D48 = 0,1198  
P\_Cid\_ENF\_F00\_F99 = 0,3045  
P\_Cid\_ENF\_S00\_T98 = 0,0618  
P\_Cid\_TEC\_C00\_D48 = 0,1238  
P\_Cid\_TEC\_F00\_F99 = 0,3907  
P\_Cid\_TEC\_M00\_M99 = 0,2421  
P\_OutrosCID\_AUX = 0,180  
P\_OutrosCID\_ENF = 0,160  
...



Fonte: Dados da pesquisa, 2018. Estrutura da árvore de decisão proposto pela autora, criado com uso do Treeage Software Inc.® 2011, após *Roll Back*.

A análise revelou o Ranking do custo com o absenteísmo entre as categorias profissionais, ou seja, entre os cenários analisados, de acordo com a Figura 13.

Figura 13 – Quadro de *Ranking* do Custo monetário médio do absenteísmo, por licença médica, entre os profissionais de enfermagem, HU, Rio de Janeiro - 2018

	<b>Ranking Absenteísmo</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor Incremental</b>
<b>1</b>	<b>Absenteísmo Enfermeiro</b>	R\$ 4.928,88	0
<b>2</b>	<b>Absenteísmo Técnico de Enfermagem</b>	R\$ 3.357,83	- R\$ 1.571,05
<b>3</b>	<b>Absenteísmo Auxiliar Enfermagem</b>	R\$ 2.242,51	- R\$ 1.115,31

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018. Criado com uso do software Treeage® 2011, após *Roll Back*.

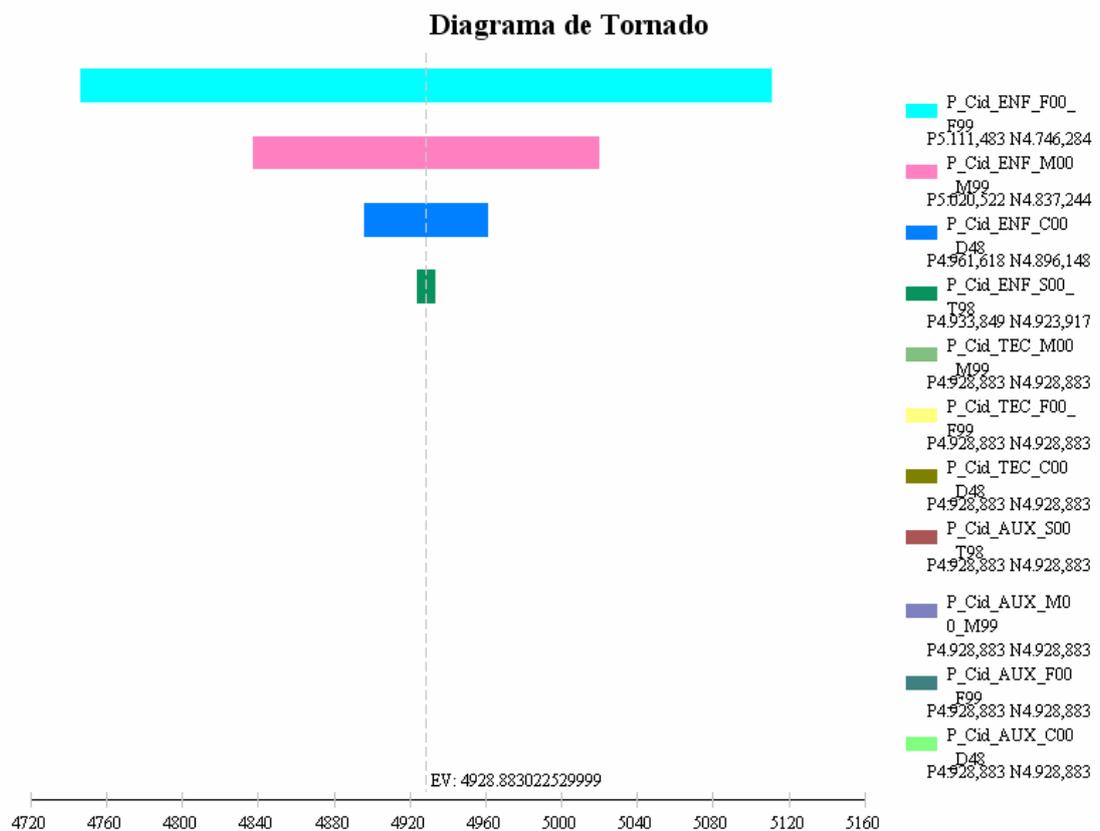
A Figura 13 destaca que o maior custo monetário está associado ao absenteísmo dos profissionais enfermeiros, com média de custo de R\$ 4.928,88 por licença médica por motivo de doença. A categoria profissional que apresenta o menor custo médio relacionado às licenças médicas é representada pelos auxiliares de enfermagem, com R\$ 2.242,51.

Vale ressaltar que não foram analisadas medidas de efetividade.

#### **4.6 Resultado da análise de sensibilidade**

Para análise de sensibilidade determinística univariada, utilizou-se o Diagrama de Tornado (Figura 14), objetivando a identificação dos CIDs que representam o maior impacto no custo associado ao absenteísmo entre os profissionais de enfermagem.

Figura 14 – Diagrama de Tornado

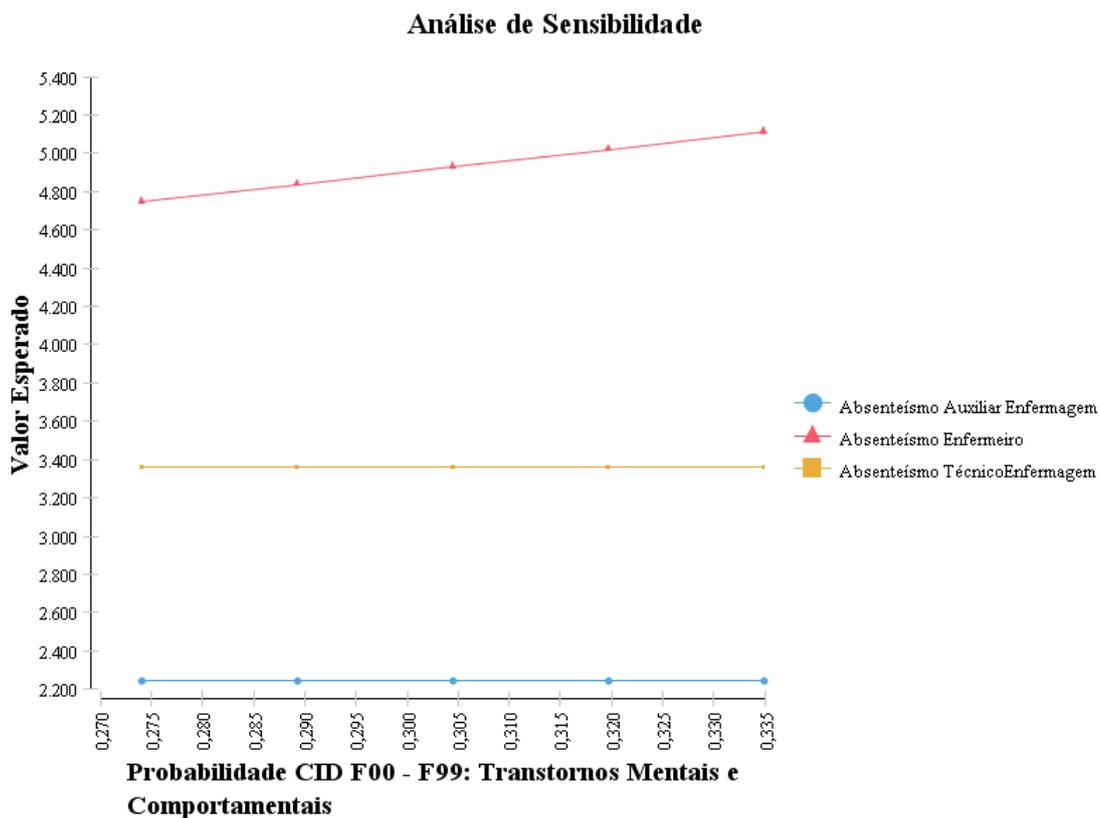


Fonte: Dados da pesquisa, 2018. Diagrama de tornado após análise de sensibilidade determinística univariada, criado com uso de software TreeAge®, 2011.

O diagrama de tornado revelou que dentre as categorias profissionais analisadas, os enfermeiros são os que mais impactam os custos associados às ocorrências de licenças médicas e absenteísmo, com uma média de custo de R\$ 4.928, 88 por licença médica. O ranqueamento seguiu a seguinte sequência decrescente: CID F00 – F99: Doenças mentais e comportamentais; CID M00 – M99: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; CID C00 – D48: Neoplasias; e, CID S00 – T98: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas. As demais categorias profissionais não foram representativas junto ao diagrama de tornado, demonstrando um baixo impacto associado à estas ocorrências.

Além disso, realizou-se a análise de sensibilidade individual de cada um dos CIDs responsáveis pelo maior número de dias de afastamento entre os profissionais de enfermagem, confirmando a maior sensibilidade apresentada pelas ocorrências entre os enfermeiros.

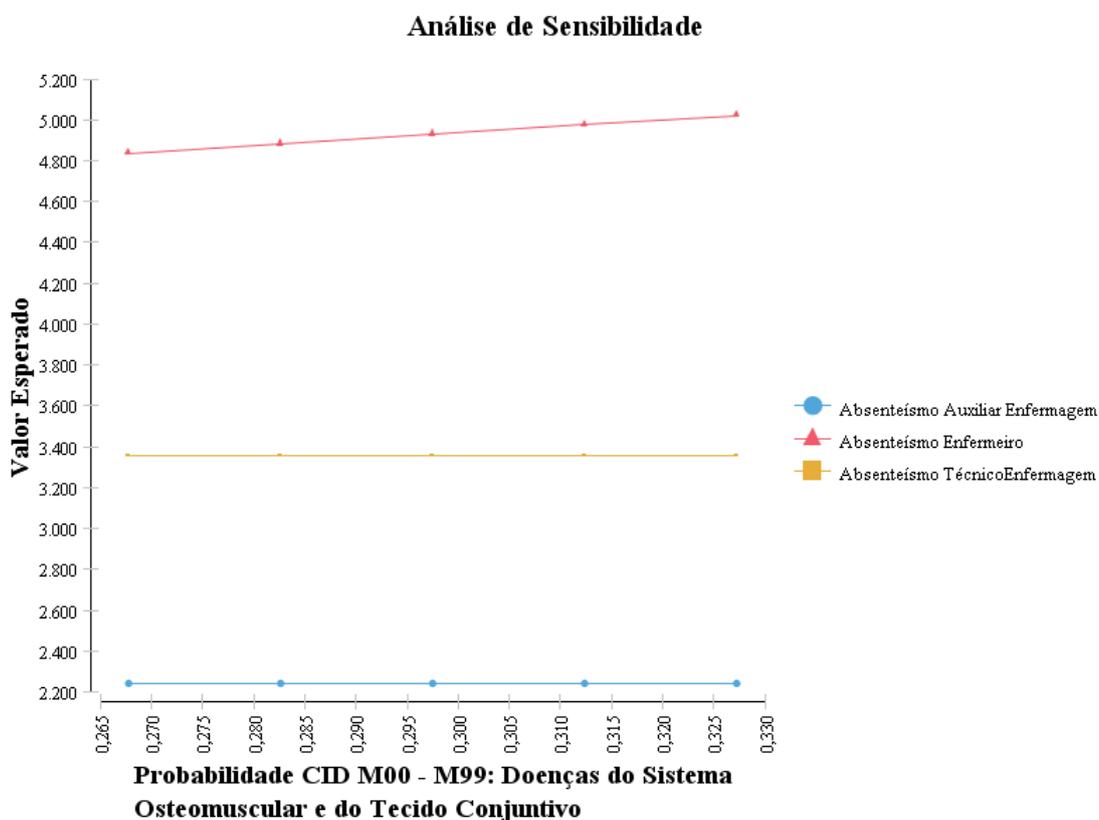
Figura 15 – Valor médio associado às licenças médicas por transtornos mentais e comportamentais entre os profissionais de enfermagem, HU, Rio de Janeiro, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018. Criado com uso do software Treeage® 2011.

Evidencia-se que o custo relacionado ao absenteísmo dos enfermeiros mantém uma correlação positiva com a probabilidade da ocorrência de licenças médicas por transtornos mentais e comportamentais, enquanto as demais categorias profissionais não demonstram variação no custo médio associado à estas ocorrências.

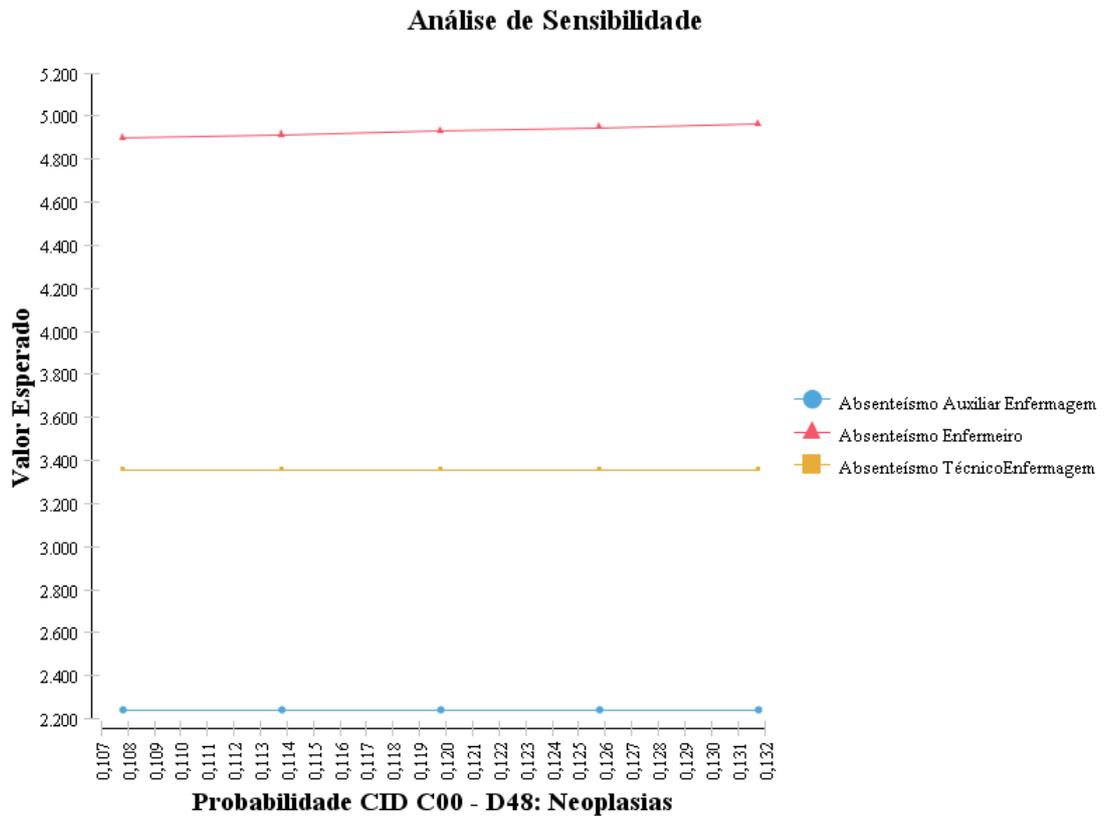
Figura 16 – Valor médio associado às licenças médicas por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo entre os profissionais de enfermagem, HU, Rio de Janeiro, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018. Criado com uso do software Treeage® 2011.

A Figura 16 aponta, de forma similar ao ocorrido nas licenças associadas aos transtornos mentais, o custo médio das licenças por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo entre os enfermeiros, mantém correlação positiva com a probabilidade de sua ocorrência, mantendo-se constante entre as categorias técnicos e auxiliares de enfermagem.

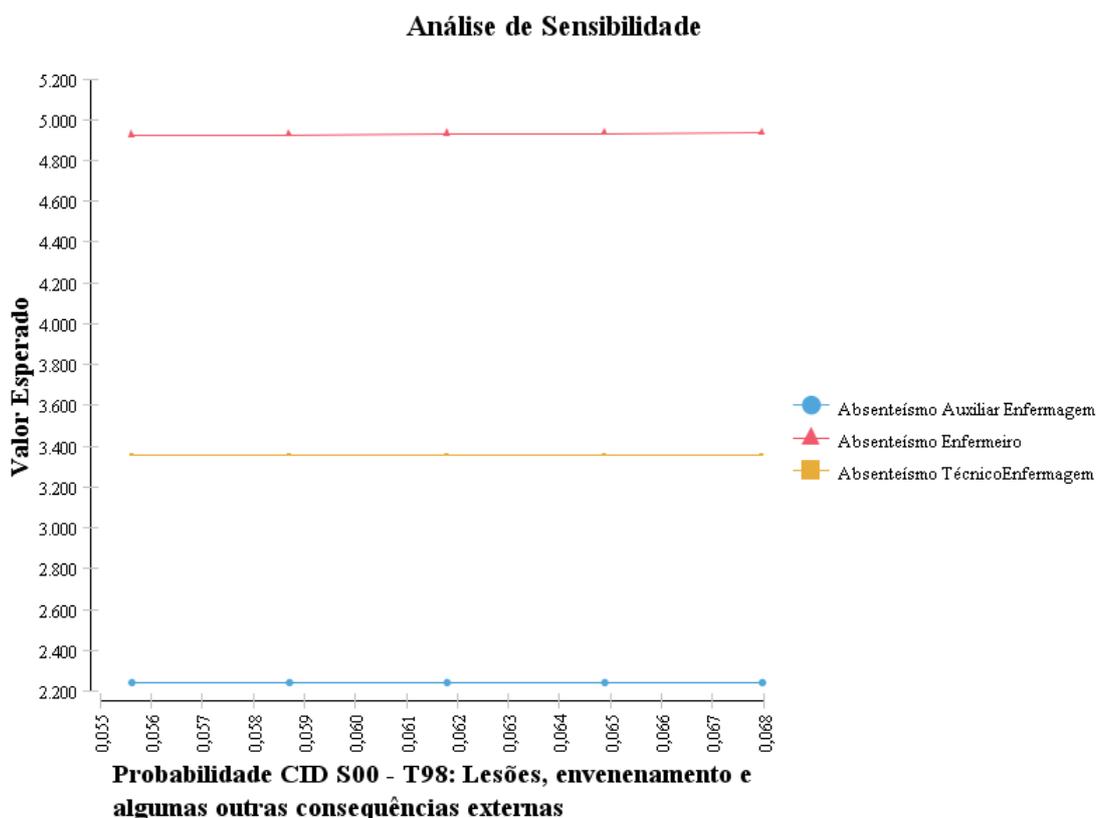
Figura 17 – Valor médio associado as licenças médicas por neoplasias entre os profissionais de enfermagem, HU, Rio de Janeiro, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018. Criado com uso do software Treeage® 2011.

No que tange as licenças médicas ocasionadas por neoplasias entre os enfermeiros também pode-se observar uma correlação positiva com a probabilidade de ocorrência da mesma.

Figura 18 – Valor médio associado as licenças médicas por lesões, envenenamento e outras consequências externas entre os profissionais de enfermagem, HU, Rio de Janeiro, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018. Criado com uso do software Treeage® 2011.

Por fim, o custo médio associado as licenças médicas por lesões, envenenamentos e outras causas de origem externa apresentado por enfermeiros apresenta uma discreta correlação positiva com a probabilidade de ocorrência do evento.

Observa-se que em todos os CIDs avaliados, as categorias técnicos e auxiliares de enfermagem mantiveram o custo médio das licenças médicas em um padrão constante, demonstrando pouca sensibilidade as variações nas probabilidades de ocorrência dos eventos relacionados.

#### 4.7 Resultado da análise de impacto orçamentário

Baseando-se no valor apresentado pelo relatório de gestão da instituição, referente ao orçamento voltado para o pagamento de recursos humanos e nos valores médios do custo com o absenteísmo de cada uma das categorias

profissionais, foi possível avaliar o impacto orçamentário que o custo com os dias de absenteísmo acarretou a instituição pesquisada, de acordo com o apresentado na Tabela 24.

A Tabela 24 demonstra que houve um acréscimo no orçamento anual na folha de pagamento de pessoal ao longo dos três anos avaliados, realizou-se o somatório do custo médio do absenteísmo por ano e por categoria profissional, tendo sido calculado o percentual que este valor representou quando relacionado ao custo total do orçamento com folha de pagamento destinado ao HU.

Em relação ao custo anual com o absenteísmo dos profissionais de enfermagem, tem-se o ano de 2017 com o maior custo médio de absenteísmo, somando um total de R\$ 716.384,44. Entretanto, apesar de ser o ano com maior custo associado ao absenteísmo, 2017 foi o ano que apresentou o menor impacto orçamentário associado aos dias de ausência por motivos de doença entre os profissionais, devido ao incremento do orçamento voltado para pagamento de pessoal, representando um impacto orçamentário de 0,62%.

Em contrapartida, o ano de 2015 representou o ano com maior impacto orçamentário associado aos custos com absenteísmo entre os profissionais de enfermagem, os R\$ 696.660,84 gastos com os dias de trabalho perdidos por motivos de licenças médicas representaram 0,92% do orçamento destinado ao pagamento de pessoal.

Somados os três anos analisados, o impacto orçamentário gerado pelo absenteísmo representou um total de 0,72% do orçamento destinado ao pagamento de recursos humanos do HU.

Tabela 24 – Análise do Impacto Orçamentário do custo do total de dias de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem entre os anos de 2015 a 2017 do HU, Rio de Janeiro, 2018.

Ano	Orçamento com folha de pagamento do HU	Custo Absenteísmo Enfermeiros	Custo Absenteísmo Técnicos de Enfermagem	Custo Absenteísmo Auxiliares de Enfermagem	Total	Impacto no Orçamento (%)
<b>2015</b>	R\$ 75.444.225,54	R\$ 219.457,26	R\$ 177.092,58	R\$ 300.111,00	R\$ 696.660,84	0,92
<b>2016</b>	R\$ 94.792.545,44	R\$ 236.246,34	R\$ 106.442,70	R\$ 297.879,00	R\$ 640.568,04	0,68
<b>2017</b>	R\$ 116.387.193,85	R\$ 171.688,33	R\$ 229.612,11	R\$ 315.084,00	R\$ 716.384,44	0,62
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 286.623.964,83</b>	<b>R\$ 627.391,93</b>	<b>R\$ 513.147,39</b>	<b>R\$ 913.074,00</b>	<b>R\$ 2.053.613,32</b>	<b>0,72</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

## SEÇÃO 5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 Dados sociodemográficos

Os resultados desta pesquisa apontam para predominância das ocorrências de absenteísmo entre profissionais do sexo feminino entre todas as categorias da equipe de enfermagem.

Diversos estudos reafirmam a predominância do sexo feminino entre as ocorrências de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem como uma característica própria da profissão, que é marcada historicamente pelo trabalho vocacionado para este sexo (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006; BARGAS; MONTEIRO, 2014; BECKER; OLIVEIRA, 2008; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; INOUE et al., 2008; LEMOS; RENNÓ; PASSOS, 2012; MARQUES et al., 2015; MAURO et al., 2010).

Além disso, o absenteísmo feminino também pode ser considerado pela perspectiva do acúmulo das atividades laborativas com as atividades domésticas, como cuidar da casa e dos filhos (CAMPOS; JULIANI; PALHARES, 2009).

A sociedade moderna acaba por reforçar as altas demandas de responsabilidade impostas as mulheres, uma vez que muitas vezes, precisam se dividir entre as atividades do trabalho remunerado com as responsabilidades das atividades domésticas e familiar, forçando-as a uma dupla jornada e consequente sobrecarga de trabalho às mulheres (MAURO et al., 2010; SPINDOLA; SANTOS, 2005).

Soma-se a isso, o fato de mulheres terem maior costume pela procura por serviços de saúde do que os homens (LEVORATO et al., 2014)

Em relação à média de idade não existem estudos que afirmem uma correlação linear entre idade dos profissionais e a ocorrência de afastamentos (BARGAS; MONTEIRO, 2014), tendo estudos que apontam para maior quantidade de afastamentos entre profissionais com idades entre 21 a 30 anos, com 67,2% dos afastamentos (BREY et al., 2017), 20 e 40 anos com um total de 79,3% das licenças (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015) e estudos que apontam

para maior quantidade de afastamentos entre profissionais com idade superior a 40 anos, com 59,6% do total de afastamentos (MARQUES et al., 2015).

Nota-se a necessidade de novos estudos que busquem correlacionar idade e a ocorrência do absenteísmo, uma vez que, com o envelhecimento da força de trabalho é necessário compreender as relações entre idade-ausências e seu impacto na prática profissional, com vistas a propor medidas de promoção e prevenção à saúde dos profissionais, através de estratégias de gestão de pessoas compatíveis com a realidade do quadro profissional, com abordagem tanto na qualidade de vida no trabalho, como na qualidade da assistência prestada.

O envelhecimento da força de trabalho é um fenômeno comum quando tratamos de instituições públicas, uma vez que a estabilidade do vínculo empregatício contribui para que os profissionais permaneçam na instituição durante toda sua trajetória profissional, podendo favorecer uma diminuição da capacidade laborativa ao longo dos anos, possibilitando a ocorrência de adoecimento/absenteísmo (FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; SANCINETTI et al., 2009).

Vale ressaltar que, de acordo com os critérios para cálculo do dimensionamento dos profissionais de enfermagem, quando unidades assistenciais são compostas por 50% ou mais do quadro composto por pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, o quadro deve ser acrescido com mais 10% de profissionais (BRASIL, 2017a).

Sendo fato que na realidade do serviço público esse incremento de profissionais não ocorre com facilidade, uma vez a dependência de abertura de vaga e realização de concursos públicos que envolvem processos demorados e burocráticos.

Sobre o absenteísmo entre os profissionais de enfermagem, estudos confirmam que estes trabalhadores são os que apresentam maiores números de absenteísmo. Estudo realizado em um hospital público do Sul do Brasil aponta o fato de que do total dos afastamentos registrados, 59% deles ocorreu entre profissionais de enfermagem, sendo em sua maioria entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, com 27,5% e 27,1% respectivamente (BREY et al., 2017).

Apoiando este dado, estudo realizado em hospital filantrópico de médio porte no Paraná destaca que do total de afastamentos registrados entre todos os profissionais atuantes no hospital em um período de um ano (01 de julho de 2007 a 30 de junho de 2008) 50,7% dos afastamentos ocorreram com profissionais de enfermagem, sendo 46,05% entre auxiliares e técnicos de enfermagem (FERNANDES et al., 2011).

No que tange a categoria profissional que mais se afasta por motivo de doença, os autores apontam o fato da categoria auxiliar de enfermagem possuírem os maiores quantitativos de licenças médicas registradas, assim como de dias de trabalho perdidos (FERNANDES et al., 2011).

Este dado é corroborado por estudos que registram a categoria profissional dos auxiliares de enfermagem como a que apresenta maiores índices de absenteísmo, seguida pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009)

Estudo realizado para investigação de cargas de trabalho, desgaste e absenteísmo doença entre os profissionais de enfermagem no região Centro-Oeste indica um maior quantitativo de licenças médicas e dias de absenteísmo para os auxiliares de enfermagem, apoiando os achados desta pesquisa (MININEL et al., 2013).

Estudo realizado igualmente em um hospital público assinala para um maior quantitativo de dias perdidos entre auxiliares de enfermagem, totalizando 1.473 dias de trabalho perdidos por absenteísmo doença, seguidos os técnicos de enfermagem com 1.398 dias, vale ressaltar que o total de dias perdidos por todos os demais profissionais não pertencentes a equipe de enfermagem totalizam 1.485 dias (BREY et al., 2017).

Análise dos afastamentos registrados entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário de São Paulo abaliza para maior índice de absenteísmo entre técnicos de enfermagem, contudo auxiliares de enfermagem possuem uma maior média de ausências por licenças médicas registradas (BARGAS; MONTEIRO, 2014).

Outros estudos destacam técnicos de enfermagem com maior número de licenças médicas e auxiliares de enfermagem com maior quantitativo de dias perdidos devido a absenteísmo por motivos de doença, destacando o fato de

não haver distinção entre as atividades de trabalho desenvolvidas por essas categorias (ESTORCE; KURCGANT, 2011).

Autores destacam que, por vezes, enfermeiros acabam tendo um maior quantitativo de funções administrativas, esperando-se um menor índice de afastamentos desta categoria quando comparados as categorias dos técnicos e auxiliares de enfermagem, visto que estes exercem uma parte mais pesada da assistência aos pacientes, deixando-os mais expostos a desgastes físico e ergonômico. Os autores ainda enfatizam para a relação do alto índice de absenteísmo pode estar relacionado a remunerações mais baixas (BARGAS; MONTEIRO, 2014; CARVALHO et al., 2010; ESTORCE; KURCGANT, 2011; FERREIRA et al., 2012).

Essa informação é preocupante, visto que estas categorias compõem o maior contingente da força de trabalho, essas ausências acabam por comprometer a assistência, desestruturam a equipe como um todo, gerando uma elevada sobrecarga de trabalho aos profissionais presentes.

Bargas e Monteiro (2014) ressaltam que enfermeiros possuem um maior papel de liderança frente a equipe, papel que acaba por exigir uma maior assiduidade por parte desta categoria.

No que tange ao percentual de profissionais que tiveram algum tipo de afastamento este estudo, encontrou-se que em todas as categorias dos profissionais de enfermagem, mais da metade apresentaram algum afastamento ao longo dos anos analisados, sendo 59,5% do total de enfermeiros, 71,2% dos técnicos de enfermagem e 74,1% dos auxiliares de enfermagem.

Esses dados são semelhantes a outros estudos que igualmente encontraram altos números de profissionais com afastamentos por motivo de doença, com um percentual de 48,28% dos profissionais com licenças médicas registradas (FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014).

Estudo realizado em um hospital universitário do estado de São Paulo apresenta resultados similares, do total de profissionais de enfermagem lotados no referido hospital, entre os enfermeiros 49,5% apresentaram algum tipo de afastamento por motivo de doença no período de um ano, entre os técnicos e auxiliares de enfermagem esse valor foi ainda mais expressivo com 68,9% e 78,2% respectivamente (LUCCA; RODRIGUES, 2015).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, através do Decreto nº 94.486/1987, que dispõe sobre o exercício dos profissionais de enfermagem temos, entre outras, como atividades privativas do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; e, cuidados de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos de base científica (COFEN, 1987).

Aos técnicos de enfermagem compete o exercício de atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, executando ações de enfermagem, exceto aquelas privativas ao enfermeiro (COFEN, 1987).

Por fim, cabe aos auxiliares de enfermagem exercerem atividades de nível médio, de natureza repetitiva, sob supervisão do enfermeiro, cabendo-lhe especialmente a observação, reconhecimento e descrição de sinais e sintomas; prestar cuidados de higiene e conforto, entre outros (COFEN, 1987). Evidenciando uma maior exigência física, além de uma maior proximidade do paciente ao longo da jornada de trabalho, e com isso, a convivência constante com o sofrimento do paciente, processos de perda/morte e outros fatores que fazem da atividade penosa não apenas fisicamente, como também mentalmente.

Este estudo apresenta que os profissionais que atuam na divisão de enfermagem, ou seja, em unidade de internação foram os que mais apresentaram afastamentos, apesar de não termos definido exatamente o setor de atuação.

Na literatura encontram-se resultados semelhantes, indicando o maior número de afastamentos entre os profissionais de nível técnico que atuavam na unidade hospitalar (FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014).

Pesquisa recente refere maiores afastamentos de profissionais atuantes em unidades de internação, totalizando 50,8% dos dias de trabalho perdidos devido ao absenteísmo doença (BARGAS; MONTEIRO, 2014).

Em relação a taxa de absenteísmo, este estudo mostra dados críticos, uma vez que em consonância com os parâmetros estabelecidos pelo COFEN para o cálculo de dimensionamento de pessoal, pelo IST a instituição deve prever um adicional de 15% de profissionais no quadro total de pessoal, vistas as necessidades de cobertura de férias e das ausências não previstas. Neste

caso, destes 15% adicionais, 8,3% seriam necessários para cobertura de profissionais em gozo de férias e outros 6,7% para cobertura de ausências não previstas (BRASIL, 2017a).

Ressalta-se o fato de que as licenças por motivo de doenças são apenas uma das possibilidades de ausências não previstas, tendo outros motivos que também se enquadram nestas ausências, incluindo ausência não justificadas.

Este estudo encontrou que todas as categorias profissionais apresentam taxas de absenteísmo acima do limite aceitável. Entre os enfermeiros apenas o ano de 2017 encontra-se uma taxa de absenteísmo considerada dentro os limites esperados pelo IST, com 6,14%. Entre os anos de 2015 e 2016 temos um percentual de 7,85% e 8,45% respectivamente, ambos os anos apresentam uma taxa de absenteísmo elevada.

Entre os auxiliares de enfermagem as taxas de absenteísmo nos três anos foram superiores a taxa aceitável, sendo 9,81% no ano de 2015, 9,74% no ano de 2016 e 10,30% no ano de 2017.

Entretanto, nos técnicos de enfermagem este número é ainda mais alarmante, sendo 15,40% no ano de 2015, 9,26% em 2016 e 19,97% em 2017, ultrapassando o dobro da taxa de absenteísmo considerada aceitável e em condições de serem cobertas pelo IST.

Esses números demonstram a importância de acompanharmos os índices de absenteísmo da instituição e também da implementação de medidas de promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores, uma vez a grande sobrecarga de trabalho que a ocorrência do absenteísmo pode acarretar.

Após a identificação dos dias de afastamento, percebe-se um quantitativo superior de dias de ausências por motivo de doença entre os auxiliares de enfermagem quando comparados as demais categorias. Contudo, ao trabalharmos com a taxa de absenteísmo percebe-se que a ocorrência do adoecimento dos profissionais é mais relevante entre os técnicos de enfermagem.

A taxa de absenteísmo é um indicador que pode e deve ser utilizado para avaliar a saúde do trabalhador. Autores apontam para a importância de tal medida ser monitorada por gerentes na gestão dos recursos humanos nos serviços de saúde, incluindo a taxa de absenteísmo como um indicador capaz

de mensurar, inclusive, a qualidade da assistência prestada (FUGAÇA; CUBAS; CARVALHO, 2015; QUADROS et al., 2016; SANCINETTI et al., 2011)

Em relação a taxa de absenteísmo, outros estudos também descrevem altos índices de absenteísmo. Estudo realizado em hospital público de ensino em São Paulo identificou alta taxa de absenteísmo entre técnicos e auxiliares de enfermagem, com 9,7%, entre enfermeiros foi de 5,6% ao longo do ano estudado, demonstrando uma taxa de absenteísmo maior entre os profissionais das categorias de nível médio (SANCINETTI et al., 2011).

Corroborando tal resultado, pesquisa conduzida em um hospital escola público de Fortaleza avaliou a taxa de absenteísmo em três UTIs ao longo de três meses de acompanhamento, identificando taxas de 3,22%, 9,41% e 4,09% entre enfermeiros e 6,53%, 12,52% e 4,62% entre técnicos de enfermagem após cálculo da taxa de absenteísmo mensal ao longo do período estudado (LEITÃO et al., 2017).

Em uma UTI adulta geral de um hospital universitário de Salvador, referente a investigação do absenteísmo na equipe de enfermagem encontrou uma variação de 8% a 30% da taxa de absenteísmo ao longo do período de um ano avaliado, demonstrando a existência de meses em que taxa de absenteísmo foi muito elevada (CARNEIRO; FAGUNDES, 2012b).

Todavia, existem estudos que apresentam taxas de absenteísmo menores, dentro do limite considerado pelo IST preconizado pelo COFEN, estudo realizado em um centro psiquiátrico localizado em Manaus apresentou taxa de absenteísmo de 2,93% entre enfermeiros, 1,81% entre os técnicos de enfermagem e de 3,92% entre os auxiliares de enfermagem (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

Deste modo, entende-se a importância de ratificar a discussão das responsabilidades e atribuições definidas para cada uma das categorias profissionais da enfermagem, uma vez que técnicos e auxiliares de enfermagem acabam por executar atividades laborativas que demandam maior esforço físico e mental, conforme descrito anteriormente.

Assim sendo, esta realidade necessita de maior atenção com medidas de promoção e prevenção à saúde e também com medidas que possam identificar precocemente agravos que possam levar ao adoecimento do trabalhador e, conseqüentemente a ocorrência do absenteísmo.

Vale ressaltar que os profissionais de enfermagem compõem a maior força de trabalho atuante dentro do ambiente hospitalar, sendo preponderante o olhar voltado a identificação dos problemas organizacionais e fatores presentes no ambiente de trabalho que afetam sua saúde, visto que o adoecimento e absenteísmo afetam não apenas na saúde física e mental destes trabalhadores, como também, geram impactos financeiros e comprometem diretamente a assistência prestada.

## **5.2 Principais causas de afastamentos por motivo de doença**

Considerando-se as tabelas apresentadas com a distribuição dos dias de afastamento por categoria profissional de acordo com os grupos do CID foi possível identificar o total de 17.344 dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017.

No que tange os motivos das ausências dos profissionais de enfermagem, destaca-se a alta prevalência de registros de licenças médicas de quatro CIDs, sendo entre enfermeiros e técnicos de enfermagem o predomínio de afastamento por motivos relacionados aos transtornos mentais e comportamentais, das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo e as neoplasias e, entre os auxiliares de enfermagem destacou-se os CIDs de lesões, envenenamento e causas externas, seguido os transtornos mentais e comportamentos e as doenças osteomusculares.

Tendo em vista o grande volume de dados apresentados selecionou-se os quatro maiores grupos de CID identificados com o maior percentual de afastamento entre os profissionais de enfermagem, sendo analisados separadamente: Afastamentos pelo Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais; Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; e, Capítulo II – Neoplasias.

Como panorama geral dos problemas relacionados à saúde que foram identificados como maiores causadores de absenteísmo, diversos autores apontam para resultados semelhantes.

Resultados similares foram encontrados em um hospital universitário de São Paulo, onde as causas que mais registraram afastamentos por motivo de

doenças entre os profissionais de enfermagem foram os relacionados aos transtornos mentais (24,8%), os problemas osteomusculares (17,86%), as lesões, envenenamento e consequências de causas externas (9,39%) e as neoplasias e doenças hematopoiéticas e autoimunes (6,32%) (LUCCA; RODRIGUES, 2015).

Marques (2015), em um estudo realizado com profissionais de enfermagem de um hospital universitário aponta para um maior quantitativo de afastamentos relacionados as doenças osteomusculares (19,7%), seguidas dos transtornos mentais (18,04%) e as lesões, envenenamento e causas externas (8,39%).

Outros achados destacam o predomínio das doenças osteomusculares (21%), os transtornos mentais (15,3%), seguidos por doenças do sistema respiratório (13,9%) (MININEL et al., 2013).

Contudo, grande parte das investigações indicam a alta relevância dos problemas osteomusculares na realidade dos profissionais de enfermagem, indicando ser este o problema que mais acomete a saúde destes profissionais (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006; CARVALHO et al., 2010; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; LEMOS; RENNÓ; PASSOS, 2012).

Estes dados apontam para a necessidade de investigação do nexos causal que envolve a ocorrência das licenças médicas e sua relação com as atividades laborativas realizadas por estes trabalhadores. Percebe-se que, na prática, comumente as licenças médicas são registradas sem que haja uma correlação com as atividades de trabalho, que poderiam garantir ao profissional o reconhecimento de uma doença profissional, que garante ao trabalhador os mesmos direitos previstos em caso de acidentes de trabalho.

De acordo com a CLT, o profissional que sofre acidentes de trabalho e/ou doença profissional goza de estabilidade temporária após o seu retorno as atividades laborativas, prevendo um período de readaptação deste profissional a sua realidade de trabalho sem que possa ser desligado da empresa, entretanto o RJU prevê a estabilidade do servidor público após aprovação em estágio probatório, com isso, os profissionais acabam por não perceberem a importância do registro de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

### **5.2.1 – Afastamentos pelo capítulo V – transtornos mentais e comportamentais**

Neste estudo, identificou-se que os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis pelo maior número de dias de afastamento tanto em enfermeiros com 956 dias (30,45%) como entre os técnicos de enfermagem com 1.714 dias (39,07%), sendo ainda a segunda causa entre os dias de afastamentos registrados entre os auxiliares de enfermagem com 1.632 dias (16,63%), totalizando 4.302 dias perdidos somando as três categorias.

Entre os motivos relacionados ao absenteísmo entre os enfermeiros destaca-se os “transtornos de humor” (F30 – F39), com registro de ocorrência de “episódios depressivos” (F32) e “transtorno depressivo recorrente” (F33), somando juntos 47,9% dos dias de afastamento classificados pelo CID dos transtornos mentais e comportamentais, seguidos pelos “transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes” (F40 – F48) com o registro de ocorrência de “outros transtornos ansiosos” (F41), responsável por 47,38% dos dias de afastamentos.

Entre os técnicos e auxiliares de enfermagem apresenta-se uma realidade próxima, sendo os “transtornos de humor” (F30 – F39) o CID responsável pelo maior percentual de dias de afastamento, com 66,23% destes, com destaque para os “episódios depressivos” (F32) com 35,77% dos dias de afastamentos registrados, seguido pelo “transtorno afetivo bipolar” (F31), com 19,22% dos dias perdidos. A segunda maior causa de afastamentos por transtornos mentais foi relacionado ao CID dos “transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes” (F40 – F48) com 29,53% das ocorrências.

A média de dias por afastamento por transtornos mentais e comportamentais temos enfermeiros com média de 39,83 (DP  $\pm$ 24,48) dias de afastamento por licença médica registrada, entre técnicos de enfermagem temos uma média de 38,95 (DP  $\pm$ 27,51) dias e entre os auxiliares de enfermagem essa média foi de 30,79 (DP  $\pm$ 24,03) dias, alertando para o fato destes problemas de saúde demandarem um período de licença maior para recuperação profissional e seu retorno as atividades laborativas.

Ressalta-se a existência de um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico para abordagem dos transtornos afetivo bipolar

do tipo I, não existindo PCDTs para os demais problemas relacionados aos transtornos mentais e comportamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Conforme citado anteriormente, muitos estudos apresentam para os transtornos mentais e comportamentais como uma das principais causas relacionadas a adoecimento e absenteísmo entre os profissionais de enfermagem, justificando a necessidade de uma maior discussão desses achados.

Durante a execução de suas atividades laborativas os profissionais de enfermagem são exigidos por diversas situações de desgaste físico e emocional, gerando situações de estresse e que comprometem a qualidade do desenvolvimento de suas atividades e ainda afetam diretamente sua qualidade de vida, gerando problemas em sua saúde que levam ao absenteísmo no trabalho (FERREIRA et al., 2017).

Em seu dia a dia laboral, os profissionais de enfermagem são responsáveis pela assistência direta e ininterrupta aos pacientes nas mais diversas condições de saúde, o que envolve o convívio contínuo com o sofrimento, dor, perdas, altas demandas de trabalho e responsabilidade, relações interpessoais difíceis, condições precárias de trabalho, riscos ocupacionais diversos, sobrecarga de trabalho, a realidade de recursos insuficientes. Há também a falta de reconhecimento profissional que são peculiaridades presentes no ambiente hospitalar que tornam estes profissionais propensos ao desenvolvimento de transtornos mentais e estresse ocupacional (BARBOSA; VIEIRA; VIRGÍNIO, 2012; BELANCIERI; BIANCO, 2004; FERREIRA et al., 2017; MESQUITA et al., 2014; PINTO et al., 2016; RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010; SILVA et al., 2015; VARGAS; DIAS, 2011).

Em investigação sobre fatores associados a depressão entre profissionais de enfermagem identificou-se como fatores de vulnerabilidade o ambiente de trabalho, conflitos familiares e interpessoais no ambiente de trabalho, estresse, falta de autonomia para realizar suas atividades profissionais, sobrecarga de trabalho, atuação em plantão noturno, fazendo ainda associação com estado conjugal e baixa renda familiar (MONTEIRO et al., 2013; RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010; SILVA et al., 2015).

Autores destacam a atuação no plantão noturno como desgastante e cansativo, identificando maiores escores de depressão em profissionais que

atuam neste turno de trabalho (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010; SILVA et al., 2015; VARGAS; DIAS, 2011).

O trabalho dos profissionais de enfermagem é considerado como fonte de estresse sendo associado a sentimentos de insatisfação no trabalho, desmotivação para exercer suas atividades e ainda a elevados índices de absenteísmo (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; RISSARDO; GASPARINO, 2013).

O estresse é comumente abordado na literatura científica, sendo caracterizado por um processo psicofisiológico que envolve a resposta do indivíduo a exposição a um determinado agente estressor, sendo essa resposta individual e subjetiva, uma vez que indivíduos diferentes respondem de forma distinta aos agentes estressores (LINCH; GUIDO, 2011).

O termo estresse ocupacional origina-se da relação entre o trabalho e o trabalhador, mais especificamente quanto este trabalhador é incapaz de ajustar suas necessidades, expectativas ou capacidades pessoais, com as exigências provenientes das atividades de trabalho. Esse desequilíbrio gera fontes de tensão que podem ser fontes de problemas físicos e mentais (GUIMARÃES, FREIRE, 2004).

Quando os agentes estressores persistem por um longo período de tempo geram tensão, que excedem a capacidade de resposta e adaptação do indivíduo gerando o estresse negativo que afeta diretamente a saúde do trabalhador, levando a um desgaste anormal e diminuição da sua capacidade para o trabalho, sendo fator desencadeante de doenças e manifestações psicossomáticas diversas (PINTO et al., 2016; SANTOS; ALVES JÚNIOR, 2007; VIEIRA et al., 2013a).

Estudos revelam que os índices de estresse tendem a ser mais elevados entre profissionais que atuam em determinados setores, incluindo UTI, centro cirúrgico e emergências (CEBALLOS-VÁSQUEZ et al., 2015; MONTEIRO et al., 2013; OLIVEIRA; MAZZARIA; MARCOLAN, 2015; VIEIRA et al., 2013b; WANG et al., 2015).

Ressalta-se que, este estudo não realizou a investigação das ocorrências de absenteísmo considerando os setores e turnos de atuação dos profissionais, não havendo dados para realizar comparação com os resultados destacados.

Autores apontam a existência de uma associação positiva entre o estresse e a ocorrência de sintomas depressivos (WANG et al., 2015). Sendo a depressão um dos problemas mais apresentados pelos profissionais de enfermagem, gerando danos a sua saúde e também de sua capacidade laborativa (BELANCIERI; BIANCO, 2004; RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010; SILVA et al., 2015; VARGAS; DIAS, 2011).

Quando crônico o estresse evolui para Síndrome de *Burnout*, também conhecida como síndrome de esgotamento emocional, caracterizada por três componentes: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal. Este quadro pode apresentar manifestações físicas e/ou psíquicas e a incapacidade do indivíduo em exercer suas atividades de trabalho.

Na síndrome de *Burnout*, o profissional pode apresentar insensibilidade emocional, irritabilidade, ansiedade, desmotivação, frustração, depressão, alterações na qualidade do sono, levando a conseqüente queda na produtividade e da qualidade da assistência, adoecimento e absenteísmo (GRAZZIANO; FERRAZ BIANCHI, 2010; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; RISSARDO; GASPARINO, 2013).

Em estudo realizado em um hospital universitário na região Nordeste do Brasil foram identificadas pelos profissionais as situações de estresse existentes no seu cotidiano de trabalho, tendo sido identificados: 1) Rotina de trabalho, envolvendo relações com estrutura física, falta de material e a dificuldade em conviver com a precarização do serviço; 2) Dificuldade na resolução de problemas e demandas excedentes, relacionado as diversas atividades realizadas, sendo assistência direta, organização do setor e atividades burocráticas; 3) Sobrecarga de trabalho; e, 4) Relacionamento entre familiares e acompanhantes com a equipe de enfermagem (PINTO et al., 2016).

Vale ressaltar que, além da assistência ao paciente, os profissionais de enfermagem precisam lidar com as cobranças de familiares e acompanhantes. Essa convivência pode ser fonte de conflitos. Autores indicam que o desconhecimento e medo do ambiente hospitalar levam os familiares a requererem atenção dos profissionais, por meio de cobranças e questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada, isso pode gerar sentimentos negativos e ser fonte de estresse para os profissionais (SQUASSANTE; ALVIM, 2009).

Entre os fatores geradores de estresse destacam-se a instabilidade e rotatividade oferecida por vínculos empregatícios precários existentes no setor privado, entretanto, no setor público não podemos associar a insegurança pelo medo do desemprego como associados aos transtornos mentais, devido a estabilidade empregatícia ao qual está associado (MAURO et al., 2010).

Ainda de acordo com Mauro et al (2010) a baixa remuneração referida pelos profissionais acaba por justificar a necessidade de duplos vínculos de trabalho, fato que exige dos profissionais o sacrifício de horas de descanso e lazer gerando sobrecarga de trabalho, estresse e danos à sua saúde física e psicossocial (MAURO et al., 2010).

O presente estudo não investigou a existência de múltiplos vínculos entre os profissionais, todavia, este fator tem grande relevância e necessita de atenção, uma vez que o acúmulo da carga de trabalho de dupla ou tripla jornada de trabalho leva o profissional a maior tempo de exposição a riscos ocupacionais, menor tempo para descanso, lazer e convívio familiar, fatores que podem contribuir para vivência de estresse, adoecimento e absenteísmo entre os profissionais.

### **5.2.2 – Afastamentos pelo capítulo XIII – doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo**

Neste estudo, identificou-se que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram a segunda maior causa de afastamentos por motivo de doença entre enfermeiros (29,75%) e técnicos de enfermagem (24,21%) e, a terceira maior causa entre os dias de afastamentos entre os auxiliares de enfermagem (10,19%).

A equipe de enfermagem tem sido constantemente destacada pela elevada ocorrência de problemas osteomusculares, levando a incapacidades funcionais e provocando afastamentos temporários e permanentes (MURUFOSE; MARZIALE, 2005).

Inúmeros estudos destacam a ocorrência das doenças osteomusculares como primeira causa de absenteísmo entre os profissionais de enfermagem, associando está ocorrência as tarefas de trabalho realizadas, que demandam esforço físico constante e intenso, realizado muitas vezes em condições

impróprias de trabalho (BREY et al., 2017; LELLS et al., 2012; MANTOVANI et al., 2015; MARQUES et al., 2015).

Autores enfatizam a importância da educação postural e corporal, com uso de instrumentos e equipamentos ergonômicos que minimizam a carga física do trabalho, minimizando agravos relacionais aos problemas osteomusculares (SILVA et al., 2012).

A atuação dos profissionais de enfermagem, com destaque para a realidade do ambiente hospitalar, exige a assistência contínua e ininterrupta durante as 24 horas, o que exige níveis de atenção constante e altas demandas físicas, como levantamento de peso e necessidade de adoção de posturas inadequadas (LELIS et al., 2012).

De acordo com a Instrução Normativa INSS/DC nº 98, entende-se as Lesões por Esforço Repetitivo (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) pela “ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros inferiores, mas podendo acometer membros inferiores”. Destacando que estas são, com frequência causas de incapacidades laborais temporárias ou permanentes, resultantes da combinação de sobrecarga de estruturas anatômicas do sistema osteomuscular, sem o devido tempo de repouso para sua recuperação (INSS, 2003).

A sobrecarga das estruturas musculares pode ocorrer devido a sua utilização excessiva em movimentos repetitivos ou pela exigência de adoção de determinadas posturas por tempo prolongado. Envolvendo ainda a necessidade de concentração e atenção durante a realização de atividades impostas pela organização do trabalho (INSS, 2003).

E ainda, o documento demonstra os principais fatores relacionados à ocorrências de LER e DORT, a realização de movimento repetitivos, uso de força maior que a capacidade individual, utilização de posturas inadequadas, problemas de ordem ergonômica, altos níveis de exigências cognitivas e fatores relacionados a organização do trabalho (INSS, 2003).

Diversos são os fatores relacionados ao desenvolvimento das DORT nos profissionais de enfermagem, entre eles ressalta-se a sobrecarga de trabalho, necessidade de adoção de posturas inadequadas e repetitivas, esforço físico, excessivas horas de trabalho, inadequação do dimensionamento profissional,

baixa remuneração, além de fatores individuais, ambientais e psicossociais (MAGNAGO et al., 2010; MAURO et al., 2010).

Este estudo aponta os problemas de saúde relacionados ao CID das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (M00 – M99) foi responsável por um total de 934 dias de afastamentos entre enfermeiros, dentre estas as “dorsopatias” (M40 – M54) com 74,62% deste total, incluindo os “transtornos de discos cervicais” (M50) com 9,42%, “outros transtornos de discos intervertebrais” (M51) com 36,94% e as “dorsalgia” (M54) com 28,26%.

Assim como entre os enfermeiros, entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, as doenças osteomusculares foram responsáveis por um alto número de dias de afastamentos, com um total de 2061 dias, sendo as “dorsopatias” (M40 – M54) as que mais se destacam entre as causas de afastamentos com um total de 48,42% do total das ausências registradas por esse CID, entre as quais expressa a “dorsalgia” (M54) com 42,12% dos dias de afastamentos por doenças osteomusculares.

Esses achados são corroborados por outros autores, estudo realizado entre profissionais de enfermagem atuantes em um hospital universitário entrevistou 105 trabalhadoras de enfermagem e identificou que independente da região afetada, 93% dos profissionais referiram algum sintoma osteomuscular nos últimos 12 meses, sendo 62% destes profissionais apresentaram sintomas nos últimos sete dias, sendo as queixas de dor lombar referida por 59% dos profissionais, destes 13,3% ainda referiram ausências no trabalho por conta desta condição (GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORRÊA FILHO, 2003).

Os autores investigam as possíveis atividades laborais associadas a ocorrência da dor lombar, na qual os profissionais de enfermagem referem a movimentação e o transporte de pacientes como principais causas geradores de tal condição (GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORRÊA FILHO, 2003).

Estudos internacionais destacam a dor lombar como principal causa de incapacidade, queda no desempenho físico no trabalho e absenteísmo entre profissionais de enfermagem atuantes em hospitais governamentais na Jordânia, sendo comumente relacionada a movimentação de pacientes e as longas jornadas de trabalho (SHAWASHI et al., 2015).

A alta incidência de lombalgias também é encontrada em um hospital geral no Qatar, onde 54,3% dos profissionais de enfermagem mencionam ter

apresentando lombalgia pelo menos um dia e 26,8% apresentam lombalgia crônica (ABOLFOTOUH et al., 2015).

Entre os fatores associados as doenças do sistema osteomuscular estudo realizado em um hospital universitário do Rio de Janeiro demonstra que a dorsalgia é responsável pelo maior número de afastamentos entre os profissionais de enfermagem, com 45% das ocorrências registradas (PINHEIRO, 2012).

Autores afirmam que as DORT são responsáveis pela queda da produtividade, elevados índices de absenteísmo e comprometem a capacidade produtiva, gerando custos elevados as instituições (GALLIZA; GOETTEN, 2010; PORTELA; ROSS, 2015).

Entre os afastamentos associados as doenças osteomusculares também destacou-se as “artropatias” (M00 – M25), sendo responsável por 22,08% dos dias de afastamentos entre auxiliares e técnicos de enfermagem, com destaque para “outros transtornos articulares” (M20 – M25) com 15,04% dos dias de absenteísmo, entre enfermeiros as “artropatias” somaram 14,46% dos dias de afastamentos registrados, sendo 8,89% referentes a “artroses” (M15 – M19) e 5,57% relacionadas aos “outros transtornos articulares”. Em todas as categorias a articulação mais acometida foi o joelho.

A Instrução Normativa INSS/DC nº 98 destaca que a prevenção de ocorrência de LER/DORT não depende apenas de medidas isoladas, requerendo adequações ergonômicas de mobiliários e equipamentos, com a identificação dos fatores de riscos presentes nas situações de trabalho (INSS, 2003).

No atendimento de melhoria das diversas questões produtivas e organizacionais, surge a ergonomia, com vistas a tratar de melhorias das condições de trabalho, identificação, controle e erradicação de agentes nocivos à saúde, avaliação de impactos advindos de novas tecnologias entre outros fatores (FERREIRA, 2012).

De acordo com Ferreira (2012, p.139), a definição de ergonomia consiste em:

“[...] uma abordagem científica antropocêntrica que se fundamenta em conhecimentos interdisciplinares das ciências humanas e da saúde para, de um lado, compatibilizar os

produtos e as tecnologias com as características e necessidades dos usuários e, de outro, humanizar o contexto sociotécnico de trabalho, adaptando-se tanto aos objetivos do sujeito e do grupo, quanto às exigências das tarefas e das situações de trabalho. ”

No que tange as questões relacionadas a ergonomia destaca-se a Norma Regulamentadora (NR) 17 – Ergonomia, do Ministério do Trabalho e Emprego que, apesar de não tratar especificamente sobre a prevenção de LER/DORT estabelecem parâmetros que permitem a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, objetivando conforto, segurança e desempenho eficiente dos profissionais. Esta NR aborda questões relacionadas ao levantamento, transporte e descarga individual de materiais, mobiliário e equipamentos dos postos de trabalho, condições ambientais e da organização do trabalho (BRASIL, 1990c).

### **5.2.3 – Afastamentos pelo capítulo XIX – lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas**

Este estudo identificou que as lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas foi o responsável pelo maior número de dias de afastamentos entre os auxiliares de enfermagem com 2.635 dias (26,84%), sendo ainda o quarto maior responsável pelo total de dia de afastamento entre os enfermeiros com 194 dias (6,18%) e técnicos de enfermagem com 211 dias (4,81%).

O CID por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas é amplo, englobando traumatismos e suas sequelas em geral, queimaduras, complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, entre outros.

Entre os enfermeiros houve a predominância de afastamentos relacionados aos “traumatismos do punho e da mão” (S60 – S69) com 48,97% dos dias de afastamento relacionados a este CID, seguido pelos traumatismos do tornozelo e do pé com 29,9% e “traumatismos dos joelhos e da perna” (S80 – S89) com 15,98% dos dias de afastamentos. A média geral dos afastamentos relacionados às lesões, envenenamento e outras consequências externas entre os enfermeiros foi de 13,85 (DP  $\pm$ 15,15) dias, apontando para o fato de um

período de afastamento médio, necessário para o reestabelecimento das condições físicas necessárias para retorno ao trabalho.

Entre técnicos de enfermagem destacaram-se os “traumatismos de joelho e da perna” (S80 – S89) com 21,8% do total de dias de afastamento, seguidos pelas “complicações de cuidados médicos e cirúrgicos” (T80 – T88) com 21,32% dos dias e “traumatismos de localização não especificada do tronco, membros e outras regiões do corpo” (T08 – T14) com 20,85% dos dias de afastamento. A média geral dos afastamentos dos técnicos de enfermagem por este CID foi de 15,07 (DP  $\pm$ 13,64) dias, mostrando uma realidade similar a encontrada entre os enfermeiros.

Por fim, entre os auxiliares de enfermagem temos uma realidade distinta, uma vez que este CID foi a principal causa de dias de absenteísmo, onde destacaram-se os “traumatismos de joelho e da perna” (S80 – S89) com um total de 36,13% dos dias de afastamentos registrados, seguidos pelas “sequelas de traumatismos, de intoxicações e outras consequências externas” (T90 – T98), os “traumatismos de quadril e da coxa” (S70 – S79) e os “traumatismos do ombro e do braço” (S40 – S49) com 13,32%, 9,64% e 9,56% dos dias de afastamentos, respectivamente.

Diferentemente das outras categorias, a média de dias de afastamento dos auxiliares de enfermagem foi alta com 32,93 (DP  $\pm$ 32,3) dias, demonstrando a necessidade de maior tempo para recuperação dos profissionais, possivelmente associadas a lesões mais graves.

Outro estudo revela a ocorrência de afastamentos por lesões, envenenamento e outras consequências externas, realizado em um hospital universitário de Goiás refere este grupo do CID como a terceira causa que mais justificou atestados médicos entre profissionais de enfermagem, com um total de 8,39% do total de atestados registrados (MARQUES et al., 2015).

Um estudo realizado em hospital universitário na região Sul do país identificou as ocorrências por este CID como quinta causa entre os motivos de afastamentos por doença entre os profissionais de enfermagem (MANTOVANI et al., 2015).

Vale ressaltar que este estudo considerou apenas licenças por motivo de doenças, não relacionando causas ocasionadas por acidentes de trabalho, sejam estes típicos ou de trajeto, fazendo-se necessário pensar na efetividade

da comunicação de acidentes de trabalho e/ou na avaliação donexo causal durante avaliação da perícia médica, uma vez que as questões associadas a este CID podem manter relação direta ou indireta as atividades laborativas dos profissionais.

Da mesma forma que as doenças do sistema osteomuscular este CID pode ser associado a riscos mecânicos e ergonômicos, sendo necessário melhor avaliação e identificação das causas associadas a estes afastamentos.

#### **5.2.4 – Afastamentos pelo capítulo II – neoplasias**

O CID referente a neoplasias e tumores foi identificado como o terceiro responsável por dias de afastamento por motivo de doença entre os enfermeiros (11,98%) e técnicos de enfermagem (12,38%), sendo a quinta causa de afastamentos entre os auxiliares de enfermagem (7,39%).

Entre os enfermeiros, dentro dos CID relacionados a neoplasias (C00-D48) a patologia mais registrada foi relacionada ao câncer de mama (C50) com 50% dos dias perdidos, seguido das neoplasias do lábio, cavidade oral e faringe (C00-C14) com 48,14 dias de absenteísmo.

Em relação à média dos dias de afastamento por neoplasia entre enfermeiros tiveram 23,5 (DP  $\pm$ 25,02) dias. Deste modo, identifica-se a necessidade de maior número de dias de afastamento para a realização do tratamento.

Nos técnicos de enfermagem, os afastamentos associados ao CID das neoplasias, apontaram uma maior ocorrência de câncer do trato urinário (C64 – C68) com 86,19% dos dias de absenteísmo registrados, com média de 49,36 (DP  $\pm$ 39,15) dias de afastamento.

E, para os auxiliares de enfermagem, este CID representou a quinta causa em dias de absenteísmo registrados, relacionado principalmente as neoplasias declaradas ou presumidas como primárias dos tecidos linfáticos, hematopoiéticos e tecidos correlatos, com 53,99% dos dias de licenças médicas registradas. Com média de dias por afastamento igualmente alta, com 36,3 (DP  $\pm$ 35,31) dias, determinando a necessidade de maior de tempo para tratamento e recuperação para retorno as atividades laborativas. Destacou-se ainda os

registros relacionados ao câncer de mama (C50), com 20,94% dos dias de afastamento relacionados a este CID.

Vale ressaltar que o câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente entre as mulheres em todo o mundo, sendo estimado para os anos de 2016 e 2017 um total de 57.960 novos casos no Brasil, com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres, sendo para a região Sudeste um total de 68,08 novos casos para cada 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O PCDT afirma que o câncer de mama é considerado um câncer de relativo bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado precocemente, sendo sua taxa de incidência com maior crescimento até os 50 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Este estudo indica a supremacia de mulheres entre os profissionais de enfermagem e, segundo a média de idade, grande parte das profissionais pertencem a faixa etária de maior índice de incidência desta ocorrência. Entre enfermeiras 23% da população pertence a faixa etária entre 40 – 50 anos, entre técnicas de enfermagem este percentual sobe para 42,3% e entre auxiliares de enfermagem 33,9%.

Visto a realidade da caracterização predominantemente feminina dos profissionais da equipe de enfermagem e ainda o alto quantitativo de trabalhadoras nestas faixas etárias, faz-se necessária a realização de campanhas que incentivem a realização de acompanhamento para detecção precoce de possíveis casos de câncer de mama. Além de ações de promoção e prevenção voltadas a saúde das trabalhadoras.

Além do PCDT que aborda o carcinoma de mama, tem-se diversos PCDTs que tratam questões relacionadas as neoplasias, sendo importante a avaliação da necessidade de campanhas de orientação dos profissionais.

Os PCDTs são importante recurso e fonte de informação, fornecidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos que abordam não apenas as características gerais da patologia, como também estabelece meios para diagnóstico, estadiamento da doença, tratamento e acompanhamento e recuperação, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis. Devendo ser utilizado por gestores e por peritos para avaliarem a forma como o acompanhamento está sendo conduzido, pensando em restabelecer a saúde dos profissionais.

### 5.2.5 – Outras causas de absenteísmo

Dentre as causas que mais repercutem em ocorrência de absenteísmo entre profissionais de enfermagem, estudos apontam CIDs relacionados aos problemas respiratórios (J00 – J99) e doenças infecciosas e parasitárias (A00 – B99).

Neste estudo, as doenças do aparelho respiratório apresentaram um baixo percentual de ocorrência entre os três anos analisados, sendo responsável por 1,17% do total de dias de absenteísmo entre os enfermeiros, 1,19% entre os técnicos de enfermagem e 0,97% entre os auxiliares de enfermagem.

No que tange as doenças infecciosas e parasitárias, enfermeiros apresentam 1,81% dos dias de afastamentos relacionados a este CID, entre os técnicos de enfermagem representaram 1,46%, e percentual maior entre os auxiliares de enfermagem, com 6,52% dos dias de afastamento, sendo a sexta causa registrada entre os anos de 2015 a 2017.

Estudo realizado em um hospital de ensino no interior de São Paulo aponta as doenças infecciosas e parasitárias com um percentual de 7,1% das frequências de licenças médicas registradas e as doenças respiratórias responsável por 9,9% das licenças entre os profissionais de enfermagem (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015).

Avaliação do absenteísmo entre trabalhadores de saúde de um hospital público no Sul do Brasil registrou que do total de dias perdidos entre os profissionais, 5,0% das ocorrências estavam associadas as doenças do aparelho respiratório (BREY et al., 2017).

Em um hospital universitário de Campinas, São Paulo, as doenças do aparelho respiratório representaram a segunda causa entre o número de ocorrência entre os profissionais de enfermagem com 11,7% dos afastamentos registrados, sendo responsável por 5% do total de dias de trabalho perdidos por licenças médicas registradas (LUCCA; RODRIGUES, 2015).

Os autores relacionam estas ocorrências à exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais, com destaque para os riscos químicos e biológicos, presentes no ambiente de trabalho (MANTOVANI et al., 2015; MARTINATO et al., 2010).

Dentre os riscos ocupacionais aos quais os profissionais estão expostos durante suas atividades laborativas, o risco biológico é notoriamente o mais estudado e que mais se destaca frente as literaturas que abordam os profissionais de enfermagem. Contudo, os resultados deste estudo não apontam as doenças do aparelho respiratório com um alto percentual de dias de absenteísmo.

Este dado relativo às doenças respiratórias pode ser associado ao uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI), pelos profissionais durante a assistência prestada. Entretanto, vale ressaltar que este CID está associado a uma baixa média de dias de absenteísmo, sendo de 1,68% (DP±0,77) dias entre os enfermeiros, 4,72% (DP±2,9) dias entre os técnicos de enfermagem e 4,75 (DP±3,53) dias entre os auxiliares de enfermagem, demonstrado ser um CID associado a uma rápida recuperação da capacidade laborativa e retorno ao trabalho, representando uma baixa repercussão no número total de dias de afastamento, que foi o foco maior apresentado neste estudo.

### **5.3 Motivos relacionados a ocorrência de absenteísmo**

Os estudos destacam que as condições inadequadas para realização das atividades e a forma de organização do trabalho favorecem o processo de adoecimento dos profissionais e, conseqüentemente, o aumento do absenteísmo (BREY et al., 2017).

Outros fatores relacionados ao adoecimento e absenteísmo são a sobrecarga de trabalho, trabalho em escalas e turnos de trabalho, dinâmica do trabalho, relacionamento interpessoal difícil, rotina estressante de trabalho, falta de apoio social no trabalho, múltiplos vínculos de trabalho e falta de valorização e reconhecimento profissional (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; BREY et al., 2017; FERREIRA et al., 2011; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; OLIVEIRA; XAVIER; ARAÚJO, 2013).

O fato é que o bem-estar físico e mental acabam por interferir na saúde do trabalhador, assim como na sua produtividade, uma vez que a interação entre o trabalhador e seu ambiente de trabalho, que envolve questões materiais, psicológicas e também sociais (MAURO et al., 2010).

Mauro et al (2010) realizou estudo com profissionais de enfermagem atuantes em um hospital universitário onde investigou fatores de risco no ambiente de trabalho relatados pelos próprios trabalhadores. O principal risco identificado pelos profissionais foi o “Risco de contrair infecções/doenças” com 71,3%, em segundo lugar destacou-se a “Má distribuição do espaço físico” com 53,9% e, em terceiro os “Recursos insuficientes para realizar o trabalho” com 53,5%. Percebe-se que entre as causas identificadas como de risco para os profissionais temos aspectos relacionados ao risco biológico, aspectos físicos e fatores organizacionais presentes no ambiente de trabalho.

Ainda no estudo de Mauro et al (2010) quando considerados os aspectos ergonômicos os profissionais apontam o “Esforço físico” (50,5%), a “Manipulação de cargas pesadas” (41,4%) e as “Posturas forçadas na realização das atividades” (49%) como os principais riscos existentes no ambiente de trabalho.

Uma vez que a multicausalidade apontada como fonte geradora de adoecimento e absenteísmo entre os profissionais, torna-se preponderante agir implementando ações de promoção e prevenção à saúde dos profissionais, pensando, ao mesmo tempo, na perspectiva da saúde do trabalhador e na qualidade dos serviços prestados, evitando o aumento dos custos da assistência, minimizando a sobrecarga de trabalho e prevenindo erros e eventos adversos que possam prejudicar a população assistida por estes profissionais, gerando custos indiretos e intangíveis que precisam ser melhor estudados.

Ressalta-se que este estudo aborda tão somente os custos diretos relacionados ao absenteísmo, contudo pode-se perceber que os custos indiretos e intangíveis são igualmente relevantes de serem analisados, embora sejam de difícil mensuração. Se faz necessário pensar estes custos de forma real e emergente, não apenas no que tange os serviços de saúde, mas de toda a instituição.

#### **5.4 Impacto orçamentário relacionado ao absenteísmo**

As licenças médicas por motivo de doença ocasionam impacto econômico para as instituições, uma vez que interferem o modo produtivo, geram aumento do custo com uma menor eficiência do trabalho, além de desestruturar a

organização do trabalho da equipe de enfermagem, gerando sobrecarga para os trabalhadores presentes.

Pela busca na literatura pode-se identificar a existência de muitos estudos que tratam a questão do absenteísmo, principalmente relacionando sua ocorrência entre os profissionais de enfermagem, contudo, poucos deles abordam o impacto econômico deste fenômeno, abordando o absenteísmo na perspectiva da saúde do trabalhador, demonstrando a magnitude dos números de dias perdidos ocasionados pelo adoecimento dos profissionais ou ainda, estudando os fatores relacionados a sua ocorrência.

Dos estudos que se propuseram a quantificar monetariamente as ocorrências do absenteísmo tem-se a apresentação de valores que comprovam o alto custo direto associado a esta ocorrência. Um estudo realizado em um hospital em São Paulo com os dados de absenteísmo registrados no ano de 2008 encontrou que o absenteísmo doença foi responsável por um total de 2.538 dias de ausências no trabalho, caracterizando um custo de R\$389.817,76 (SANCINETTI et al., 2011).

Em um hospital público de Rondônia, um estudo procurou identificar o custo adicional com a folha de pagamentos da Secretaria de Saúde para cobrir ausências de profissionais de enfermagem, observando um acréscimo de 0,5% para pagamento de técnicos de enfermagem e de 5,2% para auxiliares de enfermagem demonstrando o quanto as ocorrências de absenteísmo podem onerar o serviço de saúde (JUNKES; PESSOA, 2010).

Após a interpretação da árvore de decisão elaborada para este estudo encontra-se que, se analisarmos a média do custo (R\$ 4.928,88) associado às licenças médicas registradas entre os anos de 2015 a 2017, os enfermeiros representam um maior impacto financeiro quanto tratamos do absenteísmo por motivo de doenças, apesar desta categoria ter o menor número de dias de afastamentos registrados, por se tratar da categoria que possui a remuneração mais alta, quando comparada as demais, acabam por ser financeiramente mais custosos os afastamentos.

O oposto acontece com a categoria dos auxiliares de enfermagem, que embora tenha sido a categoria profissional com o maior número de dias de afastamentos, quando analisamos o custo médio (R\$ 2.242,51) destas licenças, encontra-se um impacto monetário menor, quando comparado as demais

categorias, isso se deve ao fato, de ser a categoria profissional com menor remuneração.

A partir da análise de sensibilidade, nota-se que dentre os CIDs registrados, as licenças referentes aos transtornos mentais e comportamentais registradas entre os enfermeiros foram os que representaram um maior impacto, seguidas das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, as neoplasias e as lesões, envenenamentos e outras causas externas, todas elas referentes as licenças médicas registradas entre os enfermeiros.

Percebe-se, pela análise de sensibilidade, que tanto a categoria dos técnicos de enfermagem, quanto os auxiliares de enfermagem não apresentaram impacto relevante quando comparados a categoria profissional dos enfermeiros.

Este estudo estima que, somados os dias de afastamento registrados ao longo dos três anos analisado, houve o pagamento médio de R\$2.053.763,84 apenas com o absenteísmo dos profissionais de enfermagem. O maior custo foi relacionado aos auxiliares de enfermagem, com R\$913.074,00 ao longo dos três anos, apesar de ser a categoria profissional que recebe a menor remuneração, o somatório de dias de afastamentos ao longo do período faz com que os custos diretos relacionados as ausências acabe exercendo um impacto monetário maior em comparação com as outras categorias.

Entre os técnicos de enfermagem esse valor foi de R\$513.235,13, se mostrando a categoria profissional que gerou menor custo financeiro direto com as ausências por motivo de saúde, contudo não se pode deixar de considerar que esta é a categoria profissional com o menor número de profissionais e com a maior taxa de absenteísmo registrado, portando, apesar de ter apresentado um custo menor, quando comparado as demais categorias, considera-se igualmente relevante.

Os enfermeiros foram a categoria com o índice intermediário de gastos relacionados ao total de dias de absenteísmo, com um total de R\$627.454,71 ao longo dos três anos estudados. Sendo importante mencionar que a taxa de absenteísmo destes profissionais está dentro do número previsto de acordo com o IST preconizado pelo COFEN. Contudo, a função de liderança exercida por esta categoria faz destas ausências igualmente prejudiciais para a equipe de

enfermagem, desestruturando o desempenho das atividades da equipe e causando prejuízos a assistência prestada.

Tendo em vista o somatório total de gastos com o absenteísmo ao longo dos três anos avaliados, R\$2.053.763,84, é possível questionar as dificuldades em implementação de medidas de prevenção e promoção à saúde dos profissionais, uma vez que, muitas vezes, a justificativa é a falta de orçamento para este investimento. Percebe-se que um alto valor é gasto com a inexistência de medidas que minimizem a ocorrência de agravos e adoecimento dos trabalhadores.

Esse valor representa um total de 0,72% de todo o orçamento destinado ao pagamento de recursos humanos do HU da instituição estudada e, apesar de parecer um número pequeno, percebe-se que é um custo significativo quando comparado com a implementação de medidas de prevenção e promoção voltadas para diminuição da ocorrência de adoecimento e absenteísmo entre os profissionais.

Percebe-se a existência de uma diferença entre a interpretação do valor referente a média de dias das licenças médicas e a quantidade de dias totais das licenças registradas entre os profissionais.

Sendo a quantidade de dias uma informação importante para a estimativa do custo geral associado as ocorrências de absenteísmo, contudo, o conhecimento do custo médio das licenças e seu respectivo CID, permite dimensionar o quanto cada grupo de patologias agrupadas por cada CID impacta na saúde do trabalhador e no custo associado ao tempo de ausência do profissional às suas atividades laborativas.

Entende-se como relevante pensar estratégias que possam minimizar as ocorrências de absenteísmo em geral, priorizando as patologias que causam uma maior repercussão tanto na perspectiva da saúde do trabalhador, quanto na perspectiva da gestão, que sobre com o ônus ocasionado por estas ausências.

Nessa realidade, percebe-se que as áreas que necessitam de ações prioritárias referem-se aos problemas de saúde relacionados aos transtornos mentais e comportamentais e as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, assim como apontado pela literatura discutida.

Destaca-se que todas as categorias devem ser contempladas por ações de prevenção e promoção à saúde do trabalhador, visto que todas as categorias apresentam dados que revelam necessidades de intervenção.

Os enfermeiros apresentam um maior custo médio atribuído às licenças médicas registradas, os técnicos de enfermagem apresentam as maiores taxas de absenteísmo, e os auxiliares de enfermagem por representarem a categoria profissional responsável pelo maior número de dias de absenteísmo e pelo maior custo monetário referente ao total de dias de afastamentos entre as três categorias.

### **5.5 Repercussões do absenteísmo**

O absenteísmo desencadeia sobrecarga de trabalho, criando um círculo vicioso de adoecimento – sobrecarga – adoecimento aos trabalhadores (BREY et al., 2017).

A sobrecarga de trabalho afeta a qualidade do trabalho e, com isso, a assistência prestada, além de gerar um círculo vicioso de adoecimentos e ausências ao trabalho, visto que um profissional ausente, sobrecarrega os trabalhadores presentes, que precisam redividir as tarefas que deveriam ser realizadas pela equipe, pelo quantitativo de profissionais presentes. Uma vez sobrecarregado, este profissional saudável passa a ser exposto à condições que poderão levá-lo a ser o próximo a se ausentar, fazendo com que a equipe de trabalho esteja sempre desfalcada.

Os elevados custos associados ao absenteísmo trazem grandes perdas financeiras as instituições, tanto de ordem financeira direta, como também como queda da produtividade, aumento dos custos associados aos tratamentos realizados e elevados índices de insatisfação no trabalho (BREY et al., 2017; JUNKES; PESSOA, 2010; SANCINETTI et al., 2011).

Quando se trata da ocorrência de absenteísmo, faz-se necessário pensar no critério do correto dimensionamento de pessoal, estudos relacionando a segurança do paciente e as cargas de trabalho da equipe de enfermagem apontam para melhores resultados quando a razão de pacientes para enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem são menores, os resultados da assistência são melhores.

Estudo comparativo com situações onde a razão de pacientes por equipe de enfermagem maiores (cerca de 27 pacientes por enfermeiro e 6 a 7 pacientes por auxiliares e técnicos de enfermagem) e menores (cerca de 9 pacientes por enfermeiro e 3 a 4 pacientes por auxiliares e técnicos de enfermagem) apontaram que a razão maior de pacientes foi compatível com maiores índices de efeitos adversos como: queda do leito, média de permanência, índice de úlceras de pressão, infecção urinária relacionada a procedimentos invasivos e infecção sanguínea relacionada a cateter venoso central (MAGALHAES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013).

Estudo realizado em um hospital universitário no Sul do Brasil que procurou analisar indicadores assistenciais e gerenciais após adequação do quadro de pessoal de enfermagem revelou que o incremento de profissionais foi responsável pela redução na ocorrência de úlceras de pressão, do número de quedas entre pacientes e redução de infecções por sonda vesical de demora (QUADROS et al., 2016).

Neste ponto, ao pensarmos nos custos associados ao prolongamento da internação dos pacientes acometidos por eventos adversos, pode-se presumir que a não adequação do número de profissionais, incluindo o elevado índice de absenteísmo, geram custos monetários indiretos que devem ser considerados e estudados como integrantes das repercussões da sobrecarga de trabalho aos profissionais que precisam dar conta da assistência aos pacientes com o quantitativo reduzido de pessoal.

Essa realidade ocorre em outros lugares do mundo, como no estudo realizado no Reino Unido sobre a variação na equipe de enfermagem em hospitais associam resultados melhores quando existiam menores índices de pacientes por enfermeiros, apresentando taxas maiores de mortalidade (26%) em unidades hospitalares com maiores proporções de pacientes por profissionais de enfermagem. Além disso, apontam para insatisfação no trabalho, altos níveis de *burnout* e baixa qualidade na assistência prestada quando as proporções de pacientes por enfermeiros eram maiores (RAFFERTY et al., 2007).

Autores ainda correlacionam negativamente as ocorrências de absenteísmo entre os profissionais da equipe de enfermagem à satisfação do

paciente ao ambiente hospitalar, em estudo realizado em um hospital universitário na França (DUCLAY et al., 2014).

Assim, como consideram a satisfação do trabalhador como fator determinante para a qualidade da assistência prestada, uma vez que apontam para uma relação entre a satisfação e eficiência, descrevendo que profissionais satisfeitos desempenham melhor as suas atividades de trabalho (TORRES; BERNARDINO; VILLADA, 2017).

Isso significa que os custos com o absenteísmo, dimensionamento de pessoal inadequado e sobrecarga de trabalho vão além da perspectiva da saúde do trabalhador e de um aumento de gastos relacionados à recursos humanos, afetando diretamente a qualidade da assistência prestada, gerando custos relacionados à eventos adversos, aumento do tempo de hospitalização e, gerando custos na saúde dos pacientes assistidos.

Esta pesquisa não pretende abordar a questão do cálculo de dimensionamento de pessoal, uma vez que para isso, informações primordiais seriam necessárias, as quais não foram investigadas neste estudo.

De acordo com o COFEN, o dimensionamento de pessoal deve basear-se em características da realidade do serviço de saúde avaliado, assim como do serviço de enfermagem e do tipo de paciente assistido, considerando seu grau de dependência em relação à equipe de enfermagem, variando de um mínimo de 4 (quatro) horas de enfermagem por paciente em cuidados mínimos à 18 horas de enfermagem por paciente nos cuidados intensivos, existindo outras variações específicas da demanda dos serviços, como centro cirúrgico e cuidados em saúde mental (BRASIL, 2017a).

Contudo, faz necessário enfatizar que o absenteísmo por si só afeta o dimensionamento de pessoal, uma vez que sua ocorrência deixa a equipe defasada e, conseqüentemente sobrecarregada. Portanto, ao abordamos o absenteísmo é necessário pensar tanto no dimensionamento de pessoal como no IST proposto pela legislação vigente (BRASIL, 2017a).

## 5.6 Estratégias para minimizar o absenteísmo

Quando se trata do absenteísmo faz-se necessária a compreensão de que, além do custo monetário acarretado pelas ausências tem-se a realidade indissociável do trabalhador – trabalho – organização do trabalho.

Isso traz a necessidade da investigação das variáveis geradoras de agravos e adoecimento dos profissionais, dos problemas que mais afetam sua saúde e de que forma elas o fazem, para pensarmos em soluções prioritárias, que atuem diretamente nos pontos críticos, que demandam por uma maior urgência de intervenção.

Temas emergentes na literatura atual abordam a qualidade de vida, qualidade de vida no trabalho (QVT), assim como o Custo Humano no Trabalho (CHT), este custo é composto por três fatores: o custo físico, custo cognitivo e o custo afetivo que o trabalho exerce sobre o indivíduo.

A QVT é descrita por Limongi-França (1997) como: “o conjunto das ações de uma empresa que envolve a implementação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho” (LIMONGI-FRANÇA, 1997).

A QVT da equipe de enfermagem tem sido estudada em todo mundo, destacando e associando diversas problemáticas que influenciam as vivências de bem-estar e/ou mal-estar dos profissionais, como: estudos que buscam construir e/ou adaptar escalas para mensuração de QVT (FU et al., 2015; HERNÁNDEZ-VICENTE et al., 2017; KIMURA; CARANDINA, 2009; SHEN et al., 2015), estudos que visam a mensuração de propriedade psicométricas de escalas já existentes (LEE et al., 2014), mensuram a QVT de enfermeiros atuantes na área hospitalar (LIMA et al., 2013), pesquisas que relacionam *burnout* associados a fadiga de compaixão em profissionais de enfermagem que atuam em oncologia (DUARTE; PINTO-GOUVEIA, 2017), QVT relacionados a ocorrência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (SCHMIDT; DANTAS, 2012), correlacionando QVT à produtividade no trabalho (BORHANI et al., 2016; NAYERI; SALEHI; NOCHABI, 2011), assim como fatores relacionados a QVT entre os profissionais de enfermagem (MORADI; MAGHAMINEJAD; AZIZI-FINI, 2011; VAGHARSEYYEDIN; VANAKI; MOHAMMADI, 2011).

Segundo Ferreira (2012, p.186), o CHT expressa:

“[...] o que deve ser despendido pelos trabalhadores (individual e coletivamente) nas esferas física, cognitiva e afetiva a fim de responderem às exigências de tarefas (formais e informais) postas nas situações de trabalho. ”

O custo físico refere-se diretamente ao desgaste físico, ou seja, o custo corporal propriamente dito, o custo afetivo envolve os aspectos emocionais e os sentimentos vivenciados pelo profissional, como os sentimentos de bem-estar, mal-estar, satisfação e insatisfação, entre outros; por fim, o custo cognitivo relaciona-se ao desgaste mental (FERREIRA, 2012).

Essa realidade assinala o fato que as consequências do absenteísmo impactam não só economicamente a instituição, elas impactam o trabalhador adoecido em sua vida particular, impactam socialmente em sua rede familiar, impactam a vida do profissional não adoecido que fica sobrecarregado, além disso, impactam a vida do doente assistido, como sociedade, uma vez que afeta a qualidade da assistência.

Estudos destacam que medidas de QVT tem sido indicadas para promover melhorias do contexto organizacional, buscando harmonia entre o bem-estar no trabalhador, visando a eficiência e eficácia dos ambientes organizacionais, ou seja, melhorias para o trabalhador e para os resultados esperados pela organização (FERREIRA, 2011).

Vale ressaltar a importância das ações de saúde do trabalhador uma vez que, estas visam mudanças e melhorias no processo de trabalho que comprometem as relações saúde-trabalho.

Quando abordamos condições de trabalho, faz-se necessário pensar além de problemas que comprometem as questões físicas e exposições aos riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho, devido a existência de fatores de difícil mensuração que afetam igualmente a saúde do trabalhador, como as relações sociais existentes no ambiente de trabalho, o clima organizacional e ainda as expectativas do próprio profissional (MAURO et al., 2010).

Deve-se considerar que a falta de recursos, humanos e materiais, comumente presentes na realidade dos serviços públicos interferem na qualidade da assistência prestada e dos resultados esperados pela instituição,

afetando diretamente na vivência de sentimentos de insatisfações e frustrações pelos profissionais (MAURO et al., 2010; SPINDOLA; SANTOS, 2005).

Outro fator que merece destaque, relaciona-se a identificação precoce de agravos aos trabalhadores, o que pode ser alcançado a partir da realização dos exames ocupacionais, neste caso, exames periódicos.

Os exames médicos periódicos tem como objetivo “a prevenção da saúde dos servidores, em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais” (BRASIL, 1990a, 2009b).

A realização dos exames periódicos prevê avaliação clínica e de exames laboratoriais, em intervalos de tempo regulares, de acordo com idade, sexo, características raciais, função exercida e grau de risco de exposições a fatores que possam desencadear ou agravar doenças ocupacionais ou profissionais e para profissionais portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2009b).

Estes exames devem incluir, além da avaliação clínica e exames como hemograma completo, glicemia, exame de urina tipo I (elementos anormais e sedimentoscopia – EAS), creatinina, colesterol total e triglicerídeos, AST (Transaminase glutâmica oxalacética), ALT (Transaminase glutâmica pirúvida) para avaliação da função hepática. Para mulheres deve incluir citologia oncótica e mamografia (para mulheres acima de 50 anos) e para homens acima de 50 anos deve incluir o PSA, para investigação do câncer de próstata (BRASIL, 2009b).

Vale advertir que as despesas decorrentes da realização dos exames periódicos devem ser custeadas pela União, com recursos destinados à assistência médica e odontológicas, nos limites das dotações orçamentárias consignadas para cada unidade orçamentária (BRASIL, 2009b).

Na IFES estudada ainda não existe a implementação da realização dos exames periódicos, fato que impossibilita a avaliação permanente da saúde dos servidores e, impossibilitando a identificação precoce de problemas de saúde, promovendo a prevenção e promoção à saúde do trabalhador.

O diagnóstico precoce de determinadas situações de saúde poderia proporcionar medidas que evitassem o adoecimento do profissional, reduzindo com isso o número de absenteísmos registrados, promovendo com isso não apenas a melhoria da saúde dos trabalhadores, como também uma maior produtividade e melhores resultados da organização, que no caso da equipe de

enfermagem refletiria em uma melhor assistência prestada a população usuária dos serviços de saúde oferecidos pelo HU.

Por fim, faz-se relevante pensar que o valor gasto com o absenteísmo deixa de ser utilizado em outras áreas, como por exemplo, o investimento em ações voltadas para a saúde, prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores, com vistas melhoria no ambiente de trabalho ou em outras áreas do hospital que favoreçam a assistência prestada.

### **5.7 Limitações do estudo**

A utilização de um banco de dados pré-existent trouxe algumas possíveis limitações para o estudo, constatou-se ausência de informações relevantes como setor específico de lotação e turno de trabalho, informações que poderiam enriquecer a compreensão do fenômeno absenteísmo.

Uma vez a impossibilidade de identificação do setor de atuação dos profissionais, percebe-se que esta identificação poderia apontar para setores aonde a ocorrência do absenteísmo é mais crítica e facilitaria a identificação de possíveis fatores presentes no ambiente e/ou organização do trabalho que possam ser associados a ocorrência deste fenômeno. Além disso, facilitaria ações de intervenção, como ações de prevenção e promoção a saúde dos trabalhadores de forma priorizada.

O turno de trabalho poderia, igualmente, apresentar dados importantes relacionado a maior ou menor ocorrência do absenteísmo entre os turnos diurno e noturno.

Os custos utilizados para valorar o absenteísmo foi realizada a partir da média do vencimento básico dos profissionais de cada uma das categorias profissionais, dando uma estimativa do impacto orçamentário que o absenteísmo gera à instituição. Entretanto, como o estudo não considerou outros valores relativos à adicionais de incentivo a qualificação pode-se afirmar que os dados apresentados estão abaixo do custo real ocasionado pela ocorrência do absenteísmo.

Outro fator de limitação pode ser considerado a análise apenas dos profissionais de enfermagem, entretanto faz-se necessário novos estudos que

ampliem a análise do absenteísmo nas demais categorias profissionais que compõem o ambiente hospitalar.

O presente estudo abordou tão somente os custos diretos associados ao absenteísmo, contudo, conforme apresentado durante a discussão o absenteísmo infere em custos associados a má qualidade da assistência prestada, podendo influenciar na segurança do paciente e ocorrência de eventos adversos que podem gerar prejuízos aos pacientes, com aumento do tempo de internação e até mesmo a morte. Este fato traz a necessidade de estudos que possam mensurar e analisar os custos indiretos e intangíveis envolvidos na ocorrência do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem.

## **SEÇÃO 6 - CONCLUSÕES**

### **6.1 Considerações finais**

Este estudo confirma a afirmativa de tese apresentada, revelando que o custo médio do absenteísmo dos profissionais de enfermagem impacta diretamente no orçamento destinado aos recursos humanos da instituição analisada.

O absenteísmo representa um desafio a ser vencido, uma vez que os profissionais de enfermagem são expostos a diferentes riscos inerentes ao seu processo de trabalho, com probabilidade de agravos à saúde.

Percebe-se na literatura uma carência de estudos que abordam a temática do absenteísmo na perspectiva dos custos associados a ocorrência deste evento.

Fato que o absenteísmo é um problema real, que afeta a dinâmica organizacional, o ambiente de trabalho e a assistência prestada, gerando sobrecarga de trabalho e prejuízos financeiros, esse problema toma maior magnitude quando se trata dos profissionais de enfermagem, uma vez que estes compõem a maior força de trabalho atuante no ambiente hospitalar.

Este resultado pode representar uma nova perspectiva para abordagem desta temática, uma vez que na literatura comumente os estudos adotam enfoque voltado para o quantitativo de absenteísmos registrados e na identificação dos principais problemas de saúde que acometem os profissionais de enfermagem, dissociando estas ocorrências do impacto orçamentário ocasionado às instituições.

Conhecer as causas do absenteísmo permite subsídios para estabelecimento de estratégias de prevenção e promoção que favoreçam a saúde dos trabalhadores, podendo desta forma criar alternativas que possam não apenas monitorar, como também, reduzir o alto número de absenteísmo encontrado.

Entretanto, a nova perspectiva apontada pelos resultados desta análise de impacto orçamentário expande a discussão do absenteísmo para além da perspectiva da saúde do trabalhador, mas sem deixar de priorizá-la, dada a sua relevância.

Ao pensar estratégias de prevenção e promoção à saúde que minimizem a ocorrência do adoecimento e absenteísmo dos profissionais, deve-se associar que estas proporcionam ganhos em saúde, não apenas, para os trabalhadores, como também geram ganhos relacionados à qualidade da assistência prestada e repercutem em menores custos diretos com o absenteísmo e com suas possíveis repercussões.

Percebe-se que a assistência prestada está intimamente ligada ao quantitativo de pessoal ajustado às demandas de cuidados exigidos pelos diferentes tipos de pacientes, sendo o absenteísmo um fator que impacta diretamente a equipe de enfermagem, o que pode repercutir na qualidade da assistência oferecida.

Propõe-se o acompanhamento dos indicadores de absenteísmo para fornecer subsídios aos gestores de saúde e de gestão de pessoas para tomada de decisão em investimentos e elaboração de programas de medidas preventivas, como exames periódicos e programas de saúde do trabalhador.

Entretanto, destaca-se que não basta apenas a realização de cálculos percentuais, se não houver a identificação dos determinantes que motivam as ausências, de modo que possam implementar estratégias de intervenção eficazes e específicas para a realidade encontrada.

Faz-se necessário uma atuante vigilância em saúde dos trabalhadores para antecipação de riscos inerentes as atividades laborais e assim intervir precocemente, proporcionando condições seguras para o seu desenvolvimento.

A identificação das principais causas de absenteísmo dentro da realidade local do hospital estudado pode favorecer melhorias voltadas as reais necessidades desta população analisada, favorecendo a diminuição do adoecimento e do absenteísmo destes profissionais, melhorando a qualidade de

vida no trabalho e, conseqüentemente da qualidade da assistência prestada à população.

Sendo assim, uma vez realizado o levantamento dos custos e dos principais problemas de saúde que impactam na ocorrência e no custo direto com o absenteísmo é possível propor estratégias que atendam as reais necessidades de saúde da população estudada, com priorização dos indicadores críticos destacados.

Percebe-se a necessidade de se realizar análises relativas ao processo de trabalho, cultura organizacional e a influência destes aspectos na saúde, entendendo como uma abordagem necessária para reduzir gastos econômicos, e melhoria da satisfação dos profissionais.

Recomenda-se a formulação de políticas de gestão de pessoas voltadas para as necessidades locais encontradas, com destaque a necessidade de investimentos em ergonomia e melhorias no ambiente de trabalho, com a integração e envolvimento dos próprios profissionais nas ações de melhoria, além da adoção de práticas de promoção à saúde.

Para finalizar, nota-se a necessidade de estudos que contemplem os demais custos ocasionados pelo absenteísmo, como custos indiretos associados à qualidade da assistência prestada, como também custos gerados ao trabalhador doente, como os custos com diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABOLFOTOUH, S. M. et al. Prevalence, consequences and predictors of low back pain among nurses in a tertiary care setting. **International Orthopaedics**, v. 39, n. 12, p. 2439–2449, 2015.
- ABREU, R. M. D. DE; GONÇALVES, R. M. D. DE A.; SIMÕES, A. L. DE A. Reasons attributed by professionals of an Intensive Care Unit for the absence at work. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 3, 2014.
- \_\_\_\_\_; SIMÕES, A. L. A. Ausências por adoecimento na equipe de enfermagem de um hospital de ensino. **Cienc Cuid Saúde**, v. 8, n. 4, p. 637–644, 2009.
- AGUIAR, G. DE A. S.; OLIVEIRA, J. R. DE. Absenteísmo. Suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. XIII, n. 19, p. 95–113, 2009.
- AIKEN, L. H. et al. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. **JAMA**, v. 290, n. 12, p. 1617–1623, 2003.
- \_\_\_\_\_. et al. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. **Medical Care**, v. 49, n. 12, p. 1047–1053, 2011.
- \_\_\_\_\_. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **British Med J (Online)**, v. 344, n. 7851, 2012.
- ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 2, p. 195–200, 2006.
- ANDRADE, M. M. DE. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 10<sup>a</sup> ed. ed. São Paulo: Atlas, 2018.
- APPOLINARIO, R. S. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 1, p. 83–87, 2008.
- ARAÚJO, J. P. **Afastamento do trabalho: Absenteísmo e presenteísmo em uma instituição federal de ensino superior**. Dissertação (Mestrado) Universidade de Brasília, 123 p. 2012.
- BARBOSA, K. K. S.; VIEIRA, K. F. L.; VIRGÍNIO, N. A. Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos na assistência hospitalar. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 3, p. 515–522, 2012.
- BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev Latino Am Enferm**, v. 11, n. 2, p. 177–183, mar. 2003.
- BARGAS, E. B.; MONTEIRO, M. I. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de Enfermagem. **ACTA Paul Enferm**, v. 27, n. 6, p. 533–538, 2014.

BATISTA, K. DE M.; BIANCHI, E. R. F. Stress among emergency unit nurses. **Rev Latino Am Enferm**, v. 14, n. 4, p. 534–539, 2006.

BAYDOUN, M.; DUMIT, N.; DAOUK-ÖYRY, L. What do nurse managers say about nurses' sickness absenteeism? A new perspective. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 1, p. 97–104, 2016.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. DE. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Rev Latino Am Enferm**, v. 16, n. 1, p. 109–114, 2008.

BELANCIERI, M. F.; BIANCO, M. H. B. C. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 1, p. 124–131, 2004.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria Geral dos Sistemas**. Petrópolis: Vozes, 1975.

BORHANI, F. et al. Assessment of predictable productivity of nurses working in Kerman university of medical sciences' teaching hospitals via the dimensions of quality of work life. **Global jornal of Health Science**, v. 8, n. 10, p. 65–72, 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria Ministério do Trabalho e Emprego nº485, de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora nº32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.690, de 5 de novembro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde., 2009.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei N.º 5.452, de 1º de maio de 1943 que aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.**, 1943.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal** Presidência da República, 1988. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais**, 1990a. Disponível em:  
<<https://dre.pt/application/file/67508032>>

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**, 1990b. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego . **Portaria nº3.751, de 23 de novembro de 1990. Altera a Norma Regulamentadora nº17 - Ergonomia**, 1990c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT**. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº11.091, de 12 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a**

**estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Intituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Brasília, 2005b.**

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. 2009a.**

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009. Regulamenta o art. 206-A da Lei nº8.112, de 11 de dezembro de 1990 - Regime Jurídico da União, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores., 2009b.**

\_\_\_\_\_. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor. Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal - PASS. Brasília, 2010a.**

\_\_\_\_\_. **Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria Normativa nº 3, de 7 de maio de 2010. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor - NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Brasília, 2010b.**

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Série B. Textos Básicos em Saúde) Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.**

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST, 2011a.**

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2011b.**

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.915, de 12 de dezembro de 2011. Institui a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). Brasília, 2011c.**

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e atualiza a resolução nº196., 2012.**

\_\_\_\_\_. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria Normativa nº 3 de 25 de março de 2013. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgão e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administ Brasília, 2013.**

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Diretrizes Metodológicas: Diretrizes de Avaliação Econômica - 2º edição Brasília, 2014.**

\_\_\_\_\_. **Anuário Estatístico da Previdência Social AEPS 2016 Ministério da Fazenda. DATAPREV/INSS. Brasília : MF/DATAPREV: [s.n.].**

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN nº 543 de 18 de abril de 2017. Atualiza e**

estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília - DF, 2017a.

\_\_\_\_\_. **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal** Brasília Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, , 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 19 de 3 de julho de 2018. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de mama.**, 2018.

BREY, C. et al. O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do Sul do Brasil. **RECOM**, v. 7, n. e:1135, 2017.

CALIL, Â. S. G.; JERICÓ, M. DE C.; PERROCA, M. G. Management of human resources in nursing: Study of the interface age-absenteeism. **REME - Rev Min Enfer**, v. 19, n. 2, p. 79–85, 2015.

CAMPOS, E. C.; JULIANI, C. M. C. M.; PALHARES, V. C. Absenteeism in the nursing team at the emergency unit of a university hospital. **Rev Eletr Enferm**, v. 11, n. 2, p. 295–302, 2009.

CAMUCI, M. B. et al. Nursing Activities Score: nursing work load in a burns Intensive Care Unit. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 325–331, 2014.

CARDOSO, M. F.; CARDOSO, J. D. F.; SANTOS, S. R. DOS. O Impacto Da Rotatividade E Do Absenteísmo De Pessoal Sobre O Custo Do Produto: Um Estudo Em Uma Indústria Gaúcha. **Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade**, v. 3, n. 1, p. 107–121, 2013.

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas - a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 57, n. 1, p. 23–49, 2006.

CARNEIRO, T. M.; FAGUNDES, N. C. Absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem em unidade de terapia intensiva em hospital universitário. **Rev enferm UERJ**, v. 20, n. 1, p. 84–89, 2012.

CARUGNO, M. et al. Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1632–1642, set. 2012.

CARVALHO, L. S. F. et al. Motivos de afastamentos por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**, v. 9, n. 2, p. 60–66, 2010.

CAVALHEIRO, A. M.; MOURA JUNIOR, D. F.; LOPES, A. C. Stress in nurses working in intensive care units. **Rev Latino Am Enferm**, v. 16, n. 1, p. 29–35, 2008.

CEBALLOS-VÁSQUEZ, P. et al. Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. **Rev Latino Am Enferm**, v. 23, n. 2, p. 315–322, 2015.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos: O Capital Humano das Organizações**. 9. ed. [s.l.] Elsevier, 2009.

\_\_\_\_\_. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos**

**nas organizações.** 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CICONATO, A. et al. Estado de saúde e perfil ocupacional dos trabalhadores readequados e readaptados de uma universidade pública. **Revista de saúde pública do Paraná**, v. 17, n. 1, p. 49–55, 2016.

COFEN. **Decreto nº 94.486, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências** Brasília, 1987.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN nº293 de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados.**, 2004.

COOPER, C. L.; DEWE, P. Well-being-absenteeism, presenteeism, costs and challenges. **Occupational Med**, v. 58, p. 522–524, 2008.

COSTA, F. M. DA; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. DE. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 1, p. 38–44, 2009.

DAMART, S.; KLETZ, F. When the management of nurse absenteeism becomes a cause of absenteeism: A study based on a comparison of two health care facilities. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 1, p. 4–11, 2016.

DAVEY, M. M. et al. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: A systematic review. **Journal of Nursing Management**, 2009.

DE CONTERNO, L. O.; LOBO, J. A.; MASSON, W. The excessive use of urinary catheters in patients hospitalized in university hospital wards. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1087–1093, 2011.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho - Estudo de Psicopatologia do Trabalho.** 6. ed. [s.l.] Cortez Editora, 2015.

DUARTE, J.; PINTO-GOUVEIA, J. The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 28, p. 114–121, 2017.

DUCLAY, E. et al. Exploring the impact of staff absenteeism on patient satisfaction using routine databases in a university hospital. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 7, p. 9, 2014.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. The relation between work, health and living conditions: negativity and positivity in nursing work at a teaching hospital. **Rev Latino Am Enferm**, v. 14, n. 4, p. 517–525, 2006.

ENNS, V.; CURRIE, S.; WANG, J. L. Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. **Nursing Outlook**, v. 63, n. 3, p. 269–277, 2015.

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

FAKIH, F. T.; TANAKA, L. H.; CARMAGNANI, M. I. S. Nursing staff absences in the emergency room of a university hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.

25, n. 3, p. 378–385, 2012.

FANTAZIA, M. M. **Perfil do adoecimento dos trabalhadores de campus universitário do interior paulista: Análise dos dados de absenteísmo por motivo de doença.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu. São Paulo, 72 p. 2015.

FARIA, A. C. DE; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 14–20, 2005.

FARIAS, S. N. P. DE; ZEITOUNE, R. C. G. A Qualidade de Vida no Trabalho de Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 3, p. 487–493, 2007.

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em foco**, v. 3, n. 4, p. 178–181, 2012.

FERNANDES, L. C.; FERREIRA, M. C. Qualidade de vida no trabalho e risco de adoecimento- estudo no poder judiciário brasileiro. **Psicologia USP**, v. 26, n. 2, p. 296–306, 2015.

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

FERREIRA, E. V. et al. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do estado de Pernambuco. **Rev Rene**, v. 12, n. 4, p. 742–749, 2011.

FERREIRA, J. DA S. et al. Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de saúde da família. **J. res.: fundam. care. online**, v. 9, n. 3, p. 818–823, 2017.

FERREIRA, M. C. A ergonomia da atividade pode promover a Qualidade de Vida no Trabalho? Reflexões de natureza metodológica. **Rev Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 11, p. 8–20, 2011.

\_\_\_\_\_. **Qualidade de vida no trabalho. Uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores.** 2. ed. Brasília: Paralelo 15, 2012.

FERREIRA, N. V. Perfil da aposentadoria por invalidez em servidores públicos municipais do Rio de Janeiro de 1997 a 2008. p. 74, 2010.

FERREIRA, R. C. et al. A multifactorial approach to sickness absenteeism among nursing staff. **Rev de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 259–268, 2012.

FONSECA, R. M. C.; CARLOTTO, M. S. Saúde Mental e Afastamento do Trabalho em Servidores do Judiciário do Estado do Rio Grande do Sul. **Psicologia em Pesquisa UFJF**, v. 5, n. 02, p. 117–125, 2011.

FORMENTON, A.; MININEL, V. A.; LAUS, A. M. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde. **Revista Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 42–49, 2014.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. 1. **LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO**, 2006.

- FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 229–248, 2010.
- FREIRE, M. N.; COSTA, E. R. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho. **Rev Enferm Contemp**, v. 5, n. 1, 2016.
- FU, X. et al. Validation of the Chinese version of the quality of nursing work life scale. **Plos One**, v. 7, n. mai, 2015.
- FUGAÇA, M. P. A.; CUBAS, M. R.; CARVALHO, D. R. Use of balanced indicators as a management tool in nursing. **Rev Latino Am Enferm**, v. 23, n. 6, p. 1049–1056, 2015.
- FUGULIN, F. M.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação do HU-USP. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 4, p. 109–117, 2003.
- GABRIEL, C. S. et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Rev Latino Am Enferm**, v. 19, n. 5, p. 1247–1254, 2011.
- GAIDZINSKI, R. R. et al. Estudo das ausências da equipe de enfermagem num hospital geral de grande porte. **Rev Enferm Complexo HC/FMUSP**, v. 37, n. 4, p. 109–117, 2003.
- GALLIZA, T. A.; GOETTEN, A. S. Os benefícios da ginástica laboral na prevenção dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Ágora**, v. 17, n. 1, p. 56–61, 2010.
- GARCIA, P. C.; FUGULIN, F. M. T. Nursing care time and quality indicators for adult intensive care: correlation analysis. **Rev Latino Am Enferm**, v. 20, n. 4, p. 651–658, 2012.
- GAUDINE, A. et al. Effects of absenteeism feedback and goal-setting interventions on nurses' fairness perceptions, discomfort feelings and absenteeism. **Journal of Nursing Management**, v. 21, n. 3, p. 591–602, 2013.
- GEHRING JUNIOR, G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 3, p. 401–409, 2007.
- GIOMO, D. et al. Acidentes de Trabalho, Riscos Ocupacionais e Absenteísmo entre Trabalhadores de Enfermagem Hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 24–29, 2009.
- GOMES, A. R. et al. Absenteísmo de enfermagem em hospital público universitário. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 25, n. 3, p. 213–219, 2007.
- GOMES, D. C.; SILVA, L. B. E; SÓRIA, S. Condições e relações de trabalho no serviço público: o caso do governo Lula. **Rev. Sociol. Polít**, v. 20, n. 42, p. 167–181, 2012.
- GONÇALVES, J. R. DOS S. et al. Causas de afastamento entre trabalhadores de enfermagem em um hospital público do interior de São Paulo. **REME - Rev**

- Min Enfer**, v. 9, n. 4, p. 309–314, 2005.
- GONÇALVES, L. A. et al. Nursing allocation and adverse events/incidents in intensive care units. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. esp., p. 71–77, 2012.
- GRAZZIANO, E. S.; FERRAZ BIANCHI, E. R. Impacto del estrés ocupacional y burnout em enfermeros. **Enferm. glob.**, v. 18, p. 2–5, 2010.
- GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORRÊA FILHO, H. R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino Am Enferm**, v. 11, n. 5, p. 608–613, 2003.
- GVOZD, R. et al. Perfil ocupacional de trabalhadores de instituição universitária pública em pré-aposentadoria. **Ciência Cuid Saúde**, v. 13, n. 1, p. 43–48, 2014.
- HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. DA SI. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2001.
- HERNÁNDEZ-VICENTE, I. A. et al. Validación de una escala para medir la calidad de vida laboral en hospitales públicos de Tlaxcala. **Salud pública de México**, v. 59, n. 2, p. 183–192, 2017.
- HYEDA, A.; HANDAR, Z. Avaliação da produtividade na síndrome de burnout. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 9, n. 2, p. 78–84, 2011.
- INOUE, K. C. et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 2, p. 209–214, 2008.
- INSS. **Instrução Normativa INSS/DC nº98, de 5 de dezembro de 2003. Aprova norma técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos - LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT**. Brasília, DF., 2003.
- JODAS, D. A.; HADDAD, M. D. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 2, p. 192–197, 2009.
- JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Financial Expense Incurred by Medical Leaves of Health Professionals in Rondonia Public Hospitals, Brazil. **Rev Latino Am Enferm**, v. 18, n. 3, p. 406–412, 2010.
- KIMURA, M.; CARANDINA, D. M. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para validação da qualidade de vida no trabalho de enfermeiros hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. n. esp., p. 1044–1054, 2009.
- KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- \_\_\_\_\_. et al. Absenteeism of nursing staff: Decisions and actions of nurse managers. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. SpecialIssue2, p. 34–40, 2015.
- LANCMAN, S. et al. O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: Um estudo com agentes de trânsito. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 79–92, 2007.
- LARANJEIRA, C. A. O Contexto Organizacional e a Experiência de Estress: uma

- Perspectiva Integrativa. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 1, p. 123–133, 2009.
- LAUS, A. M.; ANSELMINI, M. L. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 681–689, 2008.
- LEE, Y.-W. et al. Psychometric properties of the Chinese-version quality of nursing work life scale. **Nursing and Health Sciences**, v. 16, p. 298–306, 2014.
- LEITÃO, I. M. T. DE A. et al. Absenteeism, turnover and indicators of quality control in nursing care: a transversal study. **Online braz j nurs**, v. 16, n. 1, p. 119–129, 2017.
- LELIS, C. M. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 477–482, 2012.
- LELLS, C. M. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **ACTA Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 477–482, 2012.
- LEMONS, M. DE C. E L.; RENNÓ, C. DE O.; PASSOS, J. P. Absenteísmo na equipe de enfermagem: uma revisão de literatura. **R. pesq.: cuid. fundam. online.**, n. ed. supl., p. 13–16, 2012.
- LEVORATO, C. D. et al. Factors associated with the demand for health services from a gender relational perspective. **Cien Saúde Colet**, v. 19, n. 4, p. 1263–1274, 2014.
- LIMA, E. DE F. A. et al. Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev Eletr Enferm**, v. 15, n. 4, p. 1000–1006, 2013.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. **Rev Bras Med Psicossomática**, v. 1, n. 2, p. 79–83, 1997.
- LINCH, G. F. C.; GUIDO, L. A. Estresse de enfermeiros em unidade de hemodinâmica no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 1, p. 63–71, 2011.
- LUCATELLI, O. A. **Atividade física, satisfação no trabalho e absenteísmo em contextos organizacionais: estudo da influência da atividade física na satisfação do trabalho e no absenteísmo em funcionários públicos administrativos**. Dissertação (Mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal, 88 p. 2014.
- LUCCA, S. R. DE; RODRIGUES, M. S. D. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Med Trab**, v. 13, n. 2, p. 76–82, 2015.
- MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enferm. foco (Brasília)**, v. 3, n. 3, p. 119–122, 2012.
- MAGALHAES, A. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Nursing Workload and Patient Safety: A mixed method study with an ecological restorative approach. **Rev Latino Am Enferm**, v. 21 Spec No, p. 146–154, 2013.
- MAGALHÃES, N. A. C. et al. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem

- no contexto hospitalar. **Rev enferm UERJ**, v. 19, n. 2, p. 224–230, 2011.
- MAGNAGO, T. SO. B. DE S. et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **ACTA Paul Enferm**, v. 23, n. 2, p. 187–193, 2010.
- MANTOVANI, V. M. et al. Research Absenteeism Due To Illness Among Nursing Professionals. **REME - Rev Min Enfer**, v. 19, n. 3, p. 641–646, 2015.
- MARQUES, D. DE O. et al. O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 5, p. 876–882, 2015.
- MARTINATO, M. C. N. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 1, p. 160–166, 2010.
- MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl. 1, p. 1553–1561, 2010.
- MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 8. ed. São Paulo: Difusão Editorial, 1982.
- MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 13–18, 2010.
- MENDES, R.; DIAS, E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 139–49, 1991.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde e Debate**, v. 27, n. 65, p. 316–23, 2003.
- MESQUITA, K. L. DE et al. A visão de enfermeiro/gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 1, p. 1019–1028, 2014.
- MININEL, V. A. et al. Workloads, strain processes and sickness absenteeism in nursing. **Rev Latino Am Enferm**, v. 21, n. 6, p. 1290–1297, 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº315, de 30 de março de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I**, 2016.
- MONTEIRO, J. K. et al. Adoecimento psíquico de trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva. **Psicol Ciênc Prof**, v. 33, n. 2, p. 366–379, 2013.
- MORADI, T.; MAGHAMINEJAD, F.; AZIZI-FINI, I. Quality of working life of nurses and its related factors. **Nurs Midwifery Stud**, v. 4, n. 3, p. 135–140, 2011.
- MORET, L. et al. Relationship between inpatient satisfaction and nurse absenteeism: an exploratory study using WHO-PATH performance indicators in France. **BMC Research Notes**, v. 5, n. 1, p. 83, 2012.
- MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de**

**Empresas**, v. 41, n. 3, p. 08-19, 2001.

MOTTA, P. R. DE M. O Estado da Arte da Gestão Pública. **RAE: Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 1, p. 82–90, 2013.

MOURA, G. M. S. S. DE; MAGALHÃES, A. M. M.; CHAVES, E. AURA H. B. O serviço de enfermagem hospitalar - apresentando esse gigante silencioso. **Rev Bras Enferm**, v. 54, n. 3, p. 482–493, 2001.

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

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Latino Am Enferm**, v. 13, n. 2, p. 255–261, 2005.

\_\_\_\_\_.; MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-am Enferm**, v. 13, n. 3, p. 364–373, 2005.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. n. esp., p. 14–20, 2007.

NAYERI, N. D.; SALEHI, T.; NOCHABI, A. A. A. Quality of work life: perceptions and direction. **Contemporary Nurse**, v. 39, n. 1, p. 106–118, 2011.

NICOLA, A. L.; BARBOZA, R. L.; MARASCHIN, M. S. **Índice de absenteísmo dos trabalhadores do serviço de enfermagem de um hospital universitário**. 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. **Anais...Cascavel: Unioeste - Campus Cascavel**, 2005

NITA, M. E. et al. **Avaliação de Tecnologias em Saúde: Evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NUNES, A. V. D. L.; LINS, S. L. B. Servidores Públicos Federais : uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 9, n. 1, p. 51–67, 2009.

OLIVEIRA, D. C. DE; XAVIER, J. L.; ARAÚJO, L. G. DE S. O processo de adoecimento da enfermagem. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 2, n. esp, p. 76–79, 2013.

OLIVEIRA, P. R. DE; TRISTÃO, R. M.; NEIVA, E. R. Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI-Neonatal. **Educação Profissional: Ciência e Tecnologia**, v. 1, n. 1, p. 27–37, 2006.

OLIVEIRA, F. P.; MAZZARIA, M. C.; MARCOLAN, J. F. Symptoms of depression and intervening factors among nurses of emergency hospital services. **ACTA Paul Enferm**, v. 28, n. 3, p. 209–215, 2015.

OLIVEIRA, J. E.; LAGE, K. R. Equipe de enfermagem e os riscos biológicos: norma regulamentadora 32 (NR-32). **Revista Enfermagem Integrada**, v. 4, n. 2, 2011.

OLIVEIRA, R. M. R. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito**

- Santo - CRST/ES.** Dissertação (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, 173 p. 2001.
- PADILHA, M. I. C. D. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 2, p. 292–300, 2006.
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, Á. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45–52, 2004.
- PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 55, n. 4, p. 392–398, 2002.
- PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ, C. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviço. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 371–383, 2010.
- PENOYER, A. D. Nurse staffing and patient outcomes in critical care: A concise review. **Critical Care Medicine**, v. 38, n. 7, p. 1521–1528, 2010.
- PINHEIRO, M. A. DE S. **Impacto econômico do absenteísmo de enfermagem por doença em um hospital universitário do Rio de Janeiro - RJ.** Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2012.
- PINTO, A. P. C. DE M. et al. Estresse no cotidiano dos profissionais de enfermagem: reflexos da rotina laboral hospitalar. **Rev Enferm UFSM**, v. 6, n. 4, p. 548–558, 2016.
- PORTELA, M. L. C.; ROSS, J. DE R. Work-related musculoskeletal disorders (MSD) and their association with working conditions of nursing. **Rev Enferm UFPI**, v. 4, n. 4, p. 82–87, 2015.
- PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 20, n. 2, supl.2, p. S47–S58, 2010.
- QUADROS, D. V. DE et al. Analysis of managerial and healthcare indicators after nursing personnel upsizing. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 4, p. 638–643, 2016.
- QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do Absenteísmo em Usina Siderúrgica. **Rev Bras de Saúde Ocupacional**, v. 10, n. 40, p. 62–67, 1982.
- RAFFERTY, A. M. et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 2, p. 175–182, 2007.
- RAJBHANDARY, S.; BASU, K. Working conditions of nurses and absenteeism: is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. **Health policy**, v. 97, n. 2–3, p. 152–159, 2010.
- RAMALHO, I. M. **Absenteísmo-doença, Custo Humano do Trabalho e Custo Econômico: A promoção de qualidade de vida no trabalho em questão em questão no setor público.** Dissertação (Mestrado) Universidade de Brasília, 159 p. 2017.
- RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Evaluation of quality of life

and depression in nursing technicians and nursing assistants. **Rev Latino Am Enferm**, v. 18, n. 3, p. 413–420, 2010.

RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 17, n. 1, p. 128–132, 2013.

ROCHA, S.; FELLI, V. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Rev Latino Am Enferm**, v. 12, n. 1, p. 28–35, 2004.

ROELEN, C. A. M. et al. Low job satisfaction does not identify nurses at risk of future sickness absence: Results from a Norwegian cohort study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 3, p. 366–373, 2013a.

ROELEN, C. A. M. et al. Physical and mental fatigue as predictors of sickness absence among Norwegian nurses. **Research in Nursing and Health**, v. 36, n. 5, p. 453–465, 2013b.

ROGENSKI, K. E.; FUGULIN, F. M. T. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 683–689, 2007.

ROSSO, S. D. **Mais trabalho!** 2ª reimpre ed. São Paulo: Bomtempo, 2015.

SANCINETTI, T. R. et al. Absenteeism - disease in the nursing staff: relationship with the occupation tax. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. esp2, p. 1277–1283, 2009.

\_\_\_\_\_. et al. Nursing staff absenteeism rates as a personnel management indicator. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 1007–1012, 2011.

SANDÍ, G. F. Presentismo: Potencialidad en accidentes de salud. **Acta médica costarricense**, v. 48, n. 1, p. 30–34, 2006.

SANTANA, L. L. et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 1, p. 64–70, 2013.

SANTOS, A. F.; ALVES JÚNIOR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em menstrandos de ciências da saúde. **Psicol Reflex Crit**, v. 20, n. 1, p. 104–113, 2007.

SANTOS, C. T. DOS et al. Pressure ulcer care quality indicator: analysis of medical records and incident report. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 1, p. 111–118, 2013.

SCHMIDT, D. R. C. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 330–337, 2009.

\_\_\_\_\_.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5, p. 701–707, 2012.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. suplemento 2, p. s95–s109, 1997.

SHADER, K. et al. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. **The Journal of nursing administration**, v. 31, n. 4, p. 210–216, 2001.

SHAWASHI, T. O. et al. Occupational-related back pain among Jordanian nurses: a descriptive study. **International Journal of Nursing Practice**, v. 21, n. 52, p. 108–114, 2015.

SHEN, J. et al. Professional quality of life: a cross-sectional survey among Chinese clinical nurses. **Nursing and Health Sciences**, v. 17, p. 507–515, 2015.

SILVA, D. DOS S. D. et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 1027–1036, 2015.

SILVA, D. M. P. P. DA; MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**, v. 5, n. Supl., p. 166–172, 2006.

SILVA, F. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Latino Am Enferm**, v. 8, n. 5, p. 44–51, 2000.

SILVA, L. G. et al. Absenteísmo por doenças de trabalhadores de enfermagem em um hospital público de média complexidade. **Rev Terra Cult**, v. 28, n. 55, p. 12–20, 2012.

SILVA, M. A. C.; LICORIO, A. M. DE O.; SIENA, O. Pressupostos legais à promoção à saúde do servidor público federal. **Revista de Administração e Negócios da Amazônia**, v. 6, n. 3, p. 89–108, 2014.

SILVEIRA, S. G.; GRISOTTI, M. Trabalho e saúde: Um estudo sobre o processo saúde-doença dos servidores de um hospital universitário. **Revista Trabalho e Transformação Social**, v. 2, n. 1, p. 18–27, 2011.

SOÁREZ, P. C.; SOARES, M. O.; NOVAES, H. M. D. Modelos de decisão para avaliações econômicas de tecnologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4209–4222, 2014.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 2, p. 156–160, 2005.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acopanhantes de clientes hospitalizados. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 1, p. 11–17, 2009.

STANSFELD, S. A.; FUHRER, R.; HEAD, J. Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 68, n. 6, p. 408–413, 2011.

TAUNTON, R. L. et al. Predictors of absenteeism among hospital staff nurses. **Nurs Econ**, v. 13, n. 4, p. 217–229, 1995.

TOLFO, S. DA R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 39–46, 2007.

TORRES, D. G.; BERNARDINO, E.; VILLADA, M. S. D. Administrando el factor humano: ausentismo de enfermería en unidad de medicina familiar. **Enfoque, Revista Científica de Enfermería**, v. XXI, n. 17, p. 48–57, 2017.

TRIPATHI, M. et al. Absenteeism among nurses in a tertiary care hospital in India. **Natl Med J India**, v. 23, n. 3, p. 143–146, 2010.

UMANN, J. et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem do contexto hospitalar. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n. 1, p. 184–190, 2011.

UMANN, J. .; GUIDO, L. A. .; GRAZZIANO, E. S. . Presenteeism in hospital nurses [Presenteísmo em enfermeiros hospitalares]. **Rev Latino Am Enferm**, v. 20, n. 1, p. 159–166, 2012.

UMANN, J.; GUIDO, L. DE A.; FREITAS, E. O. Produção de conhecimento sobre saúde e doença na equipe de enfermagem na assistência hospitalar. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n. 1, p. 162–168, 2011.

\_\_\_\_\_.; GUIDO, L. DE A.; SILVA, R. M. ARQUES DA. Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 891–898, 2014.

VAGHARSEYYEDIN, S. A.; VANAKI, Z.; MOHAMMADI, E. Quality of work life: experiences of Iranian nurses. **Nurs Health Sci**, v. 13, p. 65–75, 2011.

VALE, S. F. et al. Análise de diagnósticos associados às licenças médicas de servidores públicos do Ceará. **Revista de Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 68–81, 2015.

VARGAS, D. DE; DIAS, A. P. V. Depression prevalence in Intensive Care Unit nursing workers: a study at hospitals in a northwestern city of São Paulo State. **Rev Latino Am Enferm**, v. 19, n. 5, p. 1114–1121, 2011.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Caderno de pesquisas em Administração**, v. 8, n. 1, p. 23–35, 2001.

VIEIRA, F. S. et al. Estresse: Fatores desencadeadores no exercício profissional de enfermeiros. **Rev Enfem UFPI**, v. 2, n. 5, p. 55–59, 2013a.

VIEIRA, T. G. et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 2, p. 205–214, 2013b.

WADDELL, G.; BURTON, A K. Is Work Good Well-Being ? Good for Your Health. **The Stationery Office, United Kingdom**, p. 257, 2006.

WANG, S. M. et al. The relationships among work stress, resoucefulness, and depression level in psychiatric nurses. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 29, n. 1, p. 64–70, 2015.

ZBORIL-BENSON, L. R. Why nurses are calling in sick: the impact of health-care restructuring. **The Canadian journal of nursing research**, v. 33, n. 4, p. 89–107, 2001.

**Apêndice 1 – Roteiro para coleta sistemática dos dados sociodemográficos, profissionais e histórico de saúde**

Código de Identificação: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional:

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem

Auxiliar de Enfermagem

Sexo:

Feminino

Masculino

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

Ano de admissão na IFES: \_\_\_\_\_.

Registro de afastamentos:

Sim

Não

Em caso de resposta afirmativa:

CID

Quantidade de Dias

Ano

CID	Quantidade de Dias	Ano

## Apêndice 2 – Descrição das variáveis que compuseram a árvore de decisão

Variável	Descrição	Menor	Valor	Maior
		Valor	Definido	Valor
C_ABS_AUX	Custo do Absenteísmo de Auxiliares de Enfermagem	76,87	93,0	109,12
C_ABS_ENF	Custo do Absenteísmo de Enfermeiros	165,23	199,89	234,55
C_ABS_TEC	Custo do Absenteísmo de Técnicos de Enfermagem	96,71	116,99	137,28
D_ABS_AUX_A00_B99	Dias de absenteísmo CID A00-B99 em Auxiliares de Enfermagem	3,71	8,42	19,55
D_ABS_AUX_C00_D48	Dias de absenteísmo CID C00-D48 em Auxiliares de Enfermagem	1	36,3	71,61
D_ABS_AUX_F00_F99	Dias de absenteísmo CID F00-F99 em Auxiliares de Enfermagem	6,76	30,79	54,82
D_ABS_AUX_G00_G99	Dias de absenteísmo CID G00-G99 em Auxiliares de Enfermagem	14,5	39,78	65,06
D_ABS_AUX_I00_I99	Dias de absenteísmo CID I00-I99 em Auxiliares de Enfermagem	2,62	13,87	30,36
D_ABS_AUX_M00_M99	Dias de absenteísmo CID M00-M99 em Auxiliares de Enfermagem	4,11	13,14	30,39
D_ABS_AUX_Outros	Dias de Absenteísmo outros CIDs Auxiliar de Enfermagem	3,86	11,74	27,34
D_ABS_AUX_S00_T98	Dias de absenteísmo CID S00-T98 em Auxiliares de Enfermagem	0,63	32,93	65,23
D_ABS_ENF_C00_D48	Dias de absenteísmo CID C00-D48 em Enfermeiros	1,52	23,5	48,52
D_ABS_ENF_F00_F99	Dias de absenteísmo CID F00-F99 em Enfermeiros	15,35	39,83	64,31
D_ABS_ENF_M00_M99	Dias de absenteísmo CID M00-M99 em Enfermeiros	1,19	25,24	49,29
D_ABS_ENF_O00_O99	Dias de absenteísmo CID O00-O99 em Enfermeiros	2,72	9,83	16,94
D_ABS_ENF_Outros	Dias de Absenteísmo Outros CIDs Enfermeiros	2,37	4,97	12,31
D_ABS_ENF_S00_T98	Dias de absenteísmo CID S00-T98 em Enfermeiros	1,3	13,85	29
D_ABS_TEC_C00_D48	Dias de absenteísmo CID C00-D48 em Técnicos de Enfermagem	10,21	49,36	88,51
D_ABS_TEC_F00_F99	Dias de absenteísmo CID F00-F99 em Técnicos de Enfermagem	11,44	38,95	66,46
D_ABS_TEC_M00_M99	Dias de absenteísmo CID M00-M99 em Técnicos de Enfermagem	4,29	20,03	44,35
D_ABS_TEC_Outros	Dias de Absenteísmo outros CIDs Técnicos de Enfermagem	4,3	10,37	25,04
P_Cid_AUX_A00_B99	Probabilidade CID A00-B99 em Auxiliares de Enfermagem	0,05868	0,0652	0,07172
P_Cid_AUX_C00_D48	Probabilidade CID C00-D48 em Auxiliares de Enfermagem	0,06651	0,0739	0,08129
P_Cid_AUX_F00_F99	Probabilidade CID F00-F99 em Auxiliares de Enfermagem	0,14967	0,1663	0,18293
P_Cid_AUX_G00_G99	Probabilidade CID G00-G99 em Auxiliares de Enfermagem	0,05103	0,0567	0,06237
P_Cid_AUX_I00_I99	Probabilidade CID I00-I99 em Auxiliares de Enfermagem	0,07884	0,0876	0,09636
P_Cid_AUX_M00_M99	Probabilidade CID M00-M99 em Auxiliares de Enfermagem	0,09171	0,1019	0,11209
P_Cid_AUX_S00_T98	Probabilidade CID S00-T98 em Auxiliares de Enfermagem	0,24156	0,2684	0,29524

<b>P_Cid_ENF_C00_D48</b>	Probabilidade CID C00-D48 em Enfermeiros	0,10782	0,1198	0,13178
<b>P_Cid_ENF_F00_F99</b>	Probabilidade CID F00-F99 em Enfermeiros	0,27405	0,3045	0,33495
<b>P_Cid_ENF_M00_M99</b>	Probabilidade CID M00-M99 em Enfermeiros	0,26775	0,2975	0,32725
<b>P_Cid_ENF_O00_O99</b>	Probabilidade CID O00-O99 em Enfermeiros	0,05076	0,0564	0,06204
<b>P_Cid_ENF_S00_T98</b>	Probabilidade CID S00-T98 em Enfermeiros	0,05562	0,0618	0,06798
<b>P_Cid_TEC_C00_D48</b>	Probabilidade CID C00-D48 em Técnicos de Enfermagem	0,11142	0,1238	0,13618
<b>P_Cid_TEC_F00_F99</b>	Probabilidade CID F00-F99 em Técnicos de Enfermagem	0,35163	0,3907	0,42977
<b>P_Cid_TEC_M00_M99</b>	Probabilidade CID M00-M99 em Técnicos de Enfermagem	0,21789	0,2421	0,26631
<b>P_OutrosCID_AUX</b>	Probabilidade Outros CIDS Auxiliares de Enfermagem	0,162	0,180	0,198
<b>P_OutrosCID_ENF</b>	Probabilidade Outros CIDS Enfermeiros	0,144	0,160	0,176
<b>P_OutrosCID_TEC</b>	Probabilidade Outros CIDS Técnicos de Enfermagem	0,21906	0,2434	0,26774

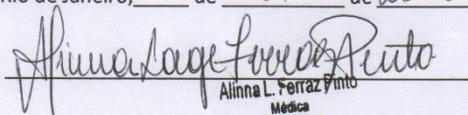
Fonte: Dados da pesquisa.

### Apêndice 3 – Carta de anuência à chefia do Setor de Perícias

#### TERMO DE ANUÊNCIA

A Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE) da Universidade Federal do Estado de Rio de Janeiro (UNIRIO) está de acordo com a utilização dos dados relativos ao absenteísmo dos servidores extraídos do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) para a execução do projeto "ANÁLISE DO CUSTO REAL DO ABSENTEÍSMO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO", coordenado pelo pesquisador Érika Almeida Alves Pereira, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências – Doutorado (PPGENFBIO/UNIRIO), e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 29 de 06 de 2018

  
Alinna L. Ferraz Pinto  
Médica  
52 83333-8

Alinna Lage Ferraz Pinto

Chefe do Setor de Perícias em Saúde

## Apêndice 4 – Carta de anuência à Pró-Reitoria de gestão de pessoas

### TERMO DE ANUÊNCIA

A Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE) da Universidade Federal do Estado de Rio de Janeiro (UNIRIO) está de acordo com a utilização dos dados relativos ao absenteísmo dos servidores extraídos do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) para a execução do projeto “ANÁLISE DO CUSTO REAL DO ABSENTEÍSMO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”, coordenado pelo pesquisador Érika Almeida Alves Pereira, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências – Doutorado (PPGENFBIO/UNIRIO), e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

  
Carlos Antonio Guilhon Lopes  
Pró-Reitor de Gestão de Pessoas  
SIAPE 397429 Carlos Guilhon

Pró-Reitor de Gestão de Pessoas - UNIRIO

## Apêndice 5 – Pedido de dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Érika Almeida Alves Pereira, pesquisador(a) responsável pela pesquisa intitulada “ANÁLISE DO CUSTO REAL DO ABSENTEÍSMO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012** do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e em suas complementares.

Solicito a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo fato de tratar-se de um estudo que se utilizará de um banco de dados para subsidiar sua coleta de dados. A coleta constará de consulta aos prontuários de saúde (físico e eletrônico) dos servidores da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), junto ao Setor de Perícia em Saúde. Serão coletadas, exclusivamente, informações relacionadas às licenças médicas homologadas. Assegura-se que não serão utilizadas informações que possam identificar ou causar quaisquer prejuízos aos participantes. Ressalto que a instituição já foi consultada e está de acordo com a realização do projeto, tendo autorizado sua execução através de Termo de Anuência.

Assumo mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas no(s) prontuários do(s) **participantes** (s) da pesquisa, assegurando a confidencialidade e a privacidade dos mesmos, sendo garantido que em momento algum da pesquisa serão divulgadas informações que possam, de alguma forma, identificar os participantes.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Érika Almeida Alves Pereira  
Pesquisadora Responsável

## Apêndice 6 – Tabelas de distribuição de ocorrências de licenças médicas por outros CIDs

Tabela 8 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 – B99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

A00 – B99: Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
A00 – A09: Doenças Infecciosas Intestinais	2	10	5 ±5,65	17,54	7	8	1,14 ±0,37	12,50	13	24	1,84 ±1,06	3,75
A15 – A19: Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	4	120	30 ±17,14	18,75
A20 – A28: Algumas Doenças Bacterianas Zoonóticas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33	33 ±0	5,15
A50 – A64: Infecções de Transmissão Predominantemente Sexual	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	4 ±0	0,63
A90 – A99: Febre por Arbovírus e Febres Hemorrágicas Virais	1	7	7 ±0	12,30	3	7	2,33 ±1,15	10,94	14	214	15,28 ±16,12	33,44
B00 – B09: Infecções Virais Caracterizadas por Lesões de Pele e Mucosas	-	-	-	-	2	18	9 ±2,82	28,12	3	44	14,66 ±0,57	6,87
B15 – B19: Hepatite Viral	-	-	-	-	-	-	-	-	2	25	12,5 ±12,02	3,91
B25 – B34: Outras Doenças por Vírus	6	35	5,83 ±4,87	61,40	5	26	5,2 ±7,19	40,63	36	158	4,38 ±3,49	24,69
B85 – B89: Pediculose, Acariase e Outras Infecções	-	-	-	-	1	5	5 ±0	7,81	2	18	9 ±1,41	2,81
B95 – B97: Agentes de Infecções Bacterianas, Virais e Outros Agentes Infecciosos	1	5	5 ±0	8,77	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL:</b>	<b>10</b>	<b>57</b>	<b>5,7 ±4,13</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>64</b>	<b>3,55 ±4,46</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>640</b>	<b>8,42 ±11,13</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 9 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50 – D89) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

D50 – D89: Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
D50 – D53: Anemias Nutricionais	-	-	-	-	-	-	-	-	1	60	60 ±0	92,31
D55 – D59: Anemias Hemolíticas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	5 ±0	7,69
<b>TOTAL:</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>2</b>	<b>65</b>	<b>32,5 ±38,89</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 10 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 – E90) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

E00 – E90: Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
E10 – E14: Diabetes Mellitus	-	-	-	-	-	-	-	-	10	268	26,8 ±18,81	58,90
E65 – E68: Obesidade e Outras Formas de Hiperalimentação	1	30	30 ±0	100	1	30	30 ±0	100	2	61	30,5 ±0,70	13,41
E70 – E90: Distúrbios Metabólicos	-	-	-	-	-	-	-	-	5	126	25,2 ±22,36	27,69
<b>TOTAL:</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>30 ±0</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>30 ±0</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>455</b>	<b>26,76 ±18,07</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 11 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo VI: Doenças do sistema nervoso (G00 – G99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

G00 – G99: Doenças do Sistema Nervoso	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
<b>G40 – G47: Transtornos Episódicos e Paroxísticos</b>	4	4	1 ±0	100	4	6	1,5 ±0,57	100	1	2	2 ±0	0,36
<b>G50 – G59: Transtornos dos Nervos, das Raízes e dos Plexos Nervosos</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	13	555	42,69 ±23,75	99,64
<b>TOTAL:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1 ±0</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>1,5 ±0,57</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>557</b>	<b>39,78 ±25,28</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 12 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 – H95) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

H60 – H95: Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
<b>H65 – H75: Doenças do Ouvido Médio e da Mastoide</b>	-	-	-	-	1	1	1 ±0	9,09	2	2	1 ±0	11,11
<b>H80 – H83: Doenças do Ouvido Interno</b>	5	15	3 ±2	100	3	10	3,33 ±2,08	90,91	4	16	4 ±6	90,91
<b>TOTAL:</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>3 ±2</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>2,75 ±2,06</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>3 ±4,89</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 13 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo VII: Doenças do olho e anexos (H00 – H59) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

H00 – H59: Doenças do Olho e Anexos	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
H00 – H06: Transtornos de Pálpebra, do Aparelho Lacrimal e da Órbita	-	-	-	-	1	14	14 ±0	21,21	1	13	13 ±0	7,26
H10 – H13: Transtornos da Conjuntiva	3	13	4,33 ±2,3	41,94	4	19	4,75 ±2,06	28,79	6	60	10 ±9,87	33,52
H15 – H22: Transtornos de Esclerótida, da Córnea, da Íris e do Corpo Ciliar	-	-	-	-	-	-	-	-	1	13	13 ±0	7,26
H25 – H28: Transtornos do Cristalino	-	-	-	-	2	33	16,5 ±19,09	50,0	2	60	30 ±25,45	33,52
H40 – H42: Glaucoma	-	-	-	-	-	-	-	-	3	25	8,33 ±1,52	13,97
H55 – H59: Outros Transtornos do Olho e Anexos	3	18	6 ±3,61	58,06	-	-	-	-	1	8	8 ±0	4,47
<b>TOTAL:</b>	<b>6</b>	<b>31</b>	<b>5,16 ±2,85</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>66</b>	<b>9,42 ±9,88</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>179</b>	<b>12,78 ±11,96</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 14 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório (I00 – I99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

I00 – I99: Doenças do Aparelho Circulatório	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
I10 – I15: Doenças Hipertensivas	7	16	2,28 ±1,70	23,19	1	2	2 ±0	5,13	28	168	6 ±11,33	19,53
I20 – I25: Doenças Isquêmicas do Coração	-	-	-	-	1	36	36±0	92,31	4	31	7,75 ±4,85	3,61
I30 – I52: Outras Formas de Doença do Coração	2	46	23 ±9,9	66,66	1	1	1 ±0	2,56	7	113	16,14 ±13,77	13,14
I60 – I69: Doenças Cerebrovasculares	-	-	-	-	-	-	-	-	12	367	30,58 ±22,27	42,67
I80 – I89: Doenças das Veias, dos Vasos Linfáticos e dos Gânglios Linfáticos, não Classificados em Outra Parte	2	4	2 ±1,41	5,80	-	-	-	-	11	181	16,45 ±10,52	21,05
I95 – I99: Outros Transtornos, e os não Especificados do Aparelho Circulatório	1	3	3 ±0	4,35	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL:</b>	<b>12</b>	<b>69</b>	<b>5,75 ±8,69</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>39</b>	<b>13 ±19,92</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>860</b>	<b>13,87 ±16,49</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 15 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo X: Doenças do aparelho respiratório (J00 – J99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

J00 – J99: Doenças do Aparelho Respiratório	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
<b>J00 – J06: Infecções Agudas da Vias Aéreas Superiores</b>	17	28	1,64 ±0,80	<b>75,68</b>	7	34	4,85 ±3,48	<b>65,38</b>	7	24	3,42 ±3,99	<b>25,26</b>
<b>J09 – J18: Influenza [Gripe] e Pneumonia</b>	3	6	2 ±1	<b>16,22</b>	2	12	6 ±1,41	<b>23,08</b>	7	45	6,42 ±3,55	<b>47,37</b>
<b>J30 – J39: Outras Doenças das Vias Aéreas Superiores</b>	1	1	1 ±0	<b>2,70</b>	2	6	3 ±0	<b>11,54</b>	2	9	4,5 ±3,53	<b>9,47</b>
<b>J40 – J47: Doenças Crônicas das Vias Aéreas Inferiores</b>	1	2	2 ±0	<b>5,40</b>	-	-	-	-	3	13	4,33 ±3,21	<b>13,69</b>
<b>J60 – J70: Doenças Pulmonares devidas a Agentes Externos</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	4 ±0	<b>4,21</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>1,68 ±0,77</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>52</b>	<b>4,72 ±2,90</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>95</b>	<b>4,75 ±3,53</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 16 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo (K00 – K93) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

K00 – K93: Doenças do Aparelho Digestivo	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
<b>K00 – K14: Doenças da Cavidade Oral, das Glândulas Salivares e dos Maxilares</b>	6	16	2,66 ±1,36	<b>20,78</b>	1	2	2 ±0	<b>3,51</b>	1	5	5 ±0	<b>4,72</b>
<b>K20 – K31: Doenças do Esôfago, do Estômago e do Duodeno</b>	3	3	1 ±0	<b>3,90</b>	3	33	11 ±16,46	<b>57,9</b>	2	3	1,5 ±0,70	<b>2,83</b>
<b>K35 – K38: Doenças do Apêndice</b>	1	15	15 ±0	<b>19,48</b>	-	-	-	-	1	15	15 ±0	<b>14,15</b>
<b>K40 – K46: Hérnias</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	3	59	19,66 ±8,96	<b>55,66</b>
<b>K50 – K52: Enterites e Colites Não-Infeciosas</b>	2	3	1,5 ±0,7	<b>3,90</b>	2	2	1 ±0	<b>3,51</b>	4	14	3,5 ±2,38	<b>13,21</b>
<b>K55 – K63: Outras Doenças dos Intestinos</b>	4	23	5,75 ±6,39	<b>29,87</b>	2	19	9,5 ±0,70	<b>33,33</b>	2	10	5 ±0	<b>9,43</b>
<b>K80 – K87: Transtornos de Vesícula Biliar, das Vias Biliares e do Pâncreas</b>	1	16	16 ±0	<b>20,78</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>K90 – K93: Outras Doenças do Aparelho Digestivo</b>	1	1	1 ±0	<b>1,29</b>	1	1	1 ±0	<b>1,75</b>	-	-	-	-
<b>TOTAL:</b>	<b>18</b>	<b>77</b>	<b>4,2 ±5,24</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>57</b>	<b>6,33 ±9,56</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>106</b>	<b>8,15 ±8,30</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 17 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 – L99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

L00 – L99: Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
L20 – L30: Dermatite e Eczema	-	-	-	-	-	-	-	-	1	16	16 ±0	40,0
L40 – L45: Afecções Pápulo-Descamativas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	15	15 ±0	37,5
L50 – L54: Urticária e Eritema	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7	7 ±0	17,5
L55 – L59: Transtorno da Pele e do Tecido Subcutâneo Relacionado com a Radiação	-	-	-	-	1	5	5 ±0	100	-	-	-	-
L60 – L75: Afecções dos Anexos da Pele	1	1	1 ±0	100	-	-	-	-	2	2	1 ±0	5,0
<b>TOTAL:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1±0</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5 ±0</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>40</b>	<b>8 ±7,28</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 18 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XX: Causas externas de morbidade e da mortalidade (V01 – Y98) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

V01 – Y98: Causas Externas de Morbidade e da Mortalidade	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ± DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
X85 – Y09: Agressões	-	-	-	-	1	5	5 ±0	100	-	-	-	-
Y40 – Y84: Complicações de Assistência Médica e Cirúrgica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	5 ±0	100
<b>TOTAL:</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5 ±0</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5 ±0</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 19 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário (N00 – N99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

N00 – N99: Doenças do Aparelho Geniturinário	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
<b>N10 – N16: Doenças Renais Túbulo-Intesticiais</b>	-	-	-	-	2	107	53,5 ±13,43	<b>60,11</b>	1	7	7 ±0	<b>2,89</b>
<b>N20 – N23: Calculose Renal</b>	1	3	3 ±0	<b>2,36</b>	5	32	6,4 ±12,07	<b>17,98</b>	4	45	11,25 ±5,61	<b>18,6</b>
<b>N25 – N29: Outros Transtornos do Rim e do Ureter</b>	-	-	-	-	1	30	30 ±0	<b>16,85</b>	-	-	-	-
<b>N30 – N39: Outras Doenças do Aparelho Urinário</b>	3	3	1 ±0	<b>2,36</b>	1	3	3 ±0	<b>1,69</b>	6	9	1,5 ±1,22	<b>3,72</b>
<b>N60 – N64: Doenças da Mama</b>	4	120	30 ±0	<b>94,49</b>	-	-	-	-	5	68	13,6 ±10,89	<b>28,1</b>
<b>N80 – N98: Transtornos Não-Inflamatórios do Trato Genital Feminino</b>	1	1	1 ±0	<b>0,79</b>	3	6	2 ±1	<b>3,37</b>	8	113	14,12 ±20,23	<b>46,69</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>9</b>	<b>127</b>	<b>14,11 ±15,08</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>178</b>	<b>14,83 ±21,26</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>242</b>	<b>10,08 ±13,33</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 20 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (O00 – O99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

O00 – O99: Gravidez, Parto e Puerpério	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ± DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
<b>O00 – O08: Gravidez que Termina em Aborto</b>	5	71	14,2 ±7,79	<b>40,11</b>	-	-	-	-	1	30	30 ±0	<b>9,58</b>
<b>O10 – O16: Edema, Proteinúria e Transtornos Hipertensivos na Gravidez, no Parto e Puerpério</b>	2	21	10,5 ±6,36	<b>11,87</b>	-	-	-	-	4	191	47,75 ±34,64	<b>61,02</b>
<b>O20 – O29: Outros Transtornos Maternos Relacionados Predominantemente com a Gravidez</b>	11	85	7,72 ±6,57	<b>48,02</b>	2	72	36 ±45,25	<b>36,73</b>	3	66	22 ±25,23	<b>21,09</b>
<b>O30 – O48: Assistência Prestada à Mãe por Motivos Ligados ao Feto e à Cavidade Amniótica e por Possíveis Problemas Relativos ao Parto</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	2	26	13 ±2,82	<b>8,31</b>
<b>O60 – O75: Complicações do Trabalho de Parto e do Parto</b>	-	-	-	-	4	124	31 ±11,16	<b>63,27</b>	-	-	-	-
<b>TOTAL:</b>	<b>18</b>	<b>177</b>	<b>9,83 ±7,11</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>196</b>	<b>32,66 ±22,16</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>313</b>	<b>31,3 ±27,68</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 21 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratoriais, não classificados em outra parte (R00 – R99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

R00 – R99: Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratórios, não Classificados em Outra Parte	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ± DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
R00 – R09: Sintomas e Sinais Relativos ao Aparelho Circulatório e Respiratório	1	14	14 ±0	77,78	2	4	2 ±1,41	4,82	6	20	3,33 ±3,38	16,4
R10 – R19: Sintomas e Sinais Relativos ao Aparelho Digestivo e ao Abdome	1	1	1 ±0	5,55	1	54	54 ±0	65,06	2	16	8 ±9,89	13,11
R20 – R23: Sintomas e Sinais Relativos à Pele e ao Tecido Subcutâneo	-	-	-	-	1	19	19 ±0	22,89	1	16	16 ±0	13,11
R30 – R39: Sintomas e Sinais Relativos ao Aparelho Urinário	-	-	-	-	-	-	-	-	3	63	21 ±15,58	51,64
R50 – R69: Sinais e Sintomas Gerais	3	3	1 ±0	16,67	2	6	3 ±2,82	7,23	5	7	1,4 ±0,54	5,74
<b>TOTAL:</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>3,6 ±5,81</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>83</b>	<b>18,33 ±20,80</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>122</b>	<b>7,17 ±9,84</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 22 - Distribuição da ocorrência de licenças médicas e dias de afastamentos entre os anos de 2015 a 2017 das categorias: Enfermeiros, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, segundo o Capítulo XXI: Fatores que influenciam estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 – Z99) da Classificação Internacional da Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – HU - Rio de Janeiro, 2018.

Z00 – Z99: Fatores que Influenciam Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	Enfermeiro				Técnico de Enfermagem				Auxiliar de Enfermagem			
	N	N (Dias)	Média ± DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%	N	N (Dias)	Média ±DP	%
<b>Z00 – Z13: Pessoas em Contato com os Serviços de Saúde para Exame e Investigação</b>	-	-	-	-	3	8	2,66 ±2,08	<b>12,31</b>	8	8	1 ±0	<b>6,2</b>
<b>Z30 – Z39: Pessoas em Contato com os Serviços de Saúde em Circunstâncias Relacionadas com a Reprodução</b>	4	8	2 ±2	<b>22,22</b>	1	5	5 ±0	<b>7,69</b>	-	-	-	-
<b>Z40 – Z54: Pessoas em Contato com os Serviços de Saúde para Procedimentos e Cuidados Específicos</b>	4	28	7 ±5,65	<b>77,78</b>	1	45	45 ±0	<b>69,23</b>	12	116	9,66 ±14,15	<b>89,92</b>
<b>Z80 – Z99: Pessoas com Riscos Potenciais à Saúde Relacionados com Histórico Familiar e Pessoal e Algumas Afecções que Influenciam o Estado de Saúde</b>	-	-	-	-	1	7	7 ±0	<b>10,77</b>	1	5	5 ±0	<b>3,88</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>8</b>	<b>36</b>	<b>5,4 ±4,75</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>65</b>	<b>10,83 ±16,88</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>129</b>	<b>6,14 ±11,32</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

**Anexo 1 – Estrutura de vencimento básico do PCCTAE a partir de 1º de janeiro de 2017.**

Níveis			A				B				C				D				E																	
Classes de Capacitação	Valor		I	II	III	IV																														
Piso AI	P01 R\$	1.326,72	1																																	
	P02 R\$	1.378,46	2	1																																
	P03 R\$	1.432,22	3	2	1																															
	P04 R\$	1.488,08	4	3	2	1																														
	P05 R\$	1.546,11	5	4	3	2																														
Piso BI	P06 R\$	1.606,41	6	5	4	3	1																													
	P07 R\$	1.669,06	7	6	5	4	2	1																												
	P08 R\$	1.734,15	8	7	6	5	3	2	1																											
	P09 R\$	1.801,79	9	8	7	6	4	3	2	1																										
	P10 R\$	1.872,06	10	9	8	7	5	4	3	2																										
Piso CI	P11 R\$	1.945,07	11	10	9	8	6	5	4	3	1																									
	P12 R\$	2.020,92	12	11	10	9	7	6	5	4	2	1																								
	P13 R\$	2.099,74	13	12	11	10	8	7	6	5	3	2	1																							
	P14 R\$	2.181,63	14	13	12	11	9	8	7	6	4	3	2	1																						
	P15 R\$	2.266,71	15	14	13	12	10	9	8	7	5	4	3	2																						
	P16 R\$	2.355,12	16	15	14	13	11	10	9	8	6	5	4	3																						
Piso DI	P17 R\$	2.446,96		16	15	14	12	11	10	9	7	6	5	4	1																					
	P18 R\$	2.542,40			16	15	13	12	11	10	8	7	6	5	2	1																				
	P19 R\$	2.641,55				16	14	13	12	11	9	8	7	6	3	2	1																			
	P20 R\$	2.744,57					15	14	13	12	10	9	8	7	4	3	2	1																		
	P21 R\$	2.851,61						16	15	14	13	11	10	9	8	5	4	3	2																	
	P22 R\$	2.962,82							16	15	14	12	11	10	9	6	5	4	3																	
	P23 R\$	3.078,37								16	15	13	12	11	10	7	6	5	4																	
	P24 R\$	3.198,43									16	14	13	12	11	8	7	6	5																	
	P25 R\$	3.323,17										15	14	13	12	9	8	7	6																	
	P26 R\$	3.452,77											16	15	14	13	10	9	8	7																
	P27 R\$	3.587,43												16	15	14	11	10	9	8																
	P28 R\$	3.727,34													16	15	12	11	10	9																
	P29 R\$	3.872,70														16	13	12	11	10																
	P30 R\$	4.023,74															14	13	12	11																
Piso EI	P31 R\$	4.180,66																15	14	13	12	1														
	P32 R\$	4.343,71																	16	15	14	13	2	1												
	P33 R\$	4.513,12																		16	15	14	3	2	1											
	P34 R\$	4.689,13																			16	15	4	3	2	1										
	P35 R\$	4.872,00																				16	5	4	3	2										
	P36 R\$	5.062,01																					6	5	4	3										
	P37 R\$	5.259,43																						7	6	5	4									
	P38 R\$	5.464,55																							8	7	6	5								
	P39 R\$	5.677,66																								9	8	7	6							
	P40 R\$	5.899,09																									10	9	8	7						
	P41 R\$	6.129,16																										11	10	9	8					
	P42 R\$	6.368,20																											12	11	10	9				
	P43 R\$	6.616,56																												13	12	11	10			
	P44 R\$	6.874,60																													14	13	12	11		
	P45 R\$	7.142,71																														15	14	13	12	
	P46 R\$	7.421,28																															16	15	14	13
	P47 R\$	7.710,71																																16	15	14
	P48 R\$	8.011,42																																	16	15
	P49 R\$	8.323,87																																		16

**Anexo 2 – Tabela de percentual de incentivo a qualificação a partir de 1º de janeiro de 2013**

Nível de escolaridade formal superior ao previsto para o exercício do cargo (curso reconhecido pelo Ministério da Educação)	Área de conhecimento com relação direta	Área de conhecimento com relação indireta
Ensino fundamental completo	10%	-
Ensino médio completo	15%	-
Ensino médio profissionalizante ou ensino médio com curso técnico completo	20%	10%
Curso de graduação completo	25%	15%
Especialização, com carga horária igual ou superior a 360h	30%	20%
Mestrado	52%	35%
Doutorado	75%	50%