

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENGENHARIA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM ENGENHARIA**

**AVALIAÇÃO DA DEMANDA ERGONÔMICA E O ABSENTEÍSMO
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO DE CASO**

Sueli Ferreira dos Santos

Porto Alegre

2004

Sueli Ferreira dos Santos

**AVALIAÇÃO DA DEMANDA ERGONÔMICA E O ABSENTEÍSMO
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO DE CASO**

**Trabalho de Conclusão do Curso de
Mestrado Profissionalizante em En-
genharia do como requisito parcial
à obtenção do título de Mestre em
Engenharia - Modalidade Profissio-
nalizante.**

Orientadora: Prof^a. PhD, Lia Buarque de Macedo Guimarães

Porto Alegre, 2004

Este Trabalho de Conclusão foi analisado e julgado adequado para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pelo Coordenador do Mestrado Profissionalizante em Engenharia, Escola de Engenharia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Prof^a. Lia Buarque de Macedo Guimarães,
PhD, CPE**

Orientadora

Escola de Engenharia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Helena Beatriz Bettella Cybis, Dra.

Coordenadora

Escola de Engenharia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Eva Néri Pedro

EENF/UFRGS

Prof. Dr. Paulo Antonio Barros Oliveira

CEDOP/UFRGS

Prof^a Dra. Thaís de Lima Resende

UNISINOS

DEDICATÓRIA

Esta dissertação é dedicada a Deus, aos meus pais, Sebastião Ferreira dos Santos, Maria Ribeiro dos Santos e ao meu filho Marcos Vinícius Ferreira Baratieri pelo amor, incentivo e apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que com sua amizade contribuíram para a elaboração desta dissertação. Equipe de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva, Equipe do RH e SESMT, em especial a Dra. Carla M. Giublin, DR. Clodoaldo Turbay Braga, David Baratieri, Dilmar Frezzer de Jesus, Lia Buarque de Macedo Guimarães, Ir. Lourdes Margarida Thomé, Marli Aparecida Rocha de Souza, Dr. Sérgio Murilo Regula Espósito, Walderes Aparecida Filus.

RESUMO

Esta dissertação aborda o trabalho da equipe de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva hospitalar, avaliando os constrangimentos impostos a estes trabalhadores e o absenteísmo. A determinação da demanda ergonômica foi realizada com base na proposta do Design Macroergonomica (DM) proposta por Fogliatto e Guimarães (1999). O DM é um método desenvolvido para auxiliar no projeto ergonômico de produtos e postos de trabalho, tem como base a macroergonomia e ergonomia participativa. Os dados de absenteísmo desta população foram coletados e tabulados, utilizando para cálculo dos índices de absenteísmo a proposta de Chiavenato (2002). As utilizações de duas ferramentas para análise, em conjunto, mostraram que existe diferença significativa entre os postos de trabalho das Unidades de Terapia Intensiva (Geral, Cardíaca e Neonatal/Pediátrica). Esta correlação dos índices de Absenteísmo com a demanda ergonômica possibilitou compreender melhor a dinâmica do trabalho da equipe de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva e subsidiar com bases mais sólidas sugestões de melhorias necessárias.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Absenteísmo.

ABSTRACT

This dissertation approaches the nursing team's work in Intensive Therapy Units in hospitals, evaluating the embarrassment imposed to these workers and the absenteeism. The determination of the ergonomic demand was carried out based on the Macroergonomic Design (MD) proposal by Fogliatto and Guimarães (1999). MD is a method developed for assistance in the ergonomic project of products and work positions. It is based on the macroergonomy and participative ergonomomy. This population's abseteeism data were collected and classified, with the utilization of Chiavenatto's proposal (2002) to estimate the abseteeism index. The use of two analysis tools, together, showed that there is a meaningful difference between the work positions of the Intensive Therapy Units (General, Cardiac and Neonatal/Pediatic).This Absenteeism index correlation with the ergonomic demand, enabled a better correlation of the nursing team's work dynamics in the Intensive Therapy Units and an aid, with more solid base, to the necessary improvement suggestions.

Key-words: Nursing Team's. Intensive Therapy Units. Absenteeism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Modelo de Escala para Resposta do Questionário.....	54
Figura 02	Itens de Demanda Ergonômica Agrupados por Categoria....	55
Figura 03	Modelo de Planilha Extraída do Sistema de Gestão RH.....	58
Figura 04	Grau de Satisfação da Equipe de Enfermagem UTI Geral...	104
Figura 05	Grau de Satisfação da Equipe de Enfermagem UTI Cardíaca.....	116
Figura 06	Grau de Satisfação da Equipe de Enfermagem UTI Neonatal/Pediátrica.....	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Causas de Absenteísmo na Equipe de Enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva-2002.....	60
Tabela 02	Causas de Absenteísmo na Equipe de Enfermagem - UTI Geral 2002.....	70
Tabela 03	Distribuição da Equipe de Enfermagem nos Turnos - UTI Geral 2002.....	71
Tabela 04	Itens de Demanda Ergonômica - UTI Geral.....	72
Tabela 05	Itens de Demanda Ergonômica Por Participantes - UTI Geral.....	73
Tabela 06	Itens de Demanda Ergonômica Por Ordem de Menção - UTI Geral.....	74
Tabela 07	Atribuição de Pesos Para os Itens de Demanda Ergonômica - UTI Geral.....	75
Tabela 08	Priorização dos Pesos dos Itens de Demanda Ergonômica - UTI Geral.....	76
Tabela 09	Causas de Absenteísmo na Equipe de Enfermagem - UTI Cardíaca.....	78
Tabela 10	Distribuição da Equipe de Enfermagem nos Turnos - UTI Cardíaca.....	79
Tabela 11	Itens de Demanda Ergonômica - UTI Cardíaca.....	80
Tabela 12	Itens de Demanda Ergonômica por Participantes – UTI Cardíaca.....	81
Tabela 13	Itens de Demanda Ergonômica Por Menção - UTI Cardíaca..	82
Tabela 14	Atribuição de Peso Para os Itens de Demanda Ergonômica - UTI Cardíaca.....	83
Tabela 15	Priorização dos Pesos dos Itens de Demanda Ergonômica - UTI Cardíaca.....	84

Tabela 16	Causas de Absenteísmo na Equipe de Enfermagem - UTI Neonatal/Pediátrica.....	86
Tabela 17	Distribuição da Equipe de Enfermagem nos Turnos - UTI Neonatal/Pediátrica	87
Tabela 18	Itens de Demanda Ergonômica - UTI Neonatal/Pediátrica.....	88
Tabela 19	Itens de Demanda Ergonômica Por Participantes - UTI Neonatal/Pediátrica.....	89
Tabela 20	Itens de Demanda Ergonômica Por Ordem de Menção UTI Neonatal/Pediátrica.....	90
Tabela 21	Atribuição de Peso Para os Itens de Demanda Ergonômica - UTI Neonatal/Pediátrica.....	91
Tabela 22	Priorização dos Pesos dos Itens de Demanda Ergonômica - UTI Neonatal/Pediátrica.....	92
Tabela 23	Número de Atestados e Dias Perdidos Por Gênero e Categoria Profissional -UTI Geral.....	94
Tabela 24	Causas de Absenteísmo na Equipe de Enfermagem - UTI Geral no ano de 2002.....	96
Tabela 25	Distribuição Mensal do N°de Atestados e Dias Perdidos Pela Equipe de Enfermagem UTI Geral no Ano de 2002.....	97
Tabela 26	Número de Atestados e Dias Perdidos Por Auxilio Doença Afastamentos Maior ou Igual a 15 (Quinze) Dias UTI Geral.....	98
Tabela 27	Caracterização dos Trabalhadores da Equipe de Enfermagem Quanto ao Genero, Idade e Tempo de Serviços – UTI Geral.....	100
Tabela 28	Resultado dos Questionários Quanto a Média e o Desvio Padrão - UTI Geral.....	102
Tabela 29	<i>Ranking</i> Médio dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados à Organização do Trabalho – UTI Geral.....	104
Tabela 30	<i>Ranking</i> Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Ambiente de Trabalho - UTI Geral.....	105

Tabela 31	<i>Ranking</i> Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Posto de Trabalho.- UTI Geral...	105
Tabela 32	<i>Ranking</i> Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionada ao Trabalho - UTI Geral.....	106
Tabela 33	Número de Atestados e Dias Perdidos Segundo o Gênero e Categoria Profissional – UTI Cardíaca.....	108
Tabela 34	Número de Atestados e Dias Perdidos Por Licença/Atestado, afastamentos menor ou igual a 15(Quinze) dias – UTI Cardíaca.....	110
Tabela 35	Número de Atestados e Dias Perdidos Por Auxílio Doença, Afastamentos Superior a 15 (Quinze) Dias UTI Cardíaca....	111
Tabela 36	Caracterização dos Trabalhadores da Equipe de Enfermagem Quanto ao Gênero, Idade e Tempo de Serviços – UTI Cardíaca.....	113
Tabela 37	Resultado dos Questionários Quanto a Média e o Desvio Padrão - UTI Cardíaca.....	114
Tabela 38	<i>Ranking</i> Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados a Organização do Trabalho - UTI Cardíaca.....	116
Tabela 39	<i>Ranking</i> Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Ambiente de Trabalho - UTI Cardíaca.....	117
Tabela 40	<i>Ranking</i> médio e as diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica relacionados ao Posto de trabalho - UTI Cardíaca...	117
Tabela 41	<i>Ranking</i> Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados a Empresa - UTI Cardíaca.....	118
Tabela 42	Número de Atestados e Dias Perdidos e Categoria Profissional - UTI Neonatal/Pediátrica.....	119
Tabela 43	Número de Atestados e Dias Perdidos por Licença/ Médica, Afastamentos Menor ou Igual a 15 (Quinze) Dias - UTI Neonatal/Pediátrica.....	120
Tabela 44	Número de Atestados e Dias Perdidos Por Auxílio Doença, Afastamentos Superior a Quinze Dias - UTI Neonatal/Pediátrica.....	122

Tabela 45	Caracterização dos Trabalhadores da Equipe de Enfermagem Quanto ao Gênero, Idade e Tempo de Serviços – UTI Neonatal/Pediátrica.....	123
Tabela 46	Resultado dos Questionários Quanto a Média e o Desvio Padrão – Neonatal/Pediátrica.....	124
Tabela 47	<i>Ranking</i> Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados a Organização do Trabalho - UTI Neonatal/Pediátrica.....	126
Tabela 48	<i>Ranking</i> Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Ambiente de Trabalho - UTI Neonatal/Pediátrica.....	127
Tabela 49	<i>Ranking</i> Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Posto de Trabalho - UTI Neonatal/Pediátrica.....	127
Tabela 50	<i>Ranking</i> Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados a Empresa de Trabalho –UTI Neonatal/Pediátrica.....	127
Tabela 51	Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> - ANOVA não paramétrica para o constructo organização do trabalho.....	129
Tabela 52	Comparação Entre as Unidades de Terapia Intensiva <i>Ranking</i> Médio Relacionados a Organização do Trabalho.....	130
Tabela 53	Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> - ANOVA Não Paramétrica Para o Constructo Ambiente de Trabalho.....	131
Tabela 54	Comparação entre as Unidades de Terapia Intensiva <i>Ranking</i> Médio Relacionados ao Ambiente de Trabalho	132
Tabela 55	Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> - ANOVA Não Paramétrica Para o Constructo Posto do Trabalho.....	132
Tabela 56	Comparação Entre as Unidades de Terapia Intensiva <i>Ranking</i> Médio Relacionados ao Posto de Trabalho.....	132
Tabela 57	Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> - ANOVA Não Paramétrica Para o Constructo Empresa.....	133
Tabela 58	Comparação Entre as Unidades de Terapia Intensiva <i>Ranking</i> Médio dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados à Empresa.....	134

LISTA DE SIGLAS

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de Clientes/Pacientes
IST	Índice de Segurança Técnica
DM	Demanda Macroergonomica
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
NR	Norma Regulamentadora
PTP	Porcentagem de Tempo Perdido
IA	Índice de Absenteísmo
CID 10	Código Internacional de Doenças
RH	Recursos Humanos
CRM	Conselho Regional de Medicina
ASO	Atestado de Saúde Ocupacional
IDEs	Itens de Demanda Ergonômica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	OBJETIVOS.....	19
1.1.1	Objetivo Geral.....	19
1.1.2	Objetivo Específicos.....	20
1.1.3	Estrutura da Dissertação.....	20
2	BREVE DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE TERAPIA IN-	
	TENSIVA.....	22
2.1	LOCALIZAÇÃO.....	23
2.2	NÚMERO DE LEITOS.....	23
2.3	FORMA DA UNIDADE.....	24
2.4	ÁREA DE INTERNAÇÃO.....	24
2.4.1	Área de Paciente.....	24
2.4.2	Posto de Enfermagem.....	25
2.4.3	Sala de Procedimentos Especiais.....	25
2.4.4	Laboratório.....	25
2.4.5	Conforto Médico.....	26
2.4.6	Sala de Estudos.....	26
2.4.7	Recepção da UTI.....	26
2.4.8	Sala de Espera de Visitantes.....	26
2.4.9	Módulo do Paciente.....	27
2.5	UTILIDADES.....	27
2.5.1	Energia Elétrica.....	28
2.5.2	Iluminação.....	28
2.5.3	Abastecimento de Água.....	29
2.5.4	Sistema de Gases e Vácuo.....	29
2.5.5	Renovação de ar / áreas críticas.....	30
2.5.6	Recursos Humanos.....	30
3	ABSENTEÍSMO.....	32
3.1	ÍNDICES DE ABSENTEÍSMO: COMO MENSURAR.....	35
3.2	ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	39

3.3	ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UTI.....	48
4	MÉTODO DE ANÁLISE DO TRABALHO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	51
4.1	POPULAÇÃO.....	51
4.2	APRECIÇÃO MACROERGONÔMICA.....	52
4.3	ENTREVISTAS	52
4.4	PRIORIZAÇÃO DOS ITENS DE DEMANDA ERGONÔMICA.....	53
4.5	QUESTIONÁRIO.....	53
4.5.1	Estrutura do Questionário.....	53
4.6	ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA DO QUESTIONÁRIO.....	56
4.7	MÉTODO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	56
4.8	MÉTODO DE COLETA DE DADOS SOBRE O ABSENTEÍSMO.....	57
4.9	METODOLOGIA DO CÁLCULO DO ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO.....	61
5	ESTUDO DE CASO.....	62
5.1	HOSPITAL.....	62
5.2	AVALIAÇÃO AMBIENTAL DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	62
5.3	DESCRIÇÃO DAS TAREFAS PRESCRITAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	64
5.3.1	Tarefa Prescrita do Enfermeiro (a).....	64
5.3.2	Tarefa Prescrita do Técnico de Enfermagem.....	66
5.3.3	Tarefa Prescrita do Auxiliar de Enfermagem.....	67
5.4	DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA..	68
5.4.1	UTI Geral.....	68
5.4.1.1	Absenteísmo na Equipe de Enfermagem da UTI Geral em 2002.....	69
5.4.1.2	Descrição da Escala nos Turnos.....	70
5.4.1.3	Organização dos Itens de Demanda Ergonômica UTI Geral	72

5.4.2	UTI Cardíaca.....	77
5.4.2.1	Absenteísmo na equipe de enfermagem em 2002.....	78
5.4.2.2	Descrição da escala nos turnos.....	79
5.4.2.3	Organização dos Itens de Demanda Ergonômica UTI Cardíaca.....	80
5.4.3	UTI Pediátrica/Neonatal.....	85
5.4.3.1	Absenteísmo na Equipe de Enfermagem UTI Neonatal/Pediátrica em 2002.....	85
5.4.3.2	Descrição da Escala de Turnos.....	87
5.4.3.3	Organização dos Itens de Demanda Ergonômica.....	88
6	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	92
6.1	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA GERAL.....	93
6.1.1	Análise do Absenteísmo.na Equipe de Enfermagem.....	93
6.1.2	Absenteísmo por Licença/Médica Atestados, Afastamentos Menor ou Igual a 15 (Quinze) Dias no de 2002.....	93
6.1.3	Absenteísmo auxílio doença, afastamentos superior a 15 (Quinze) Dias.....	97
6.1.4	Índice de Absenteísmo (IA) da equipe de enfermagem UTI Geral no Período de 12 (doze) Meses.....	99
6.1.5	Análise da Demanda Ergonômica na Unidade de Terapia Intensiva Geral.....	100
6.1.5.1	Questionários Aplicados à População.....	100
6.1.5.2	Análise dos Índices de Demanda Ergonômica Agrupados por Categoria UTI Geral.....	103
6.2	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDÍACA.....	106
6.2.1	Análise do absenteísmo da Equipe de Enfermagem.....	106
6.2.2	Absenteísmo por Licença Médica/Atestados, Afastamentos Menor ou Igual a 15(Quinze) Dias no Ano de 2002....	108
6.2.3	Absenteísmo Auxílio Doença com Afastamentos Superior a 15 (Quinze) Dias no Ano de 2002.....	111
6.2.4	Índice de Absenteísmo (IA) da Equipe de Enfermagem UTI Cardíaca no Período de 12 (doze) Meses.....	112

6.2.5	Análise da demanda Ergonômica na Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca.....	112
6.2.5.1	Questionário Aplicado à População.....	112
6.2.5.2	Itens de Demanda Ergonômica Agrupados Por Categoria UTI Cardíaca.....	115
6.3	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEOTAL/PEDIÁTRICA.....	118
6.3.1	Análise do Absenteísmo na Equipe de Enfermagem.....	118
6.3.2	Absenteísmo Licença Médica/Atestados, Afastamentos Menor ou Igual a 15 (Quinze) Dias no Ano de 2002.....	119
6.3.3	Absenteísmo Auxílio Doença, Afastamentos Superior a (Quinze) Dias no Ano de 2002.....	122
6.3.4	Índice de Absenteísmo (IA) da Equipe de Enfermagem UTI Neo/Pediátrica.....	123
6.3.5	Análise da Demanda Ergonômica na Unidade de Terapia Intensiva NeoNatal/Pediátrica no Período de 12 Meses....	123
6.3.5.1	Questionários Aplicados na População.....	123
6.3.5.2	Itens de Demanda Ergonômica Agrupados por Categorias na UTI Neonatal/Pediátrica.....	125
6.4	ANÁLISE CONJUNTA DA DEMANDA ERGONÔMICA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.....	127
6.4.1	Análise estatística da Demanda Ergonômica nas Unidades de Terapia Intensiva.....	128
	CONCLUSÃO.....	134
	APÊNDICE I.....	138
	REFERÊNCIAS.....	141

1 INTRODUÇÃO

Os Serviços de Tratamento Intensivo têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas e, de equipamentos e recursos humanos especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Para Shimizu e Ciampone (2002), o trabalho vivenciado pelas enfermeiras em UTI é prazeroso, mas o desgaste e o sofrimento também estão presentes, sobretudo o desgaste emocional que tem sua origem, entre outros fatores, no ritmo de trabalho intenso, na necessidade de conviver com o sofrimento e a morte.

Neste sentido Robazzi *et al.* (1990) considerando válida a afirmação de que receber assistência ou cuidado é necessidade básica do ser humano, desde a concepção até a morte, vale ressaltar que quando um hospital admite um doente e assume a responsabilidade de assisti-lo, empenha-se num contrato em que se obriga a fornecer cuidado completo, sendo a assistência de enfermagem prestada, um dos aspectos mais importantes que esta disposição inclui. Contudo quando se trata de ambiente onde trabalha grande número de pessoas é previsível que problemas aconteçam, desde a iniquidade na distribuição de recursos humanos e/ou materiais até o absenteísmo freqüente ao serviço proporcionando, em consequência, um atendimento indesejável aos clientes.

O absenteísmo, também denominado ausentismo, é uma expressão utilizada para designar as faltas ou ausências dos empregados ao trabalho (CHIAVENATO, 2002). Para Silva e Marziale (2000), o absenteísmo na enfermagem é preocupante, pois desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes e conseqüentemente diminui a qualidade da assistência ao paciente.

Santos *et al.* (1994) chama a atenção para a proposta de humanização do trabalho na UTI, através da percepção progressiva da ergonomia e a otimização dos espaços de trabalho.

Neste sentido a ergonomia reconhece e defende que as demandas para um posto de trabalho qualquer se leva em consideração, não apenas as características individuais dos trabalhadores, mas também do tipo de trabalho realizado, ou seja, a análise da tarefa (MORAES e MONT'ALVÃO, 2000).

Portanto, para a qualificação das intervenções ergonômicas, torna-se necessário o uso de ferramentas que permitam, de forma rápida e efetiva, a identificação da demanda do usuário, a partir de seu conhecimento a respeito do próprio trabalho. Neste sentido, o Design Macroergonômico (DM), desenvolvido por Fogliatto e Guimarães (1999) para a identificação da

demanda ergonômica de usuários de produtos e postos de trabalho, preenche essa lacuna. O DM permite discriminar as diferentes demandas dos usuários em função das suas atividades, a partir da estratégia de coleta de informações que privilegiam a sua opinião.

Autores como Couto (1987); Anselmi *et al.* (1990); Chiavenato (2002) e Fontes (2002), enfatizam que a etiologia do absenteísmo é determinada principalmente pelas condições de trabalho encontradas nas empresas. A organização e supervisão deficiente, o empobrecimento das tarefas, a falta de motivação e estímulo, as condições desagradáveis de trabalho, a precária integração do empregado à organização e os impactos psicológicos de uma direção deficiente, são razões que provocam impacto na assiduidade do trabalhador ao trabalho.

Para Meira (1982), o absenteísmo é essencialmente um problema de gestão, cabendo à linha hierárquica papel importante na motivação da equipe ao trabalho; ao Serviço de Saúde Ocupacional compete a promoção da saúde, assistência integral e eficaz.

Tendo em vista que o absenteísmo nas Unidades de Terapia Intensiva é preocupante, e o Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho tem papel fundamental na avaliação, controle e busca de resolução para atenuar o problema, buscou-se, através da metodologia do Design Macroergonômico conhecer a realidade do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem do hospital e as possíveis causas de insatisfação e constrangimento nestas unidades (UTI Geral, UTI Cardíaca e UTI Neonatal/Pediátrica).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

A presente pesquisa teve como objetivo estudar os constrangimentos no trabalho da equipe de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva de um hospital de grande porte, da cidade de Curitiba, Paraná, considerando a opinião da equipe sobre o seu trabalho, levando em conta os dados de absenteísmo.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os itens de demanda ergonômica, relativos ao posto e organização do trabalho, nas Unidades de Terapia Intensiva Geral, Cardíaca e Neonatal/Pediátrica através da aplicação da ferramenta do Design Macroergonômico (FOGLIATTO & GUIMARÃES, 1999);
- Estruturar, com base em técnicas estatísticas, os dados de absenteísmo levantados sobre a população;
- Calcular, de acordo com a proposta de Chiavenato (2002), o índice de absenteísmo da equipe de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva do hospital;
- Correlacionar o índice de absenteísmo com as demandas ergonômicas identificadas;
- Destacar e propor soluções ergonômicas relativas ao posto de trabalho (equipamentos e mobiliário), ambiente físico e organizacional para minimizar os problemas identificados.

1.1.3 Estrutura do Trabalho

Esta dissertação está estruturada em Introdução, 5 (Cinco) Capítulos e ainda, as Considerações Finais.

A introdução apresenta o delineamento, a justificativa e os objetivos da pesquisa.

Na seqüência, apresentam-se:

- Uma breve descrição de uma Unidade de Terapia Intensiva, tanto no aspecto físico quanto organizacional.
- Revisão da literatura sobre o Absenteísmo, métodos para mensurá-lo e o absenteísmo na equipe de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.
- A análise dos dados estatísticos com a avaliação dos resultados e discussões.
- O método de análise do trabalho nas Unidades de Terapia Intensiva.

- O estudo de caso, onde é descrita a abordagem do Design Macroergonômico (DM), dados sobre riscos encontrados nas Unidades de Terapia Intensiva e o absentismo na equipe de enfermagem.

Nas Considerações Finais obtidas a partir do estudo desenvolvido, há recomendações e sugestões para trabalhos futuros.

2 BREVE DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Para o Ministério da Saúde (1998), a Unidade de Terapia Intensiva constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Para Gomes (1988), a Unidade de Terapia Intensiva é uma área onde os pacientes em estado grave podem ser tratados por uma equipe qualificada, com as melhores condições possíveis, centralização de esforços e coordenação de atividades. Maia (1999), neste sentido ressalta que a UTI pode ser caracterizada como um local destinado ao atendimento a pacientes em estado crítico, visando receber supervisão contínua de seu estado, podendo, dessa forma, serem controlados com maior eficácia do que nas outras áreas hospitalares.

De acordo com o Regulamento Técnico do Ministério da Saúde (1998), as Unidades de Terapia Intensiva e os Serviços de Tratamento Intensivo devem funcionar atendendo a um parâmetro de qualidade que assegure a cada paciente, o direito à sobrevivência, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais; direito a uma assistência humanizada; exposição mínima aos riscos decorrentes dos métodos propedêuticos e do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos; monitoramento permanente da evolução do tratamento assim como de seus efeitos adversos.

Os Serviços de Tratamento Intensivo dividem-se de acordo com a faixa etária dos pacientes atendidos, nas seguintes modalidades:

- Neonatal - destinado ao atendimento de pacientes de 0 a 28 dias;
- Pediátrico - destinado ao atendimento de pacientes com idade de 29 dias a 18 anos incompletos;
- Adulto - destinado ao atendimento de pacientes com idade acima de 14 anos. Pacientes na faixa etária de 14 a 18 anos incompletos podem ser atendidos nos Serviços de Tratamento Intensivo Adulto ou Pediátrico, de acordo com o manual de rotinas dos serviços.

Denomina-se UTI Especializada aquela destinada ao atendimento de pacientes em uma especialidade médica ou selecionados grupos de patologias, podendo compreender: cardiológica, coronariana, neurológica, respiratória, trauma, queimados, dentre outras.

O número mínimo de leitos/berços ou incubadoras de qualquer UTI deve ser cinco.

Toda UTI deve dispor, obrigatoriamente, dos seguintes serviços, 24 horas por dia: Laboratório de Análises Clínicas, Agência Transfusional ou Banco de Sangue, Diálise Peritoneal, Ecodopplecardiograma, em se tratando de Unidade Coronariana; Cirurgia Geral e Pediátrica, em se tratando de UTI Pediátrica e Neonatal.

Para que essa unidade possa oferecer tais condições, é necessário planta física específica, com materiais especializados e mão de obra qualificada e onde todas as exigências devem objetivar e assegurar uma assistência adequada aos pacientes nela internados (GOMES, 1988).

2.1 LOCALIZAÇÃO

Para o Ministério da Saúde (1998), toda UTI deve ocupar área física própria, dentro do hospital, de acesso restrito, constituindo-se em uma unidade física exclusiva, e possuir acesso facilitado às Unidades de Tratamento Semi-Intensivo, de Urgência/Emergência, Centro Cirúrgico e, quando existentes no hospital, Ambulatório, Centro Obstétrico e demais unidades correlacionadas.

Malta e Nishide (2004) propõem que cada UTI deva ter uma área geograficamente distinta dentro do hospital, quando possível, com acesso controlado, sem trânsito para outros departamentos. Sua localização deve ter acesso direto e ser próxima de elevador, serviço de emergência, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias de terapia e serviço de laboratório e radiologia.

2.2 NÚMERO DE LEITOS

É obrigatória a existência de UTI em todo hospital secundário ou terciário com capacidade igual ou superior a 100 leitos. O número de leitos de UTI em cada hospital deve corresponder entre 6% e 10% do total de leitos existentes no hospital, dependendo do porte e complexidade deste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde (1998), toda UTI deve ser assistida pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do hospital, seguir as normas e rotinas por esta estabelecida para a prevenção e controle das infecções hospitalares, conforme disposto na Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

2.3 FORMA DA UNIDADE

Para Gomes (1988), a disposição dos leitos de UTI podem ser em área comum, (tipo vigilância) quartos fechados ou mista.

A área comum proporciona observação contínua do paciente, além de ser indicada a separação dos leitos por divisórias laváveis que proporcionam uma relativa privacidade aos pacientes. As unidades com leitos dispostos em quartos fechados devem ser dotados de painéis de vidro para facilitar a observação dos pacientes. Nessa forma de unidade, é necessária uma central de monitorização no posto de enfermagem, com transmissão de ondas eletrocardiográficas e frequência cardíaca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Unidades com quartos fechados proporcionam maior privacidade aos pacientes, redução do nível de ruído e possibilidade de isolamento dos pacientes infectados e imunossuprimidos.

A unidade mista combina os dois tipos de forma e tem sido adotada com bons resultados (GOMES, 1988).

2.4 ÁREA DE INTERNAÇÃO

2.4.1 Área do Paciente

Para Malta e Nishide (2004), os pacientes devem ficar localizados de modo que a visualização direta ou indireta seja possível durante todo o tempo, permitindo a monitorização do estado dos pacientes, sob as circunstâncias de rotina e de emergência.

2.4.2 Posto de Enfermagem

O posto de enfermagem deve ser centralizado, no mínimo um para cada dez leitos e prover uma área confortável, de tamanho suficiente para acomodar todas as funções da equipe de trabalho, com dimensões mínimas de 8m². Deve haver iluminação adequada de teto para tarefas específicas, energia de emergência, instalação de água fria, balcão, lavabo, um sistema funcional de estocagem de medicamentos, materiais e soluções e um relógio de parede devem estar presentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Para Malta e Nishide (2004), o espaço adequado para terminais de computador e impressoras é essencial quando forem utilizados sistemas informatizados. Deve ser previsto espaço adequado para se colocar os gráficos e registros médicos e de enfermagem. Os formulários de registros médicos e impressos devem estar armazenados em prateleiras ou armários de modo que possam ser facilmente acessados por todas as pessoas que requeiram o seu uso.

2.4.3 Sala de Procedimentos Especiais

Se uma sala de procedimentos especiais é desejada, sua localização deve ser dentro, ou adjacente a UTI, podendo atender diversas Unidades de Terapia Intensiva próximas. Deve ser de fácil acesso e de tamanho suficiente para acomodar os equipamentos e as pessoas necessárias. As áreas de trabalho e armazenamento devem ser adequadas o suficiente para manter todos os suprimentos necessários e permitir o desempenho de todos os procedimentos sem que haja necessidade da saída de pessoas da sala, (MALTA & NISHIDE, 2004).

2.4.4 Laboratório

Todas as Unidades de Terapia Intensiva devem ter serviço de laboratório clínico disponível vinte e quatro horas por dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

2.4.5 Conforto Médico

Deve ser próximo à área de internação, de fácil acesso, com instalações sanitárias e chuveiro. A sala deve ser ligada a UTI, por telefone ou sistema de intercomunicação, (MALTA & NISHIDE, 2004).

2.4.6 Sala de Estudos

Para Malta e Nishide (2004), uma sala de estudos para equipe multidisciplinar da UTI, deve ser planejada para educação continuada, ensino dos funcionários ou aulas multidisciplinares sobre terapia dos pacientes. Deve prever recursos audiovisuais, equipamentos informatizados interativos para auto-aprendizado e referências médicas, enfermagem e outros.

2.4.7 Recepção da UTI

Cada UTI ou agrupamento de Unidades de Terapia Intensiva deve ter uma área para controlar o acesso de visitantes. Sua localização deve ser planejada de modo que os visitantes se identifiquem antes de entrar. Por ser uma unidade de acesso restrito é desejável que a entrada para os profissionais de saúde seja separada dos visitantes e um sistema de intercomunicação com as áreas da UTI efetiva (MALTA & NISHIDE, 2004).

2.4.8 Sala de Espera de Visitantes

Malta e Nishide (2004) propõem, ainda, que a sala para visitante seja uma área indispensável e deva ser localizada próximo de cada UTI, destinada aos familiares de pacientes, enquanto aguardam informações ou são preparados para visitas nas unidades.

2.4.9 Módulo do Paciente

Os módulos dos pacientes devem ser projetados para apoiar todas as funções necessárias de saúde. A área de cada leito deve ser suficiente para conter todos os equipamentos e permitir livre movimentação da equipe para atender às necessidades de terapia do paciente (GOMES, 1988).

O quarto de isolamento é recomendável que seja dotado de banheiro privativo e de área específica para recipientes estanques de roupa limpa e suja e de lavatório.

Na ausência de isolamento, o quarto privativo tem flexibilidade para, sempre que for requerida proteção coletiva, operar como isolamento.

Cada módulo de UTI deve ter um alarme de parada cardíaca interligado no posto de enfermagem, sala de reuniões, sala de descanso dos funcionários e demais salas com chamada.

No projeto da UTI um ambiente que minimize o *stress* do paciente e dos funcionários deve ser planejado, incluindo iluminação natural e vista externa. As janelas têm aspectos importantes de orientação sensorial e o maior número possível das salas deve ter janelas para indicação de dia/noite. Para controlar o nível de iluminação pode utilizar cortinas, toldos externos ou vidros reflexivos.

Outros recursos para melhorar a orientação sensorial dos pacientes podem incluir a provisão de calendários, relógios, rádio, televisão e ramal telefônico. A instalação de TV deve ficar fora do alcance dos pacientes e operados por controle remoto.

As considerações de conforto devem incluir métodos para estabelecer a privacidade dos pacientes. O uso de persianas, cortinas, biombos e portas controlam o contato do paciente com a área ao redor. Uma poltrona deve estar disponível a beira do leito para visita de familiares, principalmente na UTI Pediátrica. A escolha das cores das paredes proporciona descanso e ambiente tranquilo, (MALTA & NISHIDE, 2004).

2.5 UTILIDADES

Para Malta e Nishide (2004), uma UTI deve ter recursos que propiciem segurança para os pacientes e funcionários sob condições normais e de emergência. Cada unidade deve ser

provida de eletricidade, água, vácuo clínico, oxigênio, ar comprimido e deve atender as normas mínimas ou os códigos dos agentes reguladores ou credenciadores. Os serviços de utilidades podem ser fornecidos por uma coluna montada no teto, no solo ou livre. Quando localizadas adequadamente permitem fácil acesso à cabeceira do paciente, facilitando atendimento de urgência. Se o sistema de colunas não for viável, os serviços de utilidades podem ser fornecidos no painel de cabeceira.

2.5.1 Energia Elétrica

Na UTI existem diversos equipamentos eletro-eletrônicos de vital importância na sustentação de vida dos pacientes, que são utilizados na monitorização de parâmetros fisiológicos ou por ação terapêutica, integrados ao suprimento de gases. Essas instalações devem ter sua alimentação chaveada para fonte de emergência que rapidamente reassume a alimentação no caso de queda de energia elétrica, devendo garantir o suprimento nas 24 horas. O número de tomadas sugeridas é de no mínimo onze por leito, sendo desejável dezesseis, ambas com voltagem de 110 e 220 volts e adequadamente aterradas. As tomadas na cabeceira devem ser localizadas a aproximadamente 0,9 metros acima do piso para facilitar a conexão e a retirada através do corpo do conector. Deve dispor também de acesso à tomada para aparelho transportável de raios-X, distante no máximo 15 m de cada leito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995; MALTA & NISHIDE, 2004).

2.5.2 Iluminação

Para o Ministério da Saúde (1994), para quarto e área coletiva da Unidade de Terapia Intensiva são quatro tipos de iluminação:

- Iluminação geral em posição que não incomode o paciente deitado, com lâmpada incandescente (Obs: a lâmpada fluorescente interfere nos equipamentos biomédicos e telemetria);
- Iluminação de cabeceira de leito de parede (arandela);

- Iluminação de exame no leito com lâmpada fluorescente no teto e/ou arandela;
- Iluminação de vigília na parede (a 50 cm do piso).

2.5.3 Abastecimento de Água

A fonte de água deve ser certificada, especialmente se forem realizadas hemodiálises. As instalações de pias e lavatórios devem ser previstas para lavagem das mãos nos locais de manuseio de insumos, medicamentos e alimentos, próximos à entrada dos módulos de pacientes ou entre cada dois leitos em UTI, tipo vigilância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Os lavatórios devem ser largos e profundos o suficiente para evitar respingos, ser equipados com torneiras que dispensam o contato com as mãos contaminadas, preferencialmente por pés, joelhos, cotovelos ou sensores (MALTA & NISHIDE 2004).

Em cada lavatório deve ser instalado dispensador para sabão líquido e anti-sépticos, acionados sem tocar as mãos, e toalheiros para papel descartável. Estas medidas são componentes críticos para o controle de infecção hospitalar.

Quando um banheiro é incluído num módulo de paciente, ele deve ser equipado com dispositivo para limpeza de comadres e papagaios, com instalação de água quente e fria.

2.5.4 Sistema de Gases e Vácuo

O suprimento de oxigênio, ar comprimido e vácuo deve ser mantido nas 24 horas. É recomendada duas saídas de oxigênio por leito no mínimo e uma saída de ar comprimido, porém, é desejável haver duas. As saídas para oxigênio e ar comprimido devem ser feitas por conexões apropriadas para cada gás, evitando troca acidental. Um sistema de alarme por pressão alta e baixa de gases devem ser instalados em cada UTI e no departamento de engenharia do hospital, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995; GOMES, 1988).

São preconizados dois pontos de vácuo por leito, porém, são recomendáveis três pontos. O sistema de vácuo deve manter mínimo de 290 mmHg, se redução abaixo de 194 mmHg os alarmes audíveis e visuais são acionados.

2.5.5 Renovação de Ar / Áreas Críticas

Ar de qualidade segura e satisfatória deve ser mantido durante todo o tempo. São exigidos no mínimo seis trocas de ar por hora, sendo que duas trocas devem ser com ar externo. Todas as entradas de ar externas devem ser localizadas o mais alto possível, em relação ao nível do piso e possuir filtros de grande eficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

2.5.6 Recursos Humanos

Para o Ministério da Saúde (1998) toda UTI deve dispor, no mínimo, da seguinte equipe básica:

- Um responsável Técnico, com título de especialidade em Medicina Intensiva, específico para a modalidade de UTI sob sua responsabilidade.
- Um Enfermeiro Chefe, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem;
- Um Médico Diarista para cada 10 leitos ou fração, especialista em Medicina Intensiva, responsável pelo acompanhamento diário da evolução clínica dos pacientes internados na UTI;
- Um Fisioterapeuta;
- Um Auxiliar de Serviços Diversos/Secretária.

E ainda, toda UTI deve, em suas 24 horas de funcionamento dispor de:

- Um médico plantonista para cada 10 leitos ou fração, responsável pelo atendimento na UTI e na Semi-Intensiva, quando existente;
- Um Enfermeiro para cada turno de trabalho;
- Um Auxiliar de Enfermagem para cada 2 leitos de UTI de adulto ou Pediátrico e um Auxiliar de Enfermagem para cada paciente de UTI Neonatal;
- Um funcionário exclusivo para o serviço de limpeza.

A Resolução COFEN nº 242/2000 fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem para as Unidades de Terapia Intensiva.

Art.5º A distribuição percentual, do total de profissionais de Enfermagem, deverá observar as seguintes proporções e o SCP (Sistema de Classificação de Clientes/Pacientes).

II - Para assistência semi-intensiva, de 42 a 46% de Enfermeiros e de 54 a 58% de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

3 ABSENTEÍSMO

O absenteísmo ainda hoje é um dos mais árduos problemas dos organizadores das instituições públicas ou privadas, sendo esse um desafio para o enfermeiro que gerencia os serviços (SOUZA, 2000-2001).

Efeitos negativos são descritos desde o período industrial, onde as ausências dos trabalhadores diminuía a produção, repercutindo diretamente na economia da época.

Esse termo originou-se da palavra "absentismo" aplicado ao sistema de exploração agrícola, em que há um intermediário entre o cultivador e o proprietário ausente; significa também ausência da pátria ou dos lugares a que estão ligados os interesses próprios; hábito de não comparecer ao trabalho, a uma reunião ou às aulas. Assim a palavra absenteísmo era aplicada aos proprietários rurais que abandonavam o campo e tendiam a viver nas cidades. Com o advento da revolução industrial o termo foi aplicado aos trabalhadores com tendência a faltar no serviço (QUICK E LAPERTOSA, 1982).

Para Chiavenato (2002), o absenteísmo, também denominado ausentismo, é uma expressão utilizada para designar as faltas ou ausências dos empregados ao trabalho. Em um sentido mais amplo, é a soma dos períodos em que os empregados da organização se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso devido a algum motivo interveniente.

Segundo Silva e Marziale (2000), o absenteísmo é entendido como as faltas do trabalhador as suas atividades laborais.

Barbosa *et al.* (2003), ressaltam que a ausência ao trabalho é denominada absenteísmo, apesar de, por definição, absenteísmo significar "o hábito de não comparecer, de estar ausente".

Tenório e Jordano (1979) definem o absenteísmo como a falta do empregado ao trabalho. Segundo Nogueira e Azevedo (1982) a falta ao trabalho por motivo de doença é chamada absenteísmo-doença.

Magalhães *et al.* (1995) definem o absenteísmo como sendo as ausências ao trabalho devido à licença, férias e faltas.

Para Gaidzinski (1998), absenteísmo é caracterizado pelas ausências não previstas, devido às faltas, às licenças e às suspensões, excluindo deste conceito às ausências por folgas, férias e licenças programadas.

Quick e Lapertosa (1982) entendem e dividem o absenteísmo em 5 classes:

1. Absenteísmo voluntário, que representa as ausências ao trabalho por razões particulares, sem amparo legal;
2. Absenteísmo por doença, inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico, exceto doenças profissionais;
3. Absenteísmo por patologia profissional, que compreende as ausências por acidente do trabalho ou doenças profissionais;
4. Absenteísmo legal, aquelas faltas ao serviço amparadas em lei, como gestação, nojo, gala, doação de sangue, serviço militar ;
5. Absenteísmo compulsório, que resulta no impedimento de comparecer ao trabalho por suspensão, prisão ou outro motivo que não permita a presença do trabalhador ao seu trabalho.

Para esse mesmo autor os técnicos de medicina do trabalho entendem como absenteísmo à ausência do trabalho por doenças, excluindo as patologias do trabalho que são do ponto de vista legal, tratadas como acidente do trabalho.

Para Chiavenato (2002), nem sempre as causas do absenteísmo estão no próprio empregado, e sim na organização, supervisão deficiente, empobrecimento de tarefas, falta de motivação e estímulo, condições desagradáveis de trabalho.

Schimit (1986) afirma que as longas jornadas de trabalho, condições de insalubridade do ambiente de trabalho, baixa remuneração, duplo emprego e tensão emocional são razões que acarretam o absenteísmo em larga escala.

Couto (1987) neste sentido considera que o absenteísmo é decorrente de um ou mais fatores causais como fatores do trabalho, fatores sociais culturais e de personalidade e fatores de doenças.

Souza (1992) afirma que o absenteísmo pode ser justificado por falta de entrosamento na equipe de trabalho, quando o profissional não pode opinar sobre a unidade desejada para desempenhar sua função; trabalhar em finais de semana, desgaste pela frequência de morte, excesso de trabalho, gerando cansaço físico e mental, e dificuldade de relação interpessoal.

Pesquisas realizadas por Fisher (1985) em três empresas do setor automobilístico revelam que os empregados com mais tempo de casa demonstraram uma identificação maior com a empresa, tendendo, por isso, a apresentar menor índice de absenteísmo do que o verificado entre os empregados em função onde ocorre maior rotatividade de emprego. Diante disso, ao contrário do que se apregoa, a estabilidade do trabalhador no emprego pode ser um fator motivador, tornando menos alienante sua relação com a empresa, levando, inclusive, à diminui-

ção dos índices de absenteísmo, ao mesmo tempo em que cria condições psicológicas que irão influir positivamente sobre os acidentes no trabalho.

Autores como Couto (1987); Alves (1996); Anselmi *et al.* (1990) e Chiavenato (2002) compactuam na crença que a etiologia do absenteísmo está diretamente ligada às condições de trabalho encontradas nas empresas. O estilo de liderança e controle, a repetitividade das tarefas, o ambiente de trabalho e a falta de integração entre os funcionários podem levar a desmotivação e ao desestímulo dos trabalhadores, e desse modo provocam impacto na assiduidade ao trabalho.

Nogueira e Azevedo (1982) ressaltam que o absenteísmo-doença implica não só em custos diretos, representados pelo auxílio-doença pago aos trabalhadores faltosos, mas ainda aos custos indiretos representados pela diminuição da produção, redução da qualidade do produto, aumento do desperdício, diminuição da eficiência do trabalho, problemas administrativos e rebaixamento do moral dos trabalhadores.

De maneira peculiar vale destacar que o absenteísmo por doença alcança altos índices nas organizações, obrigando os administradores a desprender altas somas com auxílio doença.

Em estudo realizado por Frenkiel (1980), na Rede Ferroviária Federal S/A, o absenteísmo corresponde proporcionalmente a: 60,6% dos gastos com saúde; os que ocorreram por auxílio enfermidade, 26,6% por auxílio doença e por acidente de trabalho, apenas 12,8%.

Danatro (1997) salienta que, nos últimos 25 anos, houve um aumento de 30% nos afastamentos por doenças em todos os países industrializados, apesar de melhorias na oferta e qualidade da assistência à saúde e condições socioeconômicas.

Em estudos desenvolvidos, Reid e Smith (1993) apontam para o valor superior a 40 bilhões de dólares americanos gastos anualmente pelas companhias de seguros americanas com o ausentismo no trabalho.

No Brasil, várias são as dificuldades para estudar e quantificar o absenteísmo por doença, conseqüentemente não há como precisar o ônus econômico que tais ausências podem acarretar ao país (NOGUEIRA & AZEVEDO, 1982).

Couto (1988) ressalta a importância de saber medir e compreender os índices de absenteísmo, numa empresa. A abordagem não deve ser só sob o ângulo da doença, o envolvimento deve ser em todos os níveis da empresa, mas principalmente Gerência Operacional, Recursos Humanos, incluindo Medicina do Trabalho.

O autor propõe um programa dividido em 4 etapas, a saber:

1. Análise do problema;
2. Definição de objetivos e planejamento do programa;

3. Introdução do programa e envolvimento do pessoal;
4. Avaliação do programa e correções necessárias.

Neste sentido, McDonald e Chaver (1981) também propõem alguns passos para o desenvolvimento do programa de controle do absentismo:

- Manter um processo de coleta de dados efetivo, confiável e compreensível acerca das ausências, sendo o supervisor imediato o elemento-chave para identificação das causas;
- Detectar os padrões de cada falta e classificá-la segundo relação com doenças ou razões particulares;
- Adotar políticas de auditorias junto ao pessoal, estabelecendo e comunicando o posicionamento da chefia em relação às ausências, tratando de maneira justa e constante todos os empregados;
- Elaborar planos para avaliar as licenças justificadas por doença. Em média, para 50% das faltas o motivo alegado são as doenças, mas muitas vezes este não é motivo verdadeiro de ausência. O trabalhador encontra uma maneira de camuflar as reais causas, por entender que as justificativas por doença é a mais aceita pela chefia;
- Desenvolver uma política de disciplina progressiva. É essencial haver uma disciplina para as ausências. Os empregados devem conhecer de antemão as conseqüências que irão receber pelo não comparecimento ao trabalho. Essas medidas devem começar com advertência oral, escrita, suspensão sem pagamento e por último, demissão. Essas punições devem ser registradas.

Por outro lado, os funcionários assíduos devem ser recompensados, tanto monetariamente como através de elogios públicos.

3.1 ÍNDICES DE ABSENTEÍSMO: COMO MENSURAR

O índice de absentismo é um indicador que reflete a percentagem do tempo não trabalhado em decorrência das ausências em relação ao volume de atividade esperada ou planejada (CHIAVENATO, 2002).

Esse mesmo autor propõe, para cálculo do índice de absentismo, a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{nº de homens/dias perdidos por ausências ao trabalho}}{\text{Efetivo Médio x nº de dias de trabalho}} \times 100$$

Porém, a equação acima somente leva em consideração os homens/dias de ausência em relação aos homens/dias de trabalho, não levando em consideração as ausências de meios dias e os atrasos do pessoal (CHIAVENATO, 2002).

Este mesmo autor propõe que para cálculo do absenteísmo incluindo atrasos e meia-faltas, usa-se a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de absenteísmo} = \frac{\text{Total de homens / horas perdidas}}{\text{Total de homens / horas trabalhadas}} \times 100$$

Couto (1988) ressalta a importância da padronização dos índices de absenteísmo e propõe as seguintes equações .

1) Índice de freqüência

$$= \frac{\text{Número de licenças por período}}{\text{Efetivo médio do período}}$$

2) Índice de gravidade

$$= \frac{\text{Número de dias perdidos no período}}{\text{Efetivo médio do período}}$$

3) Percentagem de tempo perdido

$$= \frac{\text{Número de dias de trabalho perdidos no período}}{\text{Número programado de dias de trabalho no período}} \times 100$$

4) Taxa de freqüência por indivíduos

$$= \frac{\text{Número de empregados com um ou mais afastamentos no período}}{\text{Efetivo médio no período}}$$

Embora reconhecendo que o assunto é polêmico e dá margem a muitas interpretações diferentes, o autor recomenda:

- a) Absenteísmo por doença é a ausência do trabalhador atribuída à doença ou lesão acidental, e como tal aceita;
- b) Para o cálculo dos dias perdidos, deve-se contar os dias de calendário, e não os dias úteis;
- c) Para o cálculo dos dias perdidos, desprezam-se as horas perdidas, exceto se elas se constituírem em parte substancial do dia de trabalho do empregado;
- d) Para o cálculo do número programado de dias de trabalho, não são computadas as horas extras trabalhadas;
- e) Para cálculo do número programado de dias de trabalho, multiplica-se o efetivo médio do mês pelo número de dias do calendário, subtraindo-se os dias referentes aos que estão de férias;
- f) O afastamento normal devido ao parto não deve ser incluído nos índices de absenteísmo-doença; incluir apenas os dias perdidos com anormalidades;
- g) Para o cálculo da percentagem de tempo perdido, é interessante dividir esse índice em dois específicos:
 - Percentagem de Tempo Perdido até 15 dias de afastamento

$$= \frac{\text{Número de dias de trabalho perdidos por afastamentos que durem até 15 dias (não contar os dias perdidos a partir do 16º dia)}}{\text{Número programado de dias de trabalho no período}} \times 100$$

- Percentagem de Tempo Perdido Total

$$= \frac{\text{Número de dias perdidos por afastamento que durem até 15 dias} + \text{dias perdidos por afastamentos a partir do 16º dia até o 360º dia}}{\text{Número programado de dias de trabalho no período}} \times 100$$

Note-se que após um ano de afastamento, não se conta mais a ausência do empregado. Para esse mesmo autor, não se pode dizer que existam valores ideais para os diversos índices, porque a realidade de uma organização difere da realidade da outra. No entanto, para a realidade de hoje no Brasil, pode-se classificar como índices de absenteísmo-doença excessivo quando:

- índice de frequência maior que 0,10 por mês; ou seja, se para cada 100 trabalhadores ocorreram mais de 10 afastamentos por doença, o índice está elevado.
- Percentagem de tempo perdido acumulada maior que 1,2% (um valor mensal único acima desse limite não tem grande significado; no inverno, o tempo perdido por doença costuma ser maior).

Pavani (2000) com base nos estudos de Gaidzinki, propõe equação que contempla todos os tipos de ausências não previstas (faltas, licença médica, licença maternidade, licença por acidente, licença por auxílio doença e outros tipos de licenças e suspensões) a saber:

$$A_{k,I} = \frac{N_{k,ib}}{D \cdot q_k - \sum_i N_{k,i}} \cdot 100$$

onde:

- K = índice que indica cada categoria profissional (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem);
- I = índice que indica cada tipo de ausência não prevista (faltas e licenças);
- $N_{k,i}$ = quantidade de dias/ano de ausências não previstas (i) cometidas por todos os trabalhadores de uma dada categoria profissional k;
- D = quantidade de dias trabalhados no ano pela unidade;
- q_k = quantidade de trabalhadores da categoria profissional k da unidade;

- $\sum_i N_{k,i}$ = soma dos dias/ano de todas as ausências não previstas, cometidas pelos trabalhadores da unidade.

Echer *et al.* (1999) acrescenta que o absenteísmo é uma das variáveis importantes que influenciam a organização do serviço de enfermagem e o estabelecimento da necessidade de pessoal para prestação de cuidados.

Gaidzinski (2000), para analisar as ausências da equipe de enfermagem, propõe equações específicas onde são consideradas as ausências previstas e não previstas.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução n 189, de 16 de março de 1996, indica que o IST (Índice de Segurança Técnica) não deve ser inferior a 30%.

Esta mesma Resolução estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, atribuindo ao enfermeiro a competência para o cálculo de pessoal de enfermagem, devendo para isso observar o SCP (Sistema de Classificação do Paciente) e considerar as horas de assistência de enfermagem distribuídas em percentuais de acordo com a categoria profissional (Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem) e diferentes tipos de assistência: mínima, semi-intensiva e intensiva.

Neste sentido, Gaidzinski (2000) ressalta a grande dificuldade que o enfermeiro responsável pelo gerenciamento enfrenta no suprimento dos recursos humanos em enfermagem, sendo estas decorrentes de motivos econômicos, políticos e objetivos da instituição.

3.2 ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O serviço prestado pela equipe de enfermagem em uma organização hospitalar está estruturado dentro de modelos cientificamente fundamentados, cujo objetivo principal é desenvolver uma estrutura de trabalho voltada para organização do cuidado.

Na estruturação do cuidar em enfermagem deve-se, no entanto avaliar questões como a quantificação e a qualificação da equipe. Na prática, observa-se que nem sempre o número de elementos dentro da equipe é o suficiente para garantir a proposta filosófica da enfermagem como profissão (Echer *et al.* 1999).

Para Alves (1994), a organização do trabalho em enfermagem hospitalar está marcada, ainda hoje, por características de princípios Taylorista como: divisão do trabalho em tarefas fragmentadas, rígida estrutura hierárquica que define o papel de *status* de cada agente envol-

vido no processo de assistência. As margens de participação no processo decisório são mínimas e a insatisfação no trabalho é, frequentemente, elevada.

Nesse contexto, ressalta-se o desenvolvimento histórico da profissão quando, segundo Silva (1998), antes da idade média, o ato de cuidar das pessoas estendia-se às funções domésticas e alargava-se um pouco mais apenas no cuidado às pessoas de posse, que tinham seus escravos para tal atividade. Durante a Idade Média, com o advento do cristianismo e o poderio da Igreja, a prática da enfermagem sofreu profundas transformações. A concepção de saúde/doença está relacionada ao aspecto religioso pois a subalternidade do ser humano é total a um deus que é misericordioso, mas que também se manifesta como castigador.

Rodrigues (2001), relata que, nesse cenário, os executores relacionados a um trabalho de enfermagem eram pessoas ligadas à Igreja ou pessoas leigas que tinham desenvolvido espírito de caridade.

Este mesmo autor cita que o modelo religioso de enfermagem emerge no mundo cristão, atravessa a Idade Média e vai se defrontar com o capitalismo na Inglaterra, no final do século XVIII, e com a ascensão da burguesia e sua instalação como classe dominante, que dará o significado de arte e vocação à prática de enfermagem. Neste momento, torna-se possível o treinamento de alguns agentes portanto, no capitalismo, o modelo religioso é substituído pelo vocacional.

O modelo vocacional diferencia-se em função dos novos agentes que não serão mais somente religiosos, mas também pessoas leigas. Contudo, não se trata de um modelo excludente do modelo religioso. Pelo contrário, muitos preceitos e ensinamentos religiosos persistirão na enfermagem moderna.

A enfermagem moderna como se designa, organiza-se no Século XIX com Florence Nightingale, que legitimou a hierarquia e a disciplina no trabalho de enfermagem, trazidas da sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social. Introduziu o modelo vocacional ou a arte da enfermagem (RODRIGUES, 2001).

No Brasil, somente nas últimas décadas do século XIX, é que se inicia o processo de profissionalização da enfermagem. A partir dos anos 30, com a mudança no sistema econômico, o crescente aumento de doentes que necessitam de internação e a formalização da enfermagem como profissão, concretiza-se a entrada maciça das mulheres nas instituições de saúde, confirmando que este trabalho tem característica essencialmente feminina. Nessa época, a caridade continuava tendo sua importância, mas as diferenças fundamentais foram as exigências de treinamento e remuneração no ato de cuidar (SILVA, 1986, *apud* HADDAD, 2000).

Nascimento (2003) reforça que o modelo *nightingaleano* de enfermagem, adotado no Brasil, divide a profissão de enfermagem em duas categorias de trabalhadores: uma que executa o cuidado e outra que gerencia/administra. Nesse sentido, uma das características marcantes da profissão foi à produção da divisão social e técnica na qual as atividades de supervisão e ensino eram exercidas pelas *ladies nurses* proveniente da alta classe social, e as atividades de cuidado direto ao paciente, executadas pelas *nurses* que possuíam um nível socioeconômico inferior. Nesse contexto, o trabalho da enfermagem foi organizado, sistematizado e normatizado, com base em princípios da hierarquia e disciplina oriundos da organização religiosa e militar.

Padilha (1994) relata que, em 1921, alguns profissionais hesitaram em utilizar a palavra "enfermeira", devido a conotação negativa na época, preferindo o termo "*nurse*", a fim de diferenciar as profissionais formadas sob sua orientação das demais existentes na sociedade. O termo, porém, não teve adesão, prevalecendo às formas de denominação diferencial com "enfermeira de alto padrão", "de saúde pública" ou simplesmente "diplomada", as quais indicavam a nova categoria que permanece até hoje.

Aquino *et al.* (1993) concorda, nesse sentido, destacando a divisão profissional da equipe de enfermagem, os atos mais intelectuais ficam com a enfermagem de nível superior, enquanto os trabalhos manuais, considerados como menos qualificados, são realizados por profissionais de nível médio.

Outro aspecto que caracteriza essa divisão é que, ainda hoje, o trabalho de enfermagem continua sendo desenvolvido predominantemente por mulheres (NASCIMENTO, 2003). Spíndola (2000) comenta que após a Revolução Industrial, a mulher deixou o espaço privado e passou a ocupar o lugar público, assumindo, assim, uma profissão.

Padilha (1994), nesse sentido, relata que muita coisa mudou, tanto na enfermagem como no conceito de ser mulher. A mulher saiu de casa e enfrentou o mercado profissional, assumindo o duplo encargo de trabalho, criando filhos, administrando empregadas e investindo na realização de seu ideal profissional.

O número de mulheres continua crescendo no mercado de trabalho, também como forma de aumentar a renda familiar. Seus salários fazem parte integrante e indispensável do sustento da casa, sendo hoje, muitas vezes, a única fonte de renda familiar. Esse fato tem sido uma constante nas famílias, devido à crise econômica e desemprego vivido pelos homens (OGUISSO, 1998).

Fernandes *et al.* (2002) afirmam que o desdobramento da jornada de trabalho feminino que começa em casa, continua na empresa e termina (quando termina) em casa novamente,

em função das tarefas domésticas que não têm descanso semanal, nem férias remuneradas - tarefas que não ajudam a elevar a auto-estima das mulheres trabalhadoras, podendo levar à fadiga crônica e à exaustão física e mental. A dupla e tripla jornada de trabalho feminina significa, para as enfermeiras, uma sobrecarga e um desgaste que impõem um permanente esforço de articulação das esferas doméstica e profissional que implicam sérias repercussões sobre a saúde da mulher. Nesse sentido, a vida familiar e a vida no trabalho manifestam papéis de enfermeiras/mulheres/mães que não conseguem separar, nelas próprias, o mundo do lar e o do trabalho.

Em estudo realizado por Anselmi *et al.* (1990), na produção de serviços de saúde, os trabalhadores de enfermagem, ao transformar a sua força de trabalho em trabalho efetivo, depois de um determinado tempo (mensalmente), recebem o dinheiro pelo qual venderam este potencial, comprado conforme contrato. O salário representa, então, o preço pago pelo esforço despendido que permitirá ao trabalhador repor a energia consumida diariamente e sobreviver física biológica e socialmente. Porém para assegurar essa sobrevivência e a possibilidade de consumo, em muitos casos isto se dá às custas de até três empregos. Essa dupla ou mesmo triplicidade de empregos ocorreu tanto dentro do mercado formal de trabalhos nos serviços de saúde (hospitais), como no mercado informal (cuidado de paciente em domicílio). Nogueira e Azevedo (1982) apontam a relação existente entre o sexo feminino e o absenteísmo, afirmando que o problema está no grande número de atribuições que a mulher passou a assumir quando se dedicou ao trabalho fora de casa. Este fator pode implicar em sobrecarga física, preocupações e pouco repouso, desencadeando doenças nervosas e mentais.

Neste sentido, Robazzi *et al.* (1990), estudando o absenteísmo em enfermagem, levantaram o problema da dupla jornada de trabalho que algumas servidoras têm, a fim de garantir a sua sobrevivência; concluíram que o cansaço físico faz com que tenham um maior índice de absenteísmo.

Desta forma, Barbosa *et al.*, (2003) afirmam que, no contexto hospitalar, a enfermagem constitui a maior força de trabalho, e suas atividades são freqüentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal, situação de exercício profissional que tem repercutido em elevados índices de afastamento por doenças.

Analisando essas questões, entende-se que é necessário o estabelecimento de um programa de vigilância para o diagnóstico precoce ao agravamento das doenças profissionais, desta forma é preciso que as enfermeiras-gerente e assistenciais explicitem as reais condições de

assistência ao paciente comprometendo os responsáveis pela aprovação do quadro de pessoal de enfermagem da instituição quanto aos riscos a que os pacientes e os trabalhadores estão expostos quando não são providos de recursos necessários para a prestação de uma assistência segura ao paciente e ao trabalhador (GAIDZINSKI, 1998).

Em estudo epidemiológico realizado por Valtorta, Anacleto *et al.* (1985) num hospital de grande porte do Estado de São Paulo, os resultados apontam que existe uma aparente predominância de absenteísmo nas funções mais simples, nesse caso pode ser decorrente de uma predominância real, mas também pode decorrer de um aspecto peculiar do grupo examinado. É sabida que indivíduos que ocupam funções mais elevadas têm maiores liberdade e, quando há necessidade, não precisam recorrer de uma justificativa externa para ausentar-se do trabalho. Exemplo disso ocorre na classe médica, que dificilmente passa pelo serviço médico para abonar falta de um dia ou dois. Neste estudo, o autor conclui que atitudes policiais por parte do médico do trabalho não vão reduzir o absenteísmo; só reforçam uma imagem negativa do médico. O absenteísmo justificado por licença médica será naturalmente reduzido quando forem fortalecidos ou criados canais que permitam a vazão correta das tensões ou a satisfação das necessidades que geram estas tensões.

Fontes (2002), em seu estudo aborda a ocorrência do absenteísmo relacionado aos aspectos ergonômicos do trabalho da enfermagem, investigando a relação entre as faltas dos(as) enfermeiros(as) e os fatores ergonômicos do trabalho. Nos resultados encontrados, o absenteísmo é evidenciado, na maioria dos casos, por disfunções do sistema osteomuscular, (36% dos casos);seguido de disfunções do sistema respiratório (com 31% dos casos);disfunções ginecológicas e gestacionais (com 27% dos casos) e disfunções psico-emocional / estresse (com 6% dos casos). Quanto à participação da enfermeira na contribuição da ergonomia, foi observado um *déficit* de concepção, conscientização e correção, com reflexo diretamente no grau de satisfação desses profissionais sobre as condições de trabalho oferecidas.

Abrahão e Pinho (2002), destacam que atualmente, a ergonomia é solicitada, quotidianamente, a intervir em situações cuja problemática variam desde a concepção de salas de controle, extremamente automatizadas, passando por questões referentes ao trabalho manual ou, ainda queixas relacionadas ao ambiente físico de trabalho, sem deixar de lado os problemas de saúde, em particular, os decorrentes das lesões por esforços repetitivos.

Dejours (1992) afirma que contra o sofrimento, a ansiedade e a insatisfação se constroem sistemas defensivos. Apesar de vivenciado o sofrimento, seu poder não é reconhecido. Se a função primeira dos sintomas de defesa é aliviar o sofrimento, seu poder de ocultação volta-se contra os seus criadores pois sem conhecer a forma e o conteúdo desse sofrimento, é

difícil lutar eficazmente contra ele. Ressalta, ainda, que a ideologia defensiva é fundamental no grupo, sua coesão, sua coragem são importantes também para o trabalho, pois é a garantia de produtividade.

Nesse contexto, observa-se no trabalhador de enfermagem, segundo Haddad (2000), um grande desgaste físico e psicológico. Apesar de, na maioria das vezes, não identificarem o que está acontecendo, as enfermeiras reagem faltando ao serviço, em muitos casos agridem pacientes, colegas e superiores, não seguem as normas e rotinas da empresa. Em decorrência da sobrecarga de trabalho e do sofrimento psíquico, podem apresentar doenças, dentre elas hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, distúrbios ortopédicos, neurológicos, gástricos e psicológicos, entre outros.

Importante também destacar o trabalho realizado por Marziale (2001), para quem as condições de trabalho dos enfermeiros nos hospitais há muito tempo têm sido consideradas inadequadas devido às especificidades do ambiente e das atividades insalubres executadas. O desgaste físico e emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social são fatores associados às condições de trabalho do enfermeiro, que vem refletindo negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente, levando ao abandono da profissão e, conseqüentemente, à escassez de profissionais no mercado de trabalho. A autora cita também estudo onde se destaca a preocupação de enfermeiros em relação à deterioração dos cuidados de enfermagem em hospitais dos Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Inglaterra e Escócia. Uma equipe de pesquisadores liderados por Linda Aiken, da Universidade da Pensilvânia, entrevistou 43.329 enfermeiros de 711 hospitais e constatou que a maioria dos enfermeiros assistenciais declarou-se preocupados em relação à qualidade da assistência prestada aos seus pacientes, sinalizando a falta de pessoal, a insatisfação pelo trabalho e o desgaste emocional pela piora do cuidado de enfermagem. Segundo a referida pesquisa, o desgaste emocional no trabalho em hospitais apresenta altos níveis. Em quatro dos cinco países avaliados, inclusive nos Estados Unidos, 40% dos enfermeiros disseram estar insatisfeitos com seu trabalho atual e um em cada cinco enfermeiros, em todas as faixas etárias, afirmou que pretendia deixar o trabalho no período de um ano.

Bulhões (1994), afirma que os trabalhadores da equipe de enfermagem estão mais expostos a fatores de riscos ocupacionais porque em grande parte predomina o trabalho em ambiente hospitalar, e muitas vezes estes trabalhadores, devido aos baixos salários, necessitam de mais de um emprego, o que faz com que permaneçam por muito tempo de suas vidas nesse ambiente. A equipe de enfermagem encontra-se particularmente exposta a risco microbiológico devido ao contato muito próximo e freqüente com os pacientes infectados. Na maioria das

vezes, o próprio rosto (conjuntiva ocular, mucosas da boca e do nariz) ao alcance do ar por ele expirado se constitui como meio de contaminação. Mauro (1976), neste sentido, considera que os riscos ocupacionais, quando não controlados, levam ao aparecimento de acidentes e doenças profissionais. O aparecimento de sintomas objetivos e até desequilíbrios nas funções orgânicas confirmam a falta de boas condições ambientais e ergonômicas. Na maioria das vezes esses sintomas não são percebidos pelo gerente ou pelo próprio trabalhador de saúde que acaba desenvolvendo um autocontrole dos sintomas, ocorrendo queda de produção, maior vulnerabilidade a acidentes no trabalho e, conseqüentemente o afastamento do serviço, levando ao absenteísmo.

Dessa forma, o trabalho vem sendo considerado um importante fator no desencadeamento, na patogenia e na evolução dos distúrbios psíquicos. Considera-se essa questão de inter-relação trabalho/doença de muita relevância uma vez que não há, para esse distúrbio, uma etiologia definida de forma suficiente que possa determinar quadro teórico específico.

Para Mendes (1995), as críticas à organização do trabalho constituem uma das maiores ênfases nas conclusões de várias pesquisas realizadas com o objetivo de avaliar as determinações dos riscos mentais no trabalho. Dentro dessa temática, estudiosos da psicopatologia do trabalho e a dinâmica psicossocial do trabalho têm incluído numerosos aspectos articulando a estruturação hierárquica à divisão das tarefas, as políticas de pessoal e as formas de gerenciamento adotadas pelas empresas, como sendo modelos que contribuem para as implicações psíquicas individuais e para a sociabilidade. As relações entre distintos aspectos organizacionais precisam ser enfocadas para que se possam entender as dinâmicas, pelas quais tensão, fadiga, tristeza, medo ou apatia podem ser "fabricados" ou estimulados a partir de determinadas situações de trabalho.

O entendimento das relações entre as características das tarefas e o tempo exigido para o cumprimento permite compreender a gênese de tensões e de desgaste mental. Mas as tensões variam também conforme outros aspectos organizacionais. Assim, quanto mais rígido o controle exercido para que os modos e tempos prescritos pela direção sejam cumpridos, maior será a ansiedade gerada que será ainda maior à medida que as tarefas envolvam necessidade de estar atento a riscos de acidente.

Mendes (1995) enfatiza que a estruturação temporal do trabalho diz respeito a diferentes aspectos como:

- Duração da jornada diária de trabalho;
- Duração e frequência das pausas destinadas a descanso e/ou refeições;

- Regime horário: diurno, noturno, em turnos alternados (turnos de revezamento) e suas escalas;
- Ritmo (intensidade, monotonia, outras características);
- Dimensionamento e frequência das folgas; dias da semana em que ocorrem;
- Intervalos interjornadas.

Portanto, a partir de conjunções de componentes da situação de trabalho é que se poderão avaliar os riscos mentais de indivíduos ou de equipes de trabalho.

Nesse contexto, quanto menor a participação do trabalhador na formulação da organização de sua própria atividade e no controle sobre ela, maiores as probabilidades de que esta atividade seja favorável à saúde mental. Dentre os diferentes modelos de organização do trabalho, o mais amplamente adotado e também o que condiciona maiores riscos é a organização metódica do trabalho, também conhecida como taylorismo.

Para Moraes e Mont' Alvão (2000), as atividades aplicadas no trabalho, seu ambiente físico e social exercem sobre o trabalhador um certo número de constrangimentos, exigindo-lhe gastos de natureza diversa: físico, mental, emocional e afetivo, acarretando, portanto, desgaste e custo ao indivíduo. Os custos humanos do trabalho, como mortes, mutilações, lesões permanentes e temporárias, doenças e fadigas, são resultantes dos acidentes e da carga de trabalho.

Moura (1993) fundamenta-se em conceitos que decorrem da patologia do trabalho, da fisiologia do trabalho e da toxemia do trabalho. Os três campos só analisam o homem como um indivíduo biológico abstrato, contradizendo o conhecimento fundamental de que o homem, ao trabalhar, o faz dentro de relações sociais e, assim, desenvolvendo sentimentos, medos e necessidades que não podem ser negligenciados quando se estuda a origem das doenças.

Barbosa (2003), neste sentido, relata que, freqüentemente, os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos a condições inadequadas de trabalho, provocando agravos à saúde que podem ser de natureza física ou psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, de eliminação, fadiga, agravos nos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses, fatos que, muitas vezes, levam a acidentes de trabalho e licenças para tratamento de saúde.

Para Mendes (2001), o trabalho de enfermagem por si só constitui fonte de estresse em função do sofrimento dos clientes, dos acontecimentos inesperados e da necessidade de agir com diligência. Mauro (2000) concorda que o estresse é um dos principais fatores responsáveis pela tensão no trabalho das enfermeiras devido à insuficiência de recursos, alto nível de responsabilidade, contato com doença e morte, desvalorização de suas funções, remuneração

insuficiente, conflitos funcionais, descontrole no processo de tomada de decisão, cansaço por excesso de horas de trabalho, dentre outros fatores.

Em estudo realizado por Gil *et al.*, (2000) sobre estresse, em doze profissionais de enfermagem, ficou evidenciado que as situações que provocam o estresse são:

- 1°. Problemas no trabalho (91,67%);
- 2°. Ruído (75%);
- 3°. Preocupação com os filhos (75%);
- 4°. Administração da casa (66,67%);
- 5°. Falta de dinheiro (66,67%);
- 6°. Falta de tempo (50%);
- 7°. Tomar decisões (50%);
- 8°. Pagar contas (banco lotado) (50%);
- 9°. Responsabilidades inesperadas (41,67%).

Para Echer *et al.* (1999) as características do trabalho da enfermagem e o estresse decorrente dessa atividade pode ser uma das fontes que estejam relacionadas a possíveis problemas de saúde, conseqüentemente, ocasionando ausências no trabalho.

Nascimento (2003) destaca que, embora o absenteísmo venha sendo focalizado predominantemente sob a ótica da saúde ocupacional, esse fenômeno insere-se em um contexto mais amplo, qual seja, o da gerência de Recursos Humanos, em particular no que se refere ao dimensionamento de pessoal para a área de enfermagem transcendendo, portanto, a área da medicina do trabalho/saúde ocupacional.

Sob essa perspectiva, o absenteísmo representa uma das variáveis que interfere na organização dos serviços e no estabelecimento do quadro de recursos humanos (ECHER *et al.*, 1999).

3.3 ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UTI

Para Souza (2000-2001), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local onde a prática laboriosa, a instabilidade hemodinâmica e respiratória, assim como a dependência total do paciente é constante. Nessa unidade centralizam-se pacientes denominado fora da possibilidade terapêutica porque, apesar dos inúmeros investimentos com tecnologia das mais sofisticadas

das e terapêuticas medicamentosa das mais potentes, resistem, porém não apresentam melhora. São pacientes com doença crônica degenerativa descompensada, repletos de seqüelas que não só desafia o cuidar como contribuem para as dificuldades dos profissionais em conviver com perdas e o insucesso, favorecendo, dessa forma, a existência do mais árduo problema dos organizadores de instituições públicas e privadas no cotidiano de uma UTI que é o absenteísmo da equipe de enfermagem.

Maia (1999) destaca que a demanda de trabalho em uma UTI é intensa, onde a equipe de enfermagem deve estar preparada para o atendimento de emergência a qualquer momento, os quais requerem conhecimento específico e habilidade para tomar decisão correta e em tempo hábil.

Em estudo realizado por Souza (2000-2001) sobre o absenteísmo na Unidade de Terapia Intensiva de Adulto do Hospital Universitário Pedro Ernesto Boulevard, no Rio de Janeiro, constatou-se que a doença de familiares, principalmente esposo e filhos são de fato os aspectos que mais contribuem para que o profissional não cumpra seu dever de assiduidade. Com 140 dias de trabalho perdido, destaca-se o acometimento da coluna vertebral, seguido de outros comprometimentos ortopédicos com 100 dias de afastamento. A autora justifica esse fato pelas constantes mobilizações do paciente no leito e ressalta que as ações de enfermagem planejadas e as intercorrências eventuais devem ser atendidas mesmo na ausência de elementos que compõem a equipe, fato que compromete a saúde dos que cumprem sua obrigação de assiduidade no trabalho. Neste sentido a autora, enfatiza que a complexidade do cliente crítico, e a continuidade de sua monitorização no decorrer das 24 horas, exigem um equilíbrio no número de elementos da equipe de enfermagem entre os plantões, principalmente pelo desgaste físico e mental de uma noite não dormida e as dificuldades administrativas encontradas.

Segundo Pimenta e da Silva (2004), a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority*, como a quarta profissão mais estressante devido à responsabilidade pela vida das pessoas e a proximidade com os clientes em que o sofrimento é quase inevitável, exigindo dedicação no desempenho de suas funções, aumentando a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos.

Para Lipp (2001), o estresse pode ser definido como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicológicas que ocorrem quando uma pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça feliz. Essa autora caracteriza o estresse como sendo um longo processo bioquímico que, em um primeiro momento, se manifesta de forma semelhante a todas as pessoas, com reações físicas tais como sudorese, taquicardia,

boca seca, tensão muscular e a sensação de estar alerta, mas que no desenvolver desse processo às diferenças individuais se pronunciam de acordo com as predisposições genéticas do indivíduo, e sua história de vida.

Vieira (2001) afirma que, muitas vezes, o limite entre os benefícios e os malefícios do estresse é muito estreito, só podendo ser compreendido através da análise individualizada do sujeito e do contexto em que ocorre. Quando isso não é possível, o caminho para a doença estará aberto.

Brunner e Suddarth (1993) definem o estresse como o estado advindo de alterações no meio ambiente, percebidas como desafiadoras, ameaçadoras ou lesivas para o equilíbrio do corpo.

Nesse contexto, Stehle (1981), em uma revisão de literatura realizada sobre estresse em unidade de tratamento intensivo (UTI), levantaram que, embora as UTIs geralmente sejam descritas como altamente estressantes, nesse estudo não provaram ser mais do que outros tipos de locais de trabalho de enfermeiros.

Em outro estudo desenvolvido por Goodfellow *et al.* (1997) para investigar o estresse ocupacional de uma equipe de enfermagem de UTI, a equipe pesquisada apontou que aspectos de seu trabalho relacionados à carreira, à realização profissional, e à estrutura organizacional são mais estressantes do que para o resto da população trabalhadora. As estratégias de *coping* (enfrentamento) diferem, porém a única medida significativamente diferente de resultado adverso é a relação interpessoal entre a equipe de trabalho. Esses autores apontam ainda que a equipe de enfermeiros pesquisada possui diferentes fontes de estresse em relação à equipe médica e os indivíduos que são casados e que possuem filhos são relativamente mais protegidos do estresse.

Para Souza *et al.* (2000-2001), como fenômeno da esfera administrativa, a assiduidade implica diretamente na eficácia de uma organização, estando o objetivo da empresa diretamente dependente da coordenação entre as várias categorias e pessoas que compõem as categorias. Para estas mesmas autoras, do absenteísmo surge um novo tema para o ensino e a prática de enfermagem, considerando que através dele podemos detectar o comportamento do trabalhador na organização e sua interferência na assistência prestada ao cliente assim como na qualidade de vida do profissional de enfermagem. É preciso que o enfermeiro que lidera a unidade esteja capacitado para intervir na promoção e na recuperação da saúde do trabalhador de enfermagem intensivista.

4 ANÁLISE DO TRABALHO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Este capítulo apresenta o método e os materiais utilizados na avaliação do trabalho realizado para identificação da demanda ergonômica de usuários das Unidades de Terapia Intensiva. Para melhor caracterizar o estudo optou-se pela investigação das 3 Unidades de Terapia Intensiva (Geral, Cardíaca e Neonatal/Pediátrica), uma vez que a empresa manifestou interesse em ter uma avaliação que desse subsídio à identificação das causas do aumento da demanda dos atestados médicos e conseqüentemente dias perdidos. Embora as Unidades de Terapia Intensiva tenham como característica primordial o atendimento intensivo ao paciente grave, elas diferem entre si pelo tipo de patologia e de pacientes. Na UTI Geral, a assistência prestada a pacientes com patologia geral, enquanto que na UTI Cardíaca a assistência é prestada principalmente para paciente pós-operatório de cirurgias cardíacas e a UTI Neonatal/Pediátrica, a assistência é prestada à recém-natos-prematurados, a crianças de até 14 anos com patologias diversas e pós-operatório imediato. Além disso, são ambientes distintos quanto ao design arquitetônico.

Para a realização desta pesquisa, primeiramente foi feita a definição das unidades a serem pesquisadas, formulação da proposta de pesquisa e, em seguida, encaminhada para o superintendente geral do hospital para autorização. Após a liberação do parecer favorável, foram realizadas reuniões com a diretoria, gerente de enfermagem, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem. No contato direto com os funcionários, foram explicados os objetivos da pesquisa e o método a ser adotado, enfatizando-se a característica participativa do método do Design Macroergonômico (DM).

4.1 POPULAÇÃO

A população estudada compreende 57 trabalhadores da equipe de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva, Geral, Cardíaca e Neonatal/Pediátrica de um hospital de grande porte de Curitiba, Estado do Paraná.

Devido à dificuldade dos trabalhadores ausentarem-se do trabalho, foram escolhidos sete participante de cada UTI.

Esses trabalhadores, predominantemente do sexo feminino, possuem segundo grau completo e/ou terceiro grau de instrução, atuam prestando atendimento de enfermagem a pacientes em estado crítico.

4.2 APRECIÇÃO MACROERGONÔMICA

A identificação da demanda ergonômica dos funcionários dos setores em foco foi feita com base na ferramenta Design Macroergonômico (DM) desenvolvida por Fogliatto e Guimarães (1999), uma vez que ela permite a participação ativa dos usuários nesta fase da pesquisa. De acordo com o DM, o levantamento dos dados obedeceu a três etapas:

1. Entrevista não induzida com enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem, das 3 Unidades de Terapia Intensiva para coleta dos itens de demanda ergonômica;
2. Priorização da demanda utilizando a ordem de frequência e menção dos itens;
3. Aplicação de questionário, comum aos 3 setores, para validação dos itens de demanda ergonômica mencionados na entrevista.

4.3 ENTREVISTAS

Em função da disponibilidade de tempo, realizou-se entrevista individual. Para tanto, pediu-se a cada funcionário que "fale sobre o seu trabalho", mencionando todos os aspectos importantes relacionados a sua tarefa. Nesse estudo, não foi feita entrevista verbal para evitar constrangimentos. Entendeu-se que, como a pesquisadora era enfermeira do Serviço Especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), os participantes poderiam ficar receosos de punição (principalmente de serem demitidos) e não passarem as informações de forma real porque o SESMT, culturalmente, ainda é visto pelo trabalhador como um departamento da empresa responsável pela fiscalização e punição. Sendo assim, cada funcionário registrou seu parecer em uma folha que continha as seguintes informações: UTI e turno ao qual pertencia (manhã, tarde, noite), sexo, idade, sem que houvesse identificação. A todos foi

esclarecido sobre o direito de não participar, porém todos que foram convidados aceitaram respondendo a questão formulada "Fale sobre seu trabalho".

A entrevista foi realizada com 21 trabalhadores, sendo 7 trabalhadores de cada UTI (Geral, Cardíaca e Neonatal/Pediátrica). O número de participantes da entrevista foi assim estruturado para que todas as Unidades de Terapia Intensiva pudessem se manifestar. A demanda expressa foi listada por setor e posteriormente consolidada em uma listagem única.

4.4 PRIORIZAÇÃO DOS ITENS DE DEMANDA ERGONÔMICA

Para priorizar os Itens de Demanda Ergonômica (Itens de Demanda Ergonômica), a ordem de menção de cada item é utilizada como peso de importância, ou seja ao item mencionado na $p^{\text{ésima}}$ posição é atribuído o peso $1/p$. Dessa forma, o primeiro fator mencionado receberá o peso $1/1 = 1$ o segundo $1/2 = 0,5$, o terceiro $1/3 = 0,33$, e assim por diante. A ordem de menção auxilia na determinação de peso de importância para itens demandados. A soma dos pesos relativos a cada item dá origem ao Ranking de importância dos itens que direcionará a elaboração do questionário a ser preenchido pelos trabalhadores.

4.5 QUESTIONÁRIO

4.5.1 Estrutura do Questionário

Para identificar dados complementares e pessoais sobre o usuário, foram feitas duas questões abertas:

1. Dados pessoais: Sexo, idade, estado civil, nº de filhos, cidade e bairro onde mora e escolaridade.
2. Dados profissionais: Há quanto tempo está formado? Há quanto tempo trabalha na empresa? Você trabalha em outra empresa?

O questionário foi estruturado de maneira a identificar o grau de satisfação dos usuários com relação aos Itens de Demanda Ergonômica. As questões foram formuladas de mane-

ra que os usuários pudessem marcar o seu grau de satisfação. As respostas foram feitas com marcação de um X em uma escala contínua sobre uma linha de 15cm, com as seguintes âncoras: insatisfeito, neutro e satisfeito. Para facilitar o atendimento do usuário e evitar concentração de respostas próximas às âncoras, optou-se por não fazer quaisquer marcas sobre a linha.

Insatisfeito	Neutro	Satisfeito
Marque com um "X" na escala, qual sua opinião quanto aos seguintes itens:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipe multidisciplinar; ▪ Execução de todas as etapas do processo; ▪ Jornada de trabalho e escala da semana; ▪ Carga de trabalho realizado por dia de trabalho ▪ Relacionamento com a equipe de trabalho; ▪ Pausa durante o trabalho; ▪ Tempo de lazer com a família; ▪ Ritmo de trabalho; ▪ Preparo da equipe quanto ao conhecimento científico; ▪ Satisfação no trabalho; ▪ Relacionamento com os familiares do cliente; ▪ Equipe participa no planejamento das atividades do setor; ▪ Treinamento da equipe em educação continua; ▪ Preparo para lidar com a dor dos outros; ▪ Liberdade na execução dos procedimentos de enfermagem; ▪ Divisão de tarefa entre turnos; ▪ Ventilação no seu ambiente de trabalho; ▪ Iluminação no seu ambiente de trabalho; ▪ Temperatura no seu ambiente de trabalho; ▪ Disposição dos boxes e equipamentos; ▪ Material e equipamentos disponíveis; ▪ Estabilidade profissional e financeira e política de incentivos; ▪ Medidas de precaução; ▪ Transporte para o trabalho. 		

Figura 1 - Modelo de Escala para a Resposta do Questionário.

Com base nos dados organizados, e com a incorporação da opinião desta especialista, objetivando acrescentar itens não mencionados por falta de conhecimento técnico do usuário,

surge à relação final dos Itens de Demanda Ergonômica agrupados por categoria e listado na Figura 2.

Organização do Trabalho	<p>Equipe Multidisciplinar</p> <p>Execução de todas etapas do processo de enfermagem</p> <p>Jornada de trabalho e escala da semana</p> <p>Carga de trabalho realizada por dia de trabalho</p> <p>Relacionamento com a equipe de trabalho</p> <p>Pausa durante o trabalho</p> <p>Tempo de lazer com a família</p> <p>Ritmo de trabalho</p> <p>Preparo da equipe quanto ao conhecimento científico</p> <p>Satisfação com os familiares do cliente</p> <p>Equipe participa no planejamento das atividades do setor</p> <p>Treinamento da equipe em educação continuada</p> <p>Preparo para lidar com a dor dos outros</p> <p>Liberdade na execução dos procedimentos de enfermagem</p> <p>Divisão de tarefa entre os turnos</p>
Condições ambientais do posto de Trabalho	<p>Ventilação no seu ambiente de trabalho</p> <p>Iluminação no seu ambiente de trabalho</p> <p>Temperatura no seu ambiente de trabalho</p>
Posto de Trabalho	<p>Disposição dos boxes e equipamentos</p> <p>Material e equipamento disponível</p>
Empresa	<p>Estabilidade profissional e financeira e política de incentivos</p> <p>Medidas de precaução</p> <p>Transporte para o trabalho</p>

Figura 2 - Itens de Demanda Ergonômica Agrupados por Categoria.

A análise dos dados segue o formato quantitativo, conforme proposta pelo DM. Inicialmente os dados foram tabulados em planilha do programa Microsoft Excel, para uma primeira análise estatística, com extração da média e do desvio padrão, para cada Item de Demanda Ergonômica.

Apesar de toda abertura proporcionada pela empresa e do apoio da direção de enfermagem e das enfermeiras do hospital, houve dificuldades para aplicação do questionário nas UTIs. Também não foi possível realizar a apresentação dos resultados para os funcionários,

porque, além da dificuldade de retirar o colaborador do seu local de trabalho, o estudo envolvia as três Unidades de Terapia Intensiva (UTI), nos três turnos o que tornou ainda mais difícil a reunião com o grupo.

4.6 ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA DO QUESTIONÁRIO

A consistência interna do questionário foi avaliada por meio do *Alpha de Cronbach*. De acordo com Cronbach (1951), o alfa é uma medida de consistência interna que permite verificar (FOGLIATTO, 2001):

- Se todas as questões medem situações similares (satisfação/insatisfação/não-importância); ou seja, compreensão da escala.
- Se os dados são minimamente confiáveis.

A partir da medida pode-se:

- Reelaborar o questionário inteiro ou rever questões mal interpretadas.
- Recoletar dados.

Indicam uma boa consistência interna quando os valores de alfa de *Cronbach* forem maiores ou iguais a 0,55.

4.7 MÉTODO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística dos dados foi feita com software estatístico apropriado (SPSS 10.0). Os dados foram analisados através da estatística descritiva, a qual permite verificar as principais características dos indivíduos pesquisados. O teste de *Kruskal Wallis*, ao nível de significância de 5%, foi utilizado para verificar se existe diferença significativa entre as médias, pois os dados não apresentam normalidade, e não foi possível realizar uma transformação nos dados, para utilizar a ANOVA (Análise de Variância). Nos casos em que ocorreram diferenças significativas, aplicou-se o teste de comparações múltiplas não paramétricas, para verificar onde ocorreu a diferença.

Nas comparações múltiplas não-paramétricas entre grupos, cada valor Q_{calc} é comparado com o $Q_{\alpha, \kappa}$, obtido na tabela. Se o valor calculado for igual ou maior que o tabelado, rejeita-se a hipótese de igualdade entre os grupos que estão sendo comparados.

4.8 MÉTODO DE COLETA DE DADOS SOBRE O ABSENTEÍSMO

A pesquisa sobre os afastamentos dos funcionários da equipe de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva foi realizada com o banco de dados do Sistema de Gestão de RH /Medicina do Trabalho. Nesse sistema estão lançados todos os tipos de afastamentos ocorridos durante o mês:

- Falta injustificada;
- Falta justificada;
- Licença saúde;
- Nojo;
- Gala;
- Auxílio-maternidade;
- Licença por acidente de trabalho;
- Licença especial;
- Doença do trabalho;
- Saída médica;
- Licença médica/atestados.

Considerando que o presente estudo trata do absenteísmo por ausências não previstas, selecionou-se: licença médico/atestados com afastamento menor ou igual a 15 dias e auxílio doença com afastamento superior a 15 dias e até 12 meses.

Dessa forma, os dados foram selecionados dentro do sistema por unidade (UTI Geral, UTI Cardíaca e UTI Neonatal/Pediátrica) e por período, exemplo: mês de janeiro período de abrangência de 20/12/2001 a 21/01/2002; os dados foram impressos em planilhas mês a mês até dezembro de 2002. Este período de estudo foi assim determinado porque os dirigentes do hospital necessitavam de um diagnóstico que pudesse dar subsídios para o planejamento e controle da equipe de enfermagem das unidades de terapia intensiva, que, dentre as demais unidades e postos de enfermagem, era um setor que necessitava de ação imediata.

Assim, através de um consultor do sistema gestão em RH, algumas modificações foram realizadas para maior eficácia e veracidade dos dados. Foram acrescentadas no sistema, a pedido do departamento de RH/setor de assuntos trabalhistas, as inclusões de um campo para colocação do CID (Código Internacional de Doenças), dias perdidos para cada atestado e somatória dos dias perdidos para o funcionário afastado naquele período, nome e número de registro no CRM (Conselho Regional de Medicina) do médico examinador.

Portanto, se um colaborador faltou em datas diferentes, porém no mesmo período, a planilha irá informar todos os atestados, CID para cada afastamento e a somatória dos dias perdidos como mostra a Figura 3.

C. Custo: 11210100 - UTI

Matrícula	Turno	Colaborador	Admissão	Afastamento	Situação	Término Médico
000	1	Fulano de Tal	14/05/1992	08/02/2002	014- licença atestado	0/02/2004
DR. Jesus Cristo CRM						
Observação: CID M77.2			Horas Perdidas: 00:00		Dias Perdidos: 02	

Figura 3 - Modelo de Planilha Extraída do Sistema de Gestão de RH

O Fluxo de recebimento dos atestados ocorre da seguinte forma: o atestado com afastamento menor que 15 (quinze) dias é recebido pelo gerente do setor ao qual o funcionário pertence; este faz verificação necessária e lança no banco de dados. Após o lançamento, encaminha para o SESMT, onde fica arquivado na ficha clínica ocupacional do funcionário.

Os atestados com afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias são entregues no Departamento de Recursos Humanos / Setor de Assuntos Trabalhistas, para lançamento e controle, nesse momento o funcionário é orientado quanto ao afastamento superior a 15 dias, documentos para dar entrada à perícia médica no INSS e exame Médico de Retorno ao Trabalho, o qual deverá ser marcado pelo funcionário assim que receber alta do INSS. Só após avaliação e liberação do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), com "Apto", do Médico do Trabalho é que poderá bater cartão de entrada para trabalhar.

A equipe de enfermagem do SESMT e o funcionário administrativo do setor Assuntos Trabalhistas manterá comunicação com o funcionário afastado, orientando-o e acompanhando-o durante o período de afastamento.

Cabe também a essa equipe manter informada a gerência à qual pertence o funcionário sobre as etapas do processo de afastamento. Mensalmente, a equipe de profissionais do SESMT retira do sistema a planilha contendo as informações sobre o atestado, a qual é digitada novamente em planilha do Excel. Dessa forma, as principais causas de afastamento são tabuladas usando para isso o Código Internacional de Doenças (CID 9 ou CID 10).

Atualmente, o CID 10 é o mais utilizado pelos médicos e outros profissionais da área de saúde. Para facilitar o uso do Código Internacional de Doenças, a tabulação é feita de acordo com o capítulo ao qual pertence determinada doença.

Nesse sentido, Chaves (1995) e Echer *et al* (1999) destaca que a ausência de um membro da equipe de enfermagem ao trabalho merece especial atenção, pois afeta diretamente a qualidade do serviço prestado ao paciente, uma vez que um menor número de profissionais do que o habitual responde pela assistência do mesmo número de pacientes.

Em alguns casos a ausência é compensada com horas extras, elevando os custos com pessoal e interferindo no planejamento do trabalho. Essa situação acarreta o aumento da carga de trabalho e o desgaste da equipe.

Além do aspecto quantitativo, a qualidade do cuidado também fica comprometida pelo desconhecimento e pela falta de entrosamento dos elementos novos na equipe, mesmo que haja cobertura pelas horas extras.

Para fins deste estudo, os dados considerados foram os de Licença Médica - Atestado e os de Auxílio-Doença, que no ano de 2002 somaram um total de 323 atestados com 1428 dias de afastamento.

O Ranking das causas de afastamentos e dias perdidos nas Unidades de Terapia Intensiva, neste mesmo ano, apresentou-se conforme Tabela 01.

Tabela 01 - Causas de Absenteísmo na Equipe de Enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva - 2002

Agrupamento	Nº de Atestados	%	Nº de dias perdidos	%
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	1	0,31	1	0,07
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	15	4,64	19	1,33
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	3	0,93	4	0,28
Doenças do Aparelho Circulatório	1	0,31	55	3,85
Doenças do Aparelho Digestivo	9	2,76	45	3,15
Doenças do Aparelho Geniturinário	22	6,81	82	5,74
Doenças do Aparelho Respiratório	47	14,55	81	5,67
Doenças do Olho e Anexos	10	3,10	23	1,61
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitário	1	0,31	1	0,07
Doenças do Sistema Nervoso	14	4,33	23	1,61
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	33	10,22	394	27,59
Fatores que Influenciam o Estado de saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	5	1,55	21	1,47
Gravidez, Parto e Puerpério	8	2,48	27	1,89
Infecções Virais Caracterizadas por Lesões da Pele e Mucosas	1	0,31	1	0,07
Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas	8	2,48	71	4,97
Neoplasias (Tumores)	1	0,31	1	0,07
Neoplasias (Tumores) <i>in Situ</i>	1	0,31	1	0,07
Sintomas, Sinais, Achados Anormais de Exames Clínicos de Lab. não Classificados em Outra Parte	42	13,00	64	4,48
Transtornos mentais e Comportamentais	8	2,48	363	25,42
Traumatismos Superficiais Envolvendo Múltiplas Regiões do Corpo	1	0,31	2	0,14
Sem CID	92	28,48	149	10,43
Total	323	100	1428	100

Após essa primeira fase de levantamento dos atestados, foram feitas visitas nas UTIs para aplicação e coleta dos questionários e apresentação dos resultados iniciais das entrevistas.

As observações diretas foram realizadas durante 2002, período necessário para levantamento dos dados.

4.9 METODOLOGIA DO CÁLCULO DO ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO (IA)

Conforme os referenciais de Gaidzinski (1991-1998) e Chiavenato (2002), o absenteísmo é definido como os dias de afastamento não previstos do empregado ao trabalho, por motivo de falta ou doença, num determinado período.

De acordo com Gaisdzinki (1998), para cálculo do absenteísmo devem ser considerados, efetivamente, os dias em que podem ocorrer as ausências não previstas, descontando-se dos 365 dias do ano os 30 dias relativo a férias, 52 dias relativos aos domingos e 11 dias relativos aos feriados. A variável “dias estimados de trabalho”, neste caso, corresponde a 272 dias ao ano.

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Total de dias de ausências não previstas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ médio de funcionários} \times \text{Dias estimados de trabalho}}$$

Nascimento (2003), estudando o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem, em relação ao IA (Índices de Absenteísmo), para o conjunto das três categorias profissionais, constatou que o maior índice localiza-se na Licença Saúde com 2,46%. Echer *et al.* (1999) identificou em grupo de estudo sobre absenteísmo, índices de 6,35% ao ano. Fontes (2002), em estudo realizado sobre absenteísmo e os aspectos ergonômicos do trabalho na enfermagem, verificou que na participação do enfermeiro na contribuição da ergonomia foi observado um déficit de concepção, conscientização e correção, com reflexo diretamente no grau de satisfação desses profissionais sobre as condições de trabalho oferecidas pela instituição.

5 ESTUDO DE CASO

5.1 O HOSPITAL

Trata-se de uma empresa hospitalar que foi idealizada, em 1947, pelas irmãs Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo.

Fundada em 1953, foi inaugurada com pequena capacidade de atendimento: 100 leitos, sendo 50 leitos para pagantes e 50 para não-pagantes.

A partir de então, foram realizadas mudanças visando atender melhor a quem necessitasse dos serviços dessa instituição.

Devido ao aperfeiçoamento da equipe de profissionais em todas as áreas, o hospital é referência em todo país, mantendo permanentemente 100% de seus 400 leitos ocupados.

5.2 Avaliação Ambiental das Unidades de Terapia Intensiva

De acordo com as informações contidas no Programa Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), os riscos aos quais os trabalhadores da equipe de enfermagem estão expostos são:

- Risco Físico
 - Ruído de 56 a 89 dB (A) é observado na secagem de materiais com ar comprimido, porém a exposição a esse nível de pressão sonora não é contínua, média diária de uso 1 hora. Em função da avaliação efetuada, e ao disposto na Norma Regulamentadora NR-15, Anexo I, há caracterização de exposição acima dos limites de tolerância estabelecidos. Nesse caso existe orientação para o trabalhador de acordo com o PPRA, do uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI) de Concha ou Inserção e controle estabelecido pelo PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), com realização de Audiometria semestral após a admissão e nos exame periódico anual. A NBR 10152 fixa os níveis de compatíveis com o conforto acústico em hospitais (apartamentos, enfermarias) de 35-45 dB(A).
 - Iluminação: os níveis de iluminamento foram avaliados em Lux, observando-se os seguintes resultados 106 a 246 Lux.

A NBR 5413 estabelece os valores de iluminância médias mínimas em serviço para iluminação artificial em interiores de hospitais (enfermarias) valor médio 150 Lux. Pode-se considerar que os níveis de iluminamento estão dentro dos padrões de normalidade.

➤ Radiação Ionizante: dose de radiação, ainda que baixa, acarreta efeitos deletérios para a saúde. A obediência aos princípios da proteção radiológicas é fundamental para a utilização segura de materiais radioativos em hospitais. No hospital em estudo a taxa exposição a Radiação máxima verificada é de 3,0 mR/h, com tempo de exposição menor que 15 minutos.

▪ Risco Biológico

Pelo disposto na NR-15, anexo 14, as atividades que envolvam trabalhos e operações em contato permanente com pacientes em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana, há caracterização de insalubridade pela avaliação qualitativa.

▪ Risco Químico

A exposição da equipe de enfermagem ocorre principalmente em relação ao uso dos seguintes produtos: Glutaraldeído, é usado, principalmente, como esterilizante e desinfetante de equipamentos médico-cirúrgicos que podem não ser submetidos a métodos físicos. Caracterizado como um componente tóxico, irritante para a pele, mucosa e olhos. O limite de exposição máximo recomendado na Inglaterra é de 0,2 ppm (REYNOLDS, 1989);

Álcool 70%, nos estabelecimentos de saúde é indicado para desinfecção e descontaminação de superfícies e artigos. São irritantes para os olhos e tóxicos. A freqüente aplicação produz irritação e descamação da pele (REYNOLDS, 1989).

5.3 DESCRIÇÃO DAS TAREFAS PRESCRITAS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM (CONFORME MANUAL DE CARGO)

A atividade da equipe de enfermagem da UTI Geral está centrada no cuidado intensivo ao paciente através de um processo formalmente estabelecido em manual de procedimentos do setor. Cada funcionário tem suas tarefas determinadas e claramente prescritas, e estão treinados para assistir ao paciente no cuidado intensivo.

As atividades que compõem a tarefas da enfermagem podem ser assim descritas:

5.3.1 Tarefa Prescrita do Enfermeiro (a)

- Acompanhar passagem de plantão e/ou visita do médico, observando a prescrição de cuidados a cada paciente, objetivando a continuidade do tratamento e possibilitar o planejamento da assistência;
- Acompanhar e realizar os principais cuidados aos pacientes para que a evolução do tratamento de enfermagem possa estar sendo feita de maneira adequada integral e individualizada;
- Elaborar e estruturar as rotinas de serviços; com base na observação dos problemas da seção, analisá-los e propor melhorias visando otimizar o atendimento ao cliente;
- Planejar alta e orientar ao paciente e/ou família; receber a família em situações de ocorrência de óbito, fornecer informações e dispensar atenção especial;
- Supervisionar as atividades inerentes às práticas de serviços de enfermagem junto à seção em que atua, orientando e interferindo quando necessário, provendo a equipe com informações atualizadas e auxiliando na solução das dificuldades.
- Acompanhar a administração de medicações;
- Ligar para a família em caso de alta, óbito ou outra particularidade;

- Verificar os equipamentos mantendo-os em adequadas condições de uso, providenciar assistência técnica quando necessário;
- Garantir estoque mínimo de material necessário para o funcionamento da seção, fazendo o controle da qualidade e quantidade e orientando a forma de utilização, evitando o desperdício; verificar o adequado preenchimento das guias ou requisições de materiais;
- Participar mensalmente da reunião da SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; analisar e debater sobre os índices, taxas de infecção hospitalar; tomando decisões para sanar ou minimizar o problema;
- Acompanhar o processo de transferência do paciente de um setor para outro, assim como contato por telefone com responsável do setor de destino;
- Controlar as vagas referentes a emergências, cirurgias ou transferências; anotar em formulário as reservas para não exceder ou faltar; remanejar e redistribuir vagas de acordo com a necessidade do setor;
- Viabilizar o recebimento do paciente na sua área e seção sob sua responsabilidade;
- Observar/orientar a equipe de enfermagem a fim de trabalhar com as dificuldades dos mesmos;
- Prevenir os principais problemas futuros, referentes aos pacientes graves, com base na observação de exames, contatando com o Médico, se necessário;
- Desenvolver processos de comunicação com cliente, familiares e equipe de trabalho em todas as situações;
- Treinar, acompanhar e avaliar os novos funcionários admitidos na seção;
- Observar o desempenho e avaliar os funcionários lotados na área e nas seções;
- Promover a educação continuada para a área e setores sob sua responsabilidade;
- Promover e recomendar o remanejamento temporário e/ou definitivo entre os funcionários da equipe de trabalho;
- Participar da elaboração das escalas de trabalhos, folgas ou de férias dos funcionários lotados na área e setores em que atua;
- Elaborar a revisão de normas e rotinas, mantendo-as atualizadas para a área e seção de sua responsabilidade;

- Colaborar com o serviço de auditoria interna para o efetivo controle das contas hospitalar;
- Realizar diariamente prescrição, evolução e diagnóstico de enfermagem;
- Contribuir com a implantação e manutenção do programa de Acreditação Hospitalar.

5.3.2 Tarefa Prescrita do Técnico (a) de Enfermagem

- Receber e passar plantão geral e específico da seção onde está locado, para obter e fornecer informações relativas a estes e a seus pacientes;
- Realizar cuidados integrais e específicos, de acordo com as prescrições e intercorrências peculiares a cada paciente;
- Encaminhar pedidos de exames a determinadas seções;
- Realizar atendimentos de emergência, de acordo com a situação que se apresenta, atuando com base nos seus conhecimentos de enfermagem;
- Manter organizado o ambiente de trabalho, acondicionando os materiais de uso do paciente na unidade;
- Realizar transferência de paciente da unidade, para outras seções;
- Registrar admissão, alta, transferência interna e externa, pré e pós-operatórios, intercorrência e óbitos de pacientes em censo diário, folhas de controle e gastos, prescrições, guias de encaminhamento, caderno de ocorrências, balanço, relatório diário, prontuário, formulário e plano de soro, mapas de dieta, para controle da seção;
- Conferir, preparar, organizar e reabastecer os carrinhos de emergência, bandejas e/ou gavetas, e seus respectivos materiais;
- Organizar o ambiente de trabalho e limpeza e/ou desinfecção de superfícies, equipamentos e objetos de uso, utilizando produtos específicos;
- Auxiliar equipe médica na realização de procedimentos;
- Realizar anotação de enfermagem na prescrição do paciente após cada turno;
- Manter organizados os prontuários dos pacientes;
- Atentar para os alarmes dos equipamentos, verificando possíveis intercorrências com o paciente ou equipamento;

- Preparar e administrar medicação e soro, conforme prescrição diária, certificando-se e conferindo dados descritos, transcrevendo-os para cartões de medicação e plano de soro;
- Realizar cuidados com o corpo pós-morte, transportá-lo à capela Mortuária, devidamente identificada;
- Orientar pacientes e familiares quanto a procedimentos relativos a: normas do HNSG, cuidados de higiene, amamentação e outros cuidados durante a internação;
- Preparar e assumir o leito vazio para recebimento de pacientes, realizando internamento, primeiros cuidados habituais e especiais, medicações de acordo com as particularidades do paciente;
- Reportar-se ao Enfermeiro ou Médico em qualquer situação que houver necessidade, solicitando orientação e supervisão de suas atividades.

▪ **5.3.3 Tarefa Prescrita do Auxiliar de Enfermagem**

- Fazer a lavagem e secagem do material distribuído pela Central de material e posteriormente encaminhá-lo para embalagem;
- Acondicionar os materiais que chegam do almoxarifado em locais apropriados;
- Encaminhar para a Seção de Eletromedicina os equipamentos que necessitarem reparo preenchendo formulário específico;
- Atender às solicitações das chefias, buscando junto ao almoxarifado materiais diversos de consumo, equipamentos e outros itens necessários ao desenvolvimento dos serviços;
- Zelar pela ordem e limpeza no seu ambiente de trabalho;
- Controlar e manter estoque mínimo de materiais utilizados na unidade, verificando prazos de validade, qualidade e integridade das embalagens; deixar disponíveis para serem utilizados;
- Zelar pela ordem e limpeza no seu ambiente de trabalho.

5.4 DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

5.4.1 UTI Geral

A UTI Geral foi o primeiro setor de Unidade de Terapia Intensiva do hospital. Inaugurada em 1993, ocupa uma área central do hospital.

Em virtude do local da construção e sua arquitetura interna, os boxes não possuem *lay out* que permita a otimização do trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que os espaços não são adequados para o grande número de equipamento existente em cada box. As prateleiras são inadequadas quanto a sua posição e altura, o suporte do soro sobre o leito são altos e até mesmo as camas são altas principalmente quando do uso de colchão de ar, por esse motivo o trabalho executado pela equipe de enfermagem fica prejudicado, tendo o trabalhador que assumir posturas inadequadas, expondo-se a riscos de acidentes de trabalho.

Segundo Marziale (1993), os riscos ergonômicos no trabalho de enfermagem estão associados à movimentação e ao transporte de pacientes, ao manuseio de equipamentos e materiais, às posturas prolongadas e inadequadas nos diferentes postos de trabalho, às flexões da coluna freqüentes ao organizar e assistir aos pacientes, devido ao tipo de mobiliário não regulável e inadequado para os usuários, além de deslocamentos desnecessários realizados durante a jornada de trabalho.

A UTI Geral encontra-se instalada no primeiro andar, numa área total de 411 metros quadrados, composta de 14 leitos, atende pacientes de várias etiopatogenias com caráter de assistência intensiva.

O espaço físico ocupado pela UTI está dividido internamente da seguinte forma: *hall* de entrada e um corredor que dá acesso à área restrita. À esquerda do *hall* de entrada está o vestiário feminino com banheiro privativo às funcionárias. Box para cuidado semi-intensivo com capacidade para 3 leitos com banheiro privativo para os pacientes. E na seqüência 2 boxes de isolamento. A partir desses, o espaço físico se abre em um semicírculo com 90° terminando à direita com mais 2 boxes de isolamento. Neste semicírculo estão inseridos 10 boxes para pacientes com cuidados intensivos mas, que não necessitam de isolamento, por esta razão esses boxes estão delimitados por divisórias móveis, revestidas com laminado de cor bege. À direita do *hall* de entrada há uma sala de espera com banheiro, depósito, sala de materiais,

rouparia, depósito de material limpo, posto de enfermagem. Internamente a UTI possui dois corredores que dão acesso à equipe, área restrita e outro corredor interno à direita que dá acesso à sala de utilidades e expurgo, por onde sai o material sujo. Ainda, à direita do *hall* de entrada, encontra-se a sala de reunião, vestiário masculino com banheiro privativo, *closed* para os médicos plantonistas com banheiro masculino e feminino.

Os leitos estão distribuídos da seguinte forma: quatro leitos são reservados para isolamento; três para pacientes com cuidados semi-intensivos; os demais são leitos normais de cuidados intensivos. Os boxes para isolamento são delimitados por divisórias e possuem vidro a partir de 1,20 cm de altura. São 4 boxes, com vidros transparentes, sendo a parte inferior da divisória revestida com laminado de cor bege.

O piso é de material lavável Paviflex em mosaico. As paredes em alvenaria em epóxi e alvenaria com revestimento de azulejos. O teto de toda a área é de laje de concreto com pintura em PVA, cor branca, lavável.

Os leitos para isolamento ficam em quartos fechados. Os leitos para cuidados semi-intensivos ficam em uma área da UTI um pouco mais distantes do posto de enfermagem, porém há sempre um membro da equipe de enfermagem neste local, para observar possíveis alterações dos pacientes.

A UTI Geral é um ambiente fechado, sem janelas e não possui ventilação nem luz natural.

5.4.1.1 Absenteísmo na Equipe de Enfermagem da UTI Geral em 2002

Durante o ano de 2002 o número de afastamento por Licença Médica e Auxílio Doença na UTI geral foi de 125 atestados, representando 38,69% do total de atestados das Unidades de Terapia Intensiva. Isso corresponde a 859 dias perdidos de trabalho, ou seja, 60,15% do total de dias perdidos na três unidades, conforme mostra a Tabela 02

Tabela 02 - Causas de Absenteísmo na Equipe de Enfermagem - UTI Geral 2002.

CAUSAS DE AFASTAMENTO	Nº DE ATESTADOS	%	Nº DE DIAS PERDIDOS	%
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	3	2,4	6	0,70
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	1	0,8	2	0,23
Doenças do Aparelho Digestivo	3	2,4	4	0,47
Doenças do Aparelho Geniturinário	10	8	23	2,68
Doenças do Aparelho Respiratório	18	14,4	36	4,19
Doenças do Olho e Anexos	1	0,8	2	0,23
Doenças do Sistema Nervoso	5	4	5	0,58
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	17	13,6	284	33,06
Gravidez, Parto e Puerpério	3	2,4	22	2,56
Lesões, Envenenamento e Algumas Outras	6	4,8	54	6,29
Conseqüências de Causas Externas				
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte	18	14,4	22	2,56
Transtornos mentais e Comportamentais	4	3,2	344	40,04
Sem CID	36	28,8	55	6,40
TOTAL	125	100	859	100

5.4.1.2 Descrição da Escala nos Turnos

A UTI Geral é composta 52 funcionários, sendo: 49 funcionários da equipe de enfermagem: enfermeiros 16,33%, técnicos de enfermagem 65,31% e auxiliares de enfermagem 18,37% e 3 funcionários dos serviços gerais.

Nessa população 30,61 % tem idade entre 19 a 28 anos e 51,02% tem idade entre 29 e 38 anos, o que caracteriza uma população de trabalhadores jovens. Em relação ao sexo 79,59% são do sexo feminino e 20,41 % do sexo masculino.

Quanto ao tempo de trabalho na empresa: 38,78% tem menos de 5 (cinco) anos; 40,82% possuem menos de 10 anos; 10,20 % possuem 10 a 14 anos; 6,12% possuem 15 a 20 anos, e 4,08 % possuem mais de 20 anos.

A equipe de enfermagem desse setor trabalha em turnos: manhã, tarde e noite. O turno da noite atua com escala de revezamento 12/36 horas em noites pares e ímpares, conforme Tabela03. (julho 2002).

Tabela 03 - Distribuição da Equipe de Enfermagem nos Turnos – UTI Geral 2002

Equipe	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite Par	Turno Noite Impar
Enfermeiro (a)	2	2	2	2
Técnico (a) Enfermagem	10	8	7	7
Auxiliar de Enfermagem	2	2	3	2

5.4.1.3 Organização dos Itens de Demanda Ergonômica UTI Geral**Tabela 04 - Itens de Demanda Ergonômica - UTI Geral**

Itens de Demanda Ergonômica	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de diálogo c/ chefia imediata						X	
Falta valorização, segurança e Estabilidade no trabalho			X				
Setor fechado com inadequação de espaço e box inadequados		X	X	X		X	
Trabalhos mecânicos, burocráticos e cansativos, com sobrecarga				X			
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade			X				
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos				X		X	X
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física				X			
O trabalho da equipe fica prejudicado pelo nº elevado de afastamentos	X						
A equipe de enfermagem das UTIs deveria ser maior	X					X	X
A empresa precisa oferecer incentivo, estímulo e qualidade de vida				X			
A equipe necessita de treinamentos, Oportunidades e prazer no trabalho		X	X	X		X	X
O hospital necessita de uma CIPA mais atuante e trabalho mais humanizado				X			
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonado		X					X
Equipe sente muita tristeza pelos vários óbitos, necessita de apoio psicológico	X	X				X	

A demanda manifestada pelos funcionários das UTIs foi tabulada por ordem de menção conforme Tabela 05.

Tabela 05- Itens de Demanda Ergonômica Por Participantes – UTI Geral

Itens de Demanda Ergonômica	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de diálogo com chefia imediata						5	
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho			2				
Setor fechado com inadequação de espaço e boxes inadequados		2	3	5		2	
Trabalho mecânico burocrático, Cansativo com sobrecarga				6			
Setor de alta complexidade o que Exige maior responsabilidade			5				
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos				4		6	2
Equipamento com excesso de peso Exigindo maior força física				7			
O trabalho da equipe fica prejudicado Pelo nº elevado de afastamentos	2						
A equipe de enfermagem das UTIs Deveria ser maior	1					7	3
A empresa precisa oferecer incentivo, Estímulo e qualidade de vida				8			
A equipe necessita de treinamentos, Oportunidades e prazer no trabalho		3	1	3		4	1
O hospital necessita de uma CIPA mais Atuante e trabalho mais humanizado				2			
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada		5					4
Equipe sente muita tristeza pelos vários Óbitos, necessita de apoio psicológico.		4				3	

Tabela 06- Itens de Demanda Ergonômica Por Ordem de Menção - UTI Geral

Itens de Demanda Ergonômica	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de diálogo com chefia imediata						1/5	
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho			1/2				
Setor fechado com inadequação de espaço e boxes inadequados		1/2	1/3	1/5		1/2	
Trabalho mecânico burocrático, cansativo com sobrecarga				1/6			
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade			1/5				
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos				1/4		1/6	1/2
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física				1/7			
O trabalho da equipe fica prejudicado pelo nº elevado de afastamentos	1/2						
A equipe de enfermagem das UTIs deveria ser maior	1					1/7	1/3
A empresa precisa oferecer incentivo, estímulo e qualidade de vida				1/8			
A equipe necessita de treinamentos, Oportunidades e prazer no trabalho		1/3	1	1/3		1/4	1
O hospital necessita de uma CIPA mais atuante e trabalho mais humanizado				1/2			
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada		1/5					1/4
Equipe sente muita tristeza pelos vários óbitos, necessita de apoio psicológico		1/4				1/3	

A aplicação dos pesos da Tabela 7, deu origem à tabela a seguir:

Tabela 07 - Atribuição de Pesos Para os Itens de Demanda Ergonômica – UTI Geral

Itens de demanda ergonômica	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de diálogo com chefia imediata						0,2	
Falta valorização, segurança e estabilidade. no trabalho			0,5				
Setor fechado com inadequação de espaço e boxes inadequados		0,5	0,3	0,2		0,5	
Trabalho mecânico burocrático, cansativo com sobrecarga				0,2			
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade			0,2				
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos				0,3		0,2	0,5
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física				0,1			
O trabalho da equipe fica prejudicado pelo nº elevado de afastamentos	0,5						
A equipe de enfermagem das UTIs deveria ser maior	1					0,1	0,3
A empresa precisa oferecer incentivo, estímulo e qualidade de vida				0,1			
A equipe necessita de treinamentos, Oportunidades e prazer no trabalho		0,3	1	0,3		0,3	1
O hospital necessita de uma CIPA mais atuante e trabalho mais humanizado				0,5			
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada		0,2					0,3
Equipe sente muita tristeza pelos vários óbitos, necessita de apoio psicológico		0,3				0,3	

Sendo assim, com a aplicação dos pesos, dos resultados da entrevista aplicada aos funcionários da UTI Geral, surge a priorização dos Itens de Demanda Ergonômica, como pode se observar:

Tabela 08 - Priorização dos Pesos dos Itens de Demanda Ergonômica – UTI Geral

Itens de Demanda Ergonômica	Entrevistados							SOMA
	1	2	3	4	5	6	7	
A equipe necessita de treinamentos, Oportunidades e prazer no trabalho		0,3	1	0,3		0,3	1	2,92
Setor fechado com inadequação de espaço e boxes inadequados		0,5	0,3	0,2		0,5		1,53
A equipe de enfermagem das UTIs deveria ser maior	1					0,1	0,3	1,48
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos				0,3		0,2	0,5	0,92
Equipe sente muita tristeza pelos vários óbitos, necessita de apoio psicológico.		0,3				0,3		0,58
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho			0,5					0,5
O trabalho da equipe fica prejudicado pelo nº elevado de afastamentos	0,5							0,5
O hospital necessita de uma CIPA mais atuante e trabalho mais humanizado				0,5				0,5
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada		0,2					0,3	0,45
Pressão pelos superiores e falta de diálogo com chefia imediata						0,2		0,2
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade			0,2					0,2
Trabalho mecânico burocrático, cansativo com sobrecarga				0,2				0,17
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física				0,1				0,14
A empresa precisa oferecer incentivo, estímulo e qualidade de vida				0,1				0,13

5.4.2 UTI Cardíaca

A UTI cardíaca está localizada no 6º andar, com área total de 357,50 m², tem capacidade para 11 leitos, divididos em 2 boxes para isolamento, 4(Quatro) boxes para pacientes pós-cirurgia cardíaca imediata, e 5 leitos para pacientes de clínica cardíaca e outras. As paredes são de alvenaria com pintura em PVA, cor verde claro, teto com forro tipo pacote em gesso, na cor branca.

As UTI Cardíaca e Pediátrica estão divididas por um corredor para circulação. UTI Cardíaca à direita e à esquerda UTI Pediátrica. O espaço físico da UTI cardíaca está dividido da seguinte forma (área comum para UTI Cardíaca e Pediátrica):

- Copa para distribuição das refeições;
- Vestiário para visitantes com pia e armários;
- Depósito;
- Vestiários para os funcionários do sexo masculino com banheiro privativo, chuveiro, armários e *hamper*;
- Vestiário para funcionárias do sexo feminino com banheiro privativo, chuveiro, armários e *hamper*;
- *Closed* médico com 3 quartos com banheiro masculino e feminino.

Internamente a UTI Cardíaca está dividida em: sala de material hospitalar, rouparia, posto de enfermagem, leitos, balcão de prescrição médica com computador, corredor de circulação interna com sala de utilidades e depósito.

Os boxes estão divididos da seguinte forma:

- 5 leitos para pacientes no pós-cirurgia imediata; são boxes abertos permitindo observação e cuidados intensivos da equipe de enfermagem, médica e de fisioterapeutas;
- 4 boxes fechados com paredes de alvenaria, que possuem porta de vidro transparente ao fundo que dá acesso ao corredor externo por onde ocorre a circulação de visitantes; esse corredor externo possui janelas amplas em vidros transparentes permitindo iluminação e ventilação natural. Os boxes para isolamento são fechados com porta e banheiro privativo, utilizado para pacientes com doenças infecto-contagiosas ou pacientes com infecção hospitalar e bactérias Pam - Resistentes (MARSA, Pseudomonas).

5.4.2.1 Absenteísmo na equipe de enfermagem da UTI Cardíaca em 2002

Em 2002, o número de afastamento por licença médica e auxílio doença na UTI Cardíaca foi de 80 atestados, representando 24,76% do total de atestados das Unidades de Terapia Intensiva, 290 dias perdidos, ou seja, 20,30% do total de dias perdidos pelos funcionários destes setores.

Tabela 09 - Causas de Absenteísmo na Equipe de Enfermagem - UTI Cardíaca

Causas de afastamento	Nº Atestados	%	Nº Dias Perdidos	%
Doenças do Aparelho Respiratório	8	10,00	15	5,17
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratório não Classificados em Outra Parte	7	8,75	9	3,10
Doença do Olho e anexos	6	7,50	16	5,52
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	6	7,50	7	2,41
Doenças do Aparelho Geniturinário	5	6,25	37	12,76
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	3	3,75	21	7,24
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	3	3,75	19	6,55
Doenças do Sistema Nervoso	3	3,75	4	1,38
Gravidez, Parto e Puerpério	3	3,75	3	1,03
Doenças do Aparelho Digestivo	2	2,50	31	10,70
Lesões, envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas	2	2,50	17	5,86
Transtornos mentais e Comportamentais	2	2,50	9	3,10
Doenças do Aparelho Circulatório	1	1,25	55	18,97
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	1	1,25	1	0,34
Atestados sem CID (Código Internacional de Doenças)	28	35,00	46	15,86
TOTAL	80	100	290	100

5.4.2.2 Descrição da Escala nos Turnos

Com 39 funcionários, sendo 34 da equipe de enfermagem, é composta de enfermeiros (14,71%), técnicos de enfermagem (76,47%) e auxiliares de enfermagem (8,82%) e 5 funcionários da equipe de serviços gerais.

A UTI Cardíaca funciona 24 horas por dia, com revezamento da equipe em turnos, manhã, tarde e noite. A equipe que trabalha de manhã e tarde cumpre carga horária de 6 horas e um dia de folga semanal. O turno da noite cumpre carga horária de 12/36 horas e uma folga semanal de maneira que a soma dos dias trabalhados seja de 36 horas semanais. Dessa forma a escala da equipe de enfermagem encontra-se assim distribuída (julho/ 2002):

Tabela 10 - Distribuição da Equipe de Enfermagem nos Turnos - UTI Cardíaca.

Equipe	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite Par	Turno Noite Impar
Enfermeiro (a)	2	1	1	1
Técnico (a) Enfermagem	9	7	5	5
Auxiliar de Enfermagem	2	1	-	-

Em relação à idade, 39,39% possui idade entre 20 a 28 anos; 39,39% possui idade entre 29 e 38 anos e 21, 21% entre 40 e 49 anos, ou seja, uma população de trabalhadores jovens.

Quanto ao sexo, a equipe de enfermagem é composta de 78,79% de profissionais do sexo feminino e 21,21% de profissionais do sexo masculino. Em relação ao tempo de trabalho na empresa, segue a seguinte distribuição: 36,36%, tem menos de 5 (Cinco) anos; 48,48% possuem menos de 10 anos; 9,09% possuem 10 a 14 anos e 6,07% possuem 15 a 20 anos.

5.4.2.3 Organização dos Itens de Demanda Ergonômica**Tabela 11 - Itens de Demanda Ergonômica – UTI Cardíaca**

Itens de Demanda Ergonômica	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de diálogo com chefia imediata						X	
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho							X
Setor fechado com inadequação de Espaço e boxes inadequados			X				
Trabalho mecânico burocrático, cansativo com sobrecarga		X	X	X			
Setor de alta complexidade o que exige maior Responsabilidade						X	
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos			X				
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física		X					X
O trabalho da equipe fica prejudicado pelo nº elevado de afastamentos			X		X	X	
A equipe de enfermagem das UTIs deveria ser maior			X				X
A empresa precisa oferecer incentivo, estímulo e qualidade de vida			X				
A equipe necessita de treinamentos, Oportunidades e prazer no trabalho					X	X	
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada						X	

A demanda manifestada pelos funcionários das Unidades Terapia Intensiva foram tabuladas por ordem de menção conforme Tabela 12.

Tabela 12 - Itens de Demanda Ergonômica Por Participante – UTI Cardíaca

Itens de Demanda Ergonômica	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de diálogo com chefia imediata						4	
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho			1		2		3
Setor fechado com inadequação de espaço e box inadequados			6				
Trabalho mecânico burocrático, cansativo com sobrecarga				1		2	1
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade						1	
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos			5				
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física		2	4				4
O trabalho da equipe fica prejudicado pelo nº elevado de afastamentos		1			1		
A equipe de enfermagem das UTIs deveria ser maior			3				2
A empresa precisa oferecer incentivo, estímulo e qualidade de vida						6	
A equipe necessita de treinamentos, Oportunidades e prazer no trabalho						5	
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada						3	

Tabela 13- Itens de Demanda Ergonômica Por Menção – UTI Cardíaca

Itens de demanda ergonômica	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de diálogo com chefia imediata						1/4	
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho			1		1/2		1/3
Setor fechado com inadequação de espaço e box inadequados			1/6				
Trabalho mecânico burocrático, cansativo com sobrecarga				1		1/2	1
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade						1	
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos			1/5				
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física		1/2	1/4				1/4
O trabalho da equipe fica prejudicado pelo nº elevado de afastamentos		1			1		
A equipe de enfermagem das UTIs deveria ser maior			1/3				1/2
A empresa precisa oferecer incentivo, estímulo e qualidade de vida						1/6	
A equipe necessita de treinamentos, oportunidades e prazer no trabalho						1/5	
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada						1/3	

Sendo assim, com a aplicação dos pesos, dos resultados da entrevista aplicada aos funcionários das Unidades de Terapia Intensiva, surge a priorização dos Itens de Demanda Ergonômica, como pode se observar na Tabela 14.

Tabela 15 - Priorização dos Pesos dos Itens de Demanda Ergonômica – UTI Cardíaca

Itens de demanda ergonômica	Entrevistados							SOMA
	1	2	3	4	5	6	7	
O trabalho da equipe fica prejudicado pelo nº elevado de afastamentos		1,00			1,00			2,00
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho			1,00		0,50		0,33	1,83
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade						1,00		1,00
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física		0,50	0,25				0,25	1,00
A equipe de enfermagem das UTIs deveria ser maior			0,33				0,50	0,83
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada						0,33		0,33
Pressão pelos superiores e falta de diálogo com chefia imediata						0,25		0,25
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos			0,20					0,20
A equipe necessita de treinamentos, oportunidades e prazer no trabalho						0,20		0,20
Setor fechado com inadequação de espaço e boxes inadequados			0,17					0,17
A empresa precisa oferecer incentivo, estímulo e qualidade de vida						0,17		0,17

5.4.3 UTI Pediátrica / Neonatal

A UTI Pediátrica/Neonatal encontra-se instalada no 6º andar, com área total de 300 m², com capacidade para 12 leitos para patologias e 2 boxes para isolamento; presta atendimento intensivo clínico e cirúrgico a crianças de 0 a 12 anos e 11 meses.

As UTI Cardíaca e Neonatal/Pediátrica estão divididas por um corredor para circulação, à direita UTI Cardíaca e a esquerda UTI Pediátrica.

O espaço físico da UTI Pediátrica está dividido da seguinte forma (área comum para UTI Cardíaca e Pediátrica): sala de reunião; copa para distribuição das refeições; vestiário para visitantes com pia e armários; depósito; vestiários para os funcionários do sexo masculino com banheiro privativo, chuveiro, armários e *hamper*; vestiário para funcionárias do sexo feminino com banheiro privativo, chuveiro, armários e *hamper*; *closed* médico com 3 quartos com banheiro masculino e feminino.

A área restrita à UTI Pediátrica está assim dividida:

- À direita, o posto de enfermagem e leitos para pacientes cardíacos.
- À esquerda, dividido por uma parede de alvenaria, os leitos para neonatal; depósito; rouparia; sala de utilidades e expurgo.

As paredes são de alvenaria com pintura em PVA na cor verde claro, decoradas com personagens da Disney (Mickey, Pateta, Pluto, Donald).

No teto, forro tipo pacote em gesso; pisos em mosaico.

A ventilação é mecânica (ar condicionado) e a iluminação é feita por luminárias com lâmpadas fluorescentes.

5.4.3.1 Absenteísmo na Equipe de Enfermagem da UTI Neonatal / Pediátrica 2002

O número de afastamentos por licença-médica e auxílio-doença durante o ano de 2002 na UTI Pediátrica/neonatal foi de 118 atestados, o que representa: 36,65% dos atestados das Unidades de Terapia Intensiva, com 279 dias perdidos, ou seja, 24,45% do total de dias perdidos neste setor, como pode ser verificado na Tabela 16 a seguir.

Tabela 16 - Causas de Absenteísmo na Equipe de Enfermagem - UTI Neonatal/Pediátrica

CAUSAS DE AFASTAMENTO	Nº		Nº Dias	
	Atestados	%	Perdidos	%
Doenças do Aparelho Respiratório	21	17,79	30	10,75
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos Laboratório não classificados em outra parte	17	14,41	33	11,83
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	13	11,01	89	31,90
Doenças do Aparelho Geniturinário	7	5,93	22	7,88
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	6	5,08	6	2,15
Doenças do Sistema Nervoso	6	5,08	14	5,02
Doenças do Aparelho Digestivo	4	3,39	10	3,58
Doenças do olho e anexos	3	2,54	5	1,79
Fatores que influenciam o estado de Saúde e o contato com os serviços de saúde	2	1,69	2	0,72
Gravidez, Parto e Puerpério	2	1,69	2	0,72
Transtornos Mentais e Comportamentais	2	1,69	10	3,58
Neoplasias (Tumores)	1	0,85	1	0,36
Neoplasias (Tumores) <i>in Situ</i>	1	0,85	1	0,36
Algumas Afecções originadas no período Perinatal	1	0,85	1	0,36
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	1	0,85	1	0,36
Doenças do sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns transtornos Imunitários	1	0,85	1	0,36
Infecções Virais Caracterizadas por lesões de Pele e Mucosas	1	0,85	1	0,36
Traumatismos superficiais envolvendo múltiplas regiões do corpo	1	0,85	2	0,72
Atestados sem CID (Código Internacional de Doenças)	28	23,73	48	17,20
TOTAL	118	100	279	100

5.4.3.2 Descrição de Escala nos Turnos

A UTI Neo/Pediátrica em junho de 2002 trabalhava com 41 funcionários, sendo 37 funcionários de equipe de enfermagem, enfermeiros 13,51%, técnicos de enfermagem 72,97% e auxiliares de enfermagem 13,51% e mais 4 funcionários dos serviços gerais.

A UTI Pediátrica funciona 24 horas por dia, com revezamento da equipe em turnos, manhã, tarde e noite. A equipe que trabalha de manhã e tarde cumpre carga horária de 6 horas e um dia de folga semanal. O turno da noite cumpre carga horária de 12/36 horas e uma folga semanal de maneira que a soma dos dias trabalhados seja de 36 horas semanais, conforme tabela nº 17 (julho/2002).

Tabela 17 - Distribuição da Equipe de Enfermagem nos Turnos - UTI Neonatal/Pediátrica

Equipe	Turno Manhã	Turno Tarde	Turno Noite Par	Turno Noite Impar
Enfermeiro (a)	2	1	1	1
Técnico (a) Enfermagem	6	8	6	7
Auxiliar de Enfermagem	3	1	1	-

Em relação à idade dos funcionários, 35,14 % possuem idade entre 19 a 28 anos e 54,05% com idade entre 29 e 38 anos, o que caracteriza uma população de trabalhadores jovens. A equipe de enfermagem da UTI Neonatal/Pediátrica, 100% são do sexo feminino.

Em relação ao tempo de trabalho na empresa: 40,54% tem menos de 5 anos; 43,24% possuem menos de 10 anos; 8,11 % possuem 10 a 14 anos; 5,41% possuem 15 a 20 anos e 2,70 % possuem mais de 20 anos.

5.4.3.3 Organização dos Itens de Demanda Ergonômica**Tabela 18 - Itens de Demanda Ergonômica - UTI Neonatal /Pediátrica**

Itens de Demanda Ergonômica UTI	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de Diálogo com chefia imediata			x				
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho			x	x		x	
Setor fechado com inadequação de espaço e boxes inadequados			x				
Trabalho mecânico burocrático, cansativo com sobrecarga				x			
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade	x						
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos	x						
Equipamento com excesso de peso Exigindo maior força física	x						
Falta cooperação entre os colegas							x
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada							x
Dificuldade de relacionamento com os familiares dos clientes	x		x	x	x		x
A UTI neonatal necessita de um trabalho mais Intenso de psicologia com os familiares	x						

Tabela 19 - Itens de Demanda Ergonômica Por Participante da Entrevista - UTI Neonatal/Pediátrica

Itens de Demanda Ergonômica	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de diálogo com chefia imediata			2				
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho			4	2		3	
Setor fechado com inadequação de espaço e boxes inadequados			5				
Trabalho mecânico burocrático, cansativo com sobrecarga				3			
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade	1						
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos	2						
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física	4						
Falta cooperação entre os colegas						2	
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada						4	
Dificuldade de relacionamento com os familiares dos clientes	1		3	1	2		1
A UTI neonatal necessita de um trabalho mais intenso de psicologia com os familiares	2						

Tabela 20 - Itens de Demanda Ergonômica Por Ordem de Menção - UTI Neonatal/Pediátrica

Itens de Demanda Ergonômica	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de diálogo com chefia imediata			1/2				
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho			1/4	1/2		1/3	
Setor fechado com inadequação de espaço e boxes inadequados			1/5				
Trabalho mecânico burocrático, Cansativo com sobrecarga				1/3			
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade	1						
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos	1/2						
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física	1/4						
Falta cooperação entre os colegas						1/2	
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada						1/4	
Dificuldade de relacionamento com os familiares dos clientes	1		1/3	1	1/2		1
A UTI neonatal necessita de um trabalho mais intenso de psicologia com os familiares	1/2						

Tabela 21 - Atribuição dos Pesos Para os Itens de Demanda Ergonômica -UTI Neotal/Pediátrica

Itens de Demanda Ergonômica	Entrevistados						
	1	2	3	4	5	6	7
Pressão pelos superiores e falta de diálogo Com chefia imediata			0,50				
Falta valorização, segurança e estabilidade no trabalho			0,25	0,50		0,33	
Setor fechado com inadequação de espaço e boxes inadequados			0,20				
Trabalho mecânico burocrático, cansativo com sobrecarga				0,33			
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade	1,00						
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos	0,50						
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física	0,25						
Falta cooperação entre os colegas						0,50	
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada						0,25	
Dificuldade de relacionamento com os familiares dos clientes	1,00		0,33	1,00	0,50		1,00
A UTI neonatal necessita de um trabalho mais intenso de psicologia com os familiares	0,50						

Tabela 22 - Priorização dos Pesos dos Itens de Demanda Ergonômica - UTI Neonatal / Pediátrica.

Itens de Demanda Ergonômica	Entrevistados							Soma
	1	2	3	4	5	6	7	
Dificuldade de relacionamento Com os familiares dos clientes	1,00		0,33	1,00	0,50		1,00	3,83
Falta valorização, segurança e Estabilidade no trabalho			0,25	0,50		0,33		1,08
Setor de alta complexidade o que exige maior responsabilidade	1,00							1,00
Pressão pelos superiores e falta de diálogo c/ chefia imediata			0,50					0,50
Falta de equipamentos e manutenção dos mesmos	0,50							0,50
Falta cooperação entre os colegas						0,50		0,50
A UTI neonatal necessita de um trabalho mais intenso de psicologia com os familiares	0,50							0,50
Trabalho mecânico burocrático, Cansativo com sobrecarga				0,33				0,33
Equipamento com excesso de peso exigindo maior força física	0,25							0,25
Maior flexibilidade nas folgas, família do colaborador sente-se abandonada						0,25		0,25
Setor fechado com inadequação de espaço e boxes inadequados			0,20					0,20

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados e a discussão do estudo realizado nas Unidades de Terapia Intensiva (Geral, Cardíaca e Neonatal/ Pediátrica) acerca do absenteísmo e a demanda ergonômica nos trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem) em um hospital de grande porte de Curitiba, Paraná.

6.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA GERAL

6.1.1 Análise do Absenteísmo da Equipe de Enfermagem

Nogueira e Azevedo (1982) destacam que, para o estudo do absenteísmo no Brasil, muitas dificuldades são encontradas e, em consequência, não existe estatística brasileira a esse respeito; ignora-se o número de dias de trabalho perdidos por motivo de doença e não existe informações a respeito do ônus econômico que tais ausências ao trabalho acarretam ao país.

6.1.2 Absenteísmo Licença Médica/Atestado, Afastamento Menor ou Igual a 15 (Quinze) Dias no Ano de 2002

Em um primeiro momento, buscou-se conhecer a quantidade média da equipe de enfermagem existentes na Unidade de Terapia Intensiva Geral. Os dados apresentados na tabela 25 estão dispostos segundo o período estudado, ou seja de 20/12/2001 a 21/12/2002. Durante esse período, a unidade contou com uma média percentual de 16,32% de enfermeiros, 65,31% de técnicos de enfermagem e 18,37% de auxiliares de enfermagem.

Para análise do absenteísmo consideram-se os dados demonstrados na tabela 24 onde se verificou que 77,55 % da população de trabalhadores dessa unidade ficou doente e apresen-

tou atestado, sendo 30 trabalhadores do sexo feminino 78,95% e 8 trabalhadores do sexo masculino 21,05%. O número de atestados apresentados pelo sexo feminino foi de 91 atestados, ou seja, 75,83% ao ano, representando 78,49% dos dias perdidos, ou seja, 208 dias. Considerando o sexo masculino, o número de atestados foi de 29, representando 24,16% com 57 dias perdidos, ou seja, 21,50%. Com relação à categoria profissional, observa-se que proporcionalmente, pelo número de profissionais de cada categoria, o enfermeiro(a), apresentou maior índice de indivíduos doentes 87,5% seguido pelo técnico de enfermagem com 78,13% e o auxiliar de enfermagem com 66,66%.

Outros estudos, com trabalhadores de enfermagem, também verificaram elevado número de ausências para o profissional do sexo feminino. Silva e Marziale (2000), em pesquisa sobre o absenteísmo de trabalhadores em enfermagem, num hospital universitário, constataram, através do levantamento do absenteísmo-doença que entre os 199 trabalhadores de enfermagem houve predomínio de afastamento no sexo feminino com 89,9%. As autoras destacam ainda que os enfermeiros dessa instituição apresentaram 75 faltas por doença 62,5%, representando 279 dias perdidos de trabalho.

Nogueira e Azevedo (1982) destacam que estudos epidemiológicos bem conduzidos sobre o absenteísmo-doença, que permitam conhecer as diferentes variáveis que afetam tal fenômeno, podem auxiliar na prevenção do absenteísmo-doença. Dentre estas variáveis, o autor destaca, em especial, a relação entre o sexo do trabalhador e o absenteísmo-doença.

Tabela 23 - Número de Atestados e Dias Perdidos por Gênero e Categoria Profissional UTI Geral

Categoria Profissional	Trab. Saudável	Trab. Doentes	Sexo		Nº Atestados		Dias Perdidos	
			Fem	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Auxiliar de Enfermagem	9	6	3	3	12	22	23	26
Técnico de Enfermagem	32	25	20	5	61	7	151	31
Enfermeiro(a)	8	7	7	0	18	0	34	0
Total	49	38	30	8	91	29	208	57

Os resultados apresentados e análise contemplada na tabela 24 são para os atestados com período menor de 15 dias de afastamento. Observa-se nessa tabela que as doenças com maior número de atestados durante o ano de 2002 foram: doenças do aparelho respiratório com 18 atestados (15,00%); sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte com 18 atestados (15,00%); doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 15 atestados (12,50%) e doenças do aparelho geniturinário com 10 atestados (8,33%).

Em relação ao número de dias perdidos, verificou-se em ordem decrescente, que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram as principais com 55 dias perdidos (20,75%), seguido das doenças do aparelho respiratório com 36 dias perdidos (13,58%); lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas com 24 dias perdidos (9,06%); doenças do aparelho geniturinário com 23 dias perdidos (8,68%); gravidez, parto e puerpério, com 22 dias perdidos (8,30%) e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte com 22 dias perdidos (8,30%).

Analisando as justificativas dos afastamentos, constatou-se que dos 120 atestados apresentados, 36 atestados ou seja (30,00%) não continham o diagnóstico descrito ou Código Internacional de Doenças (CID). Nesse caso, o motivo alegado pelo trabalhador é para não se expor.

Estudo como o desenvolvido por Bourguignon *et al.* (2002) corrobora com os resultados encontrados. Na análise das condições de saúde dos profissionais de enfermagem do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - SE, os autores constataram que os principais eventos de morbidade nestes profissionais foram:

- Transtornos ósteo-articulares com freqüência de (15%);
- Transtornos do aparelho respiratório (14%); transtornos cardiológicos (13%);
- Transtornos mentais (12%);
- Transtornos neurológicos (12%);
- Transtornos gastrointestinais (11%);
- Outros transtornos (23%).

Silva e Marziale (2000), em estudo do absenteísmo em trabalhadores de enfermagem em hospital universitário, constataram que em 150 trabalhadores de enfermagem afastados por doença num período de 1 (Hum) ano, foram registrados 494 atestados ou laudos médicos, dos quais 341 atestados continham o diagnóstico descrito e 153 atestados não continham diagnóstico.

Tabela 24- Causas de Absenteísmo na Equipe de Enfermagem da UTI Geral Durante o Ano de 2002.

CAUSAS DE AFASTAMENTO	Nº ATESTADOS	%	DIAS PERDIDOS	%
Algumas doenças infecciosas e Parasitárias	3	2,50	6	2,26
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0,83	2	0,75
Doenças do aparelho digestivo	3	2,50	4	1,51
Doenças do aparelho geniturinário	10	8,33	23	8,68
Doenças do aparelho respiratório	18	15,00	36	13,58
Doenças do olho e anexos	1	0,83	2	0,75
Doenças do sistema nervoso	5	4,17	5	1,89
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	15	12,50	55	20,75
Gravidez, parto e puerpério	3	2,50	22	8,30
Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	5	4,17	24	9,06
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	18	15,00	22	8,30
Transtornos mentais e comportamentais	2	1,67	9	3,40
Sem CID	36	30,00	55	20,75
Total	120	100	265	100

Observando a Tabela 25, de distribuição do número de afastamentos durante os meses de 2002, na UTI Geral, verificou-se que os meses de maior incidência de atestados foram fevereiro, maio, julho e setembro. Em relação à maior incidência de número de atestados ocorridos nestes meses, não foi possível estabelecer a causa. Analisando os dias perdidos, os meses com maior somatória foram: maio, julho, agosto e setembro. Nestes casos, pode-se determinar que ocorreram patologias que necessitam de maior número de dias para recuperação do trabalhador. Destaca-se o fato de que na unidade estudada, auxiliares e técnicos de enfermagem desenvolvem atividades semelhantes, e ainda que o técnico de enfermagem, na ausência do enfermeiro, desempenha funções de maior responsabilidade técnica, assim as ausências não previstas representam um grande impacto nas atividades realizadas.

Tabela 25 - Distribuição Mensal do Número de Atestados e Dias Perdidos Pela Equipe de Enfermagem UTI Geral Durante o Ano de 2002.

Meses	Nº de Atestados	Nº Dias Perdidos
Janeiro	8	12
Fevereiro	13	23
Março	7	17
Abril	11	21
Mai	13	40
Junho	8	10
Julho	21	41
Agosto	11	37
Setembro	14	41
Outubro	6	7
Novembro	1	1
Dezembro	7	15
Total	120	265

Echer (1999), em seu estudo sobre absenteísmo na equipe de enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, constatou que o maior número de ausências ocorreu nos meses de Janeiro, fevereiro e dezembro. A autora destaca que este dado é esperado por causa da sazonalidade relacionada ao clima da região, quando a preferência dos profissionais em gozar suas férias no verão, que coincidem com os meses citados. Silva e Marziale (2000), em estudo sobre o absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário, constataram que houve predomínio de atestados com 1 ou 2 dias de afastamento ao trabalho. Neste caso, o fato é justificado, uma vez que atestados de 1 ou 2 dias dispensam perícia médica.

6.1.3 Absenteísmo Por Auxílio-Doença, Afastamento Superior a 15 (Quinze) Dias no Ano de 2002

Analisando o número total de atestados apresentados pela equipe de enfermagem da UTI Geral no ano de 2002, verificou-se predominância dos atestados com afastamentos de até 15 dias, somando um total de 120 atestados ou seja (96,00%). Em relação aos atestados com afastamento superior a quinze dias, verificou-se incidência de (4%).

Destaca-se, nessa análise, o número de dias perdidos que para os atestados com até 15 (quinze) dias de afastamentos somam 265, ou seja (30,85%) dos dias de afastamentos. Porém,

analisando a porcentagem de dias perdidos por auxílio-doença ou atestado com afastamento superior a 15 dias, verificaram-se 594 dias perdidos ao ano, correspondendo a 69,15%.

Faz-se necessário chamar a atenção para as patologias de maior incidência nos afastamentos de longa duração ou seja superior a 15 (quinze) dias.

Observou-se que houve maior índice de afastamentos e dias perdidos no grupo de patologia de transtornos mentais e comportamentais com 335 dias perdidos, ou seja 56,40%, na seqüência o grupo de patologias das doenças osteomuscular e do tecido conjuntivo com 229 dias perdidos, ou seja 38,55%.

Fontes (2002), em estudo realizado sobre o absenteísmo e os aspectos ergonômicos do trabalho na enfermagem, concluiu que o absenteísmo é evidenciado, na maioria dos casos, por disfunções do sistema osteomuscular com 36% dos casos, seguido por disfunções do sistema respiratório com 31% dos casos, disfunções ginecológicas e gestacionais com 27% dos casos, e disfunções psico-emocional/estresse com 6%.

Tabela 26 -Número de Atestados e Dias Perdidos Por Auxílio Doença, Afastamento Maior ou Igual a 15 (Quinze) Dias.

CAUSAS DE AFASTAMENTO	Nº ATESTADOS	%	Nº DE DIAS PERDIDOS	%
Transtornos Mentais e Comportamentais	2	20	335	56,40
Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas	1	40	30	5,05
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	2	40	229	38,55
TOTAL	5	100	594	100

6.1.4 Índice de Absenteísmo (IA), da Equipe de Enfermagem, UTI Geral no Período de 12 (doze) Meses

No período de dezembro de 2001 e dezembro de 2002, ocorreram 859 dias de ausências para a equipe de trabalhadores da equipe de enfermagem da UTI Geral. Nessa unidade o

maior índice de ausências por absenteísmo-doença foi do técnico de enfermagem com (746 dias), e IA (8,57%); seguido dos auxiliares de enfermagem com (79 dias) e IA de (3,23%). Os enfermeiros apresentaram o menor índice de ausência (34 dias) e IA de (1,56%). Em relação ao IA, para as três categorias, no período de 1 ano, foi de (6,45%).

Analisando esse Índice de Absenteísmo na equipe de enfermagem da UTI Geral, pode-se afirmar que, durante o ano de 2002, somente 93,55% da população representou força de trabalho efetiva e 6,45% significou efetivamente acúmulo de trabalho para a equipe e para a empresa, horas extra e aumento do quadro de pessoal.

Com base nos dados apresentados em relação ao índice de absenteísmo para cada categoria, buscou-se na literatura estudo cujos resultados permitissem comparações àquelas obtidas nesta pesquisa.

Echer *et al.* (1999) identificou, em grupo de estudo sobre absenteísmo na equipe de enfermagem, índices de 6,35% ao ano. No cálculo para a categoria de enfermeiro foi de 3,99%, enquanto para a categoria de auxiliar e técnico de enfermagem foi de 6,97%.

Tanos *et al.* (2000), ao analisar o absenteísmo da equipe de enfermagem em uma unidade de transplante de fígado, encontraram um índice de 9% para enfermeiro e 17% para auxiliares de enfermagem.

Segundo Gaidzinski (1998), quando se trata de inserir, na equação do dimensionamento de pessoal, os valores obtidos com vista à cobertura das ausências não previstas, é necessário avaliar com prudência outros valores obtidos. Índices de absenteísmo elevados podem provocar distorções na projeção do quadro de pessoal, superestimando-o, assim, a autora considera que o IA adequado seria de 4,3% para os enfermeiros e 6,7% para a equipe de nível médio.

Nascimento (2003), estudando o absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem, em relação ao IA, para o conjunto das três categorias profissionais, observou que o maior localiza-se na Licença Saúde com 2,46%. A autora destaca que no período de agosto de 2001 a julho de 2002 o IA total ocorreu em maior índice nos técnicos de enfermagem (9,04%); em seguida os auxiliares (7,53%) e por último, os enfermeiros (7,5%) e que o absenteísmo entre auxiliares e técnicos é maior que o dos enfermeiros.

Os demais autores investigaram o absenteísmo tomando conjuntamente auxiliares e técnicos de enfermagem, o que dificulta estabelecer comparações com os resultados obtidos nesta pesquisa.

6.1.5 Análise da Demanda Ergonômica na Unidade de Terapia Intensiva Geral

6.1.5.1 Questionários Aplicados na População

Com objetivo de avaliar constrangimentos no trabalho, foram aplicados e analisados 26 questionários correspondentes a 53,06% da população de funcionários da equipe de enfermagem. Dos participantes, 7 eram do sexo masculino e 19 do sexo feminino, com idade média de 32 anos e tempo médio de serviço na empresa de 6 anos. Os questionários foram aplicados para funcionários da equipe de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros).

As questões referentes à UTI Geral tiveram um *Alpha de Cronbach* = 0,74, indicando consistência interna para todas as questões.

Participaram respondendo o questionário 26 funcionários.

Tabela 27 - Caracterização dos Trabalhadores da Equipe de Enfermagem Quanto ao Gênero, Idade e Tempo de Serviço –UTI Geral.

Funcionários	%	Frequência	Média
Masculino	26,9	7	
Feminino	73,1	19	
Idade			32,76
Tempo de serviço			6,88
TOTAL		26	

A disposição dos boxes foi a principal reivindicação da equipe de enfermagem da UTI geral (média de satisfação de 5,68 na escala de 15cm do questionário aplicado). Verificou-se que a dimensão dos boxes abertos é de 5,20 m², e dos boxes de isolamento 6,5 m², neste espaço está distribuída uma cama com dimensão de 87cm de largura, 2,70m de comprimento e altura de 90cm com colchão e ainda mesa de cabeceira e mesa para refeição. Cada box possui uma prateleira suspensa presa no teto onde estão dispostos equipamentos como monitor cardíaco, bomba infusora etc.

De acordo com a Resolução-RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimento assistenciais de saúde, um quarto de UTI (isolamento ou não), deve possuir as dimensões de 10,0 m², com distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira e pé do leito que deverá ser maior 1,2 m.

A ventilação do ambiente é mecânica por central de ar condicionado. A UTI Geral não possui janelas para iluminação e ventilação natural. A iluminação é feita por luminárias com lâmpadas fluorescentes.

De acordo com o Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária, Portaria Nº 466, de 04 de junho de 1998, todas as áreas onde estão localizados leitos de UTI devem dispor de iluminação e ventilação natural, tanto para o conforto do trabalhador como também para observação e direcionamento do paciente. Nesse sentido, várias discussões já foram realizadas entre o SESMT, Diretoria de Enfermagem e setor de Engenharia, na busca de solução para o problema, porém nem uma solução apontada tanto pelos colaboradores como pelos setores envolvidos, foram possíveis de serem realizadas, principalmente pela localização da planta física da UTI Geral.

A questão que se refere à insatisfação em relação à estabilidade profissional, financeira e política de incentivo da empresa, deixa transparecer a necessidade de maiores esclarecimentos para o trabalhador com relação a direitos e deveres e o que são benefícios e incentivos oferecidos. Em contato com o setor de Recursos Humanos, fomos informados que essas orientações são atribuídas aos coordenadores da equipe de enfermagem. O Setor de RH estimula-os a esclarecerem para o grupo a política de incentivos da empresa e quais os benefícios oferecidos aos mesmos.

As questões com os maiores índices de satisfação são relacionamento com a equipe de trabalho, satisfação com o trabalho, relacionamento com os familiares do cliente e liberdade na execução dos procedimentos de enfermagem.

Tabela 28- Resultado dos Questionários Quanto à Média e Desvio Padrão - UTI Geral.

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Equipe multidisciplinar	10,62	4,15
Execução de todas as etapas do processo	10,15	3,59
Jornada de trabalho	9,14	4,69
Carga de trabalho realizada por dia de trabalho	9,74	4,18
Relacionamento com a equipe de trabalho	13,12	1,95
Pausa durante o trabalho	9,78	4,21
Tempo de lazer com a família	9,33	4,55
Ritmo de trabalho	8,59	4,88
Preparo da equipe quanto ao conhecimento científico	8,55	4,10
Satisfação no trabalho	11,99	3,11
Relacionamento com os familiares do cliente	11,93	2,86
Equipe participa no planejamento das atividades do setor	9,03	4,57
Treinamento da equipe em educação continuada	8,75	4,54
Preparo da equipe para lidar com a dor dos outros	10,72	4,29
Liberdade na execução dos procedimentos de enfermagem	11,62	3,1
Divisão de tarefa entre turnos	9,00	4,80
Ventilação no seu ambiente de trabalho	5,79	3,67
Iluminação no seu ambiente de trabalho	11,10	3,78
Temperatura no seu ambiente de trabalho	9,72	5,46
Disposição dos boxes e equipamentos	5,68	2,29
Material e equipamento disponíveis	6,52	3,99
Estabilidade profissional e financeira e política de incentivos	6,65	2,89
Medidas de precaução	10,94	4,04
Transporte para o trabalho	10,68	4,05

O gráfico na Figura 4 apresenta em ordem decrescente o grau de satisfação dos funcionários da UTI Geral com relação aos Itens de Demanda Ergonômica.

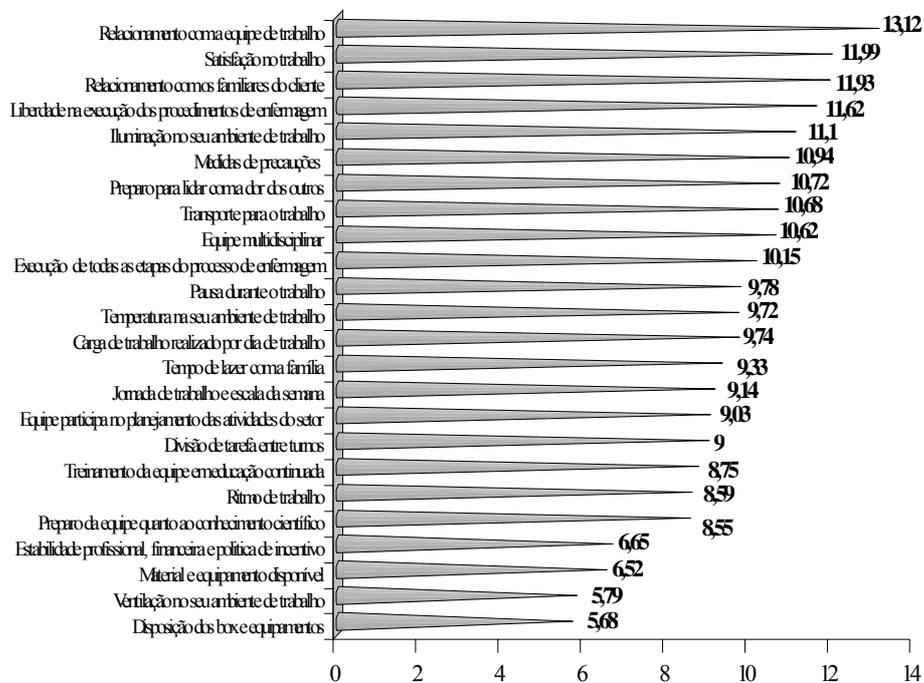


Figura 4 - Nível de Satisfação da Equipe de Enfermagem UTI Geral.

6.1.5.2 Análise Demanda Ergonômico Agrupados por Categoria UTI Geral

Com o propósito de verificar os constrangimentos aos quais submete-se a equipe de enfermagem da UTI Geral, os Itens de Demanda Ergonômica, foram analisados com base na estatística descritiva, Comparações Múltiplas Não Paramétricas.

A análise permitiu avaliar as médias dos itens relacionados à organização do trabalho, ambiente, posto e empresa.

A análise das Comparações Múltiplas não Paramétricas para os constructos referentes à organização do trabalho, conforme Tabela 29, permitiu concluir que não existe diferença significativa entre os Itens de Demanda Ergonômica.

Tabela 29 - Ranking Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados à Organização do Trabalho - UTI Geral.

Organização	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Equipe multidisciplinar	26	35,48	0,78	2,39
Execução de todas as etapas do processo	26	27,56	-1,30	
Jornada de trabalho e escala da semana	26	38,19	0,63	
Carga de trabalho realizado por dia de trabalho	26	31,04	-0,27	
Relacionamento com a equipe de trabalho	26	33,65	-0,19	
Pausa durante o trabalho	26	34,1	-0,62	
Tempo de lazer com a família	26	40,83	1,36	
Ritmo de trabalho	26	28,56	-0,40	
Preparo da equipe quanto ao conhecimento científico	26	27,15	-1,54	
Satisfação no trabalho	26	29,6	-0,39	
Relacionamento com os familiares do cliente	26	31,48	0,39	
Equipe participa no planejamento das atividades do setor	26	28,31	-0,45	
Treinamento da equipe em Educação continua	26	34,71	1,41	
Preparo para lidar com a dor dos outros	26	30,87	0,31	
Liberdade na execução dos procedimentos de enfermagem	26	31,62	-0,64	
Divisão de tarefa entre turnos	26	31,38	0,08	

A Tabela 30 mostra que, em relação ao ambiente de trabalho (construto e ventilação), o resultado mostra existência de diferenças significativas.

Esse resultado aponta para a insatisfação dos trabalhadores de enfermagem da UTI Geral, o que já era esperado, conforme descrito anteriormente sabe-se que nesta UTI o ambiente é fechado, sem ventilação natural.

Tabela 30 - Ranking Médio e as diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica relacionados ao ambiente de trabalho – UTI Geral.

Ambiente	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Ventilação no seu ambiente de trabalho	26	20,96	-2,9132473	2,39
Iluminação no seu ambiente de trabalho	26	27,15	-1,9894669	
Temperatura no seu ambiente de trabalho	26	25,98	-1,8350397	

Os Itens de Demanda Ergonômica relacionados ao posto de trabalho, conforme tabela 31, apresentam diferenças significativas, as quais necessitam de estudos mais aprofundado visto que podem comprometer a assistência de enfermagem e, conseqüentemente expor a equipe a riscos ocupacionais, como as lesões osteomusculares, acidentes de trabalho e outras doenças, podendo estar contribuindo com a elevação do absenteísmo nesse setor. Em virtude da disposição dos boxes, as prateleiras onde se encontram os equipamentos estão suspensas na cabeceira da cama do paciente, dificultando o trabalho dos funcionários de baixa estatura que, muitas vezes, têm que fazer uso de uma escadinha para execução de seu trabalho e ainda manuseio e transporte dos equipamentos pesados de um leito para outro.

Durante o desenvolvimento deste estudo, algumas medidas corretivas foram tomadas no sentido de minimizar o problema como a aquisição de novas bombas infusoras e monitores cardíacos mais modernos e eficazes e de menor peso. Nesse sentido Santos *et al.* (1994), devido às intervenções que devem ser realizadas em cada box, avaliam que a circulação dentro de cada box e dentro das salas devem ser consideradas como prioritárias. O crescente aumento do número de equipamentos colabora para aumentar a obstrução de circulação adjacente aos leitos, devido ao cruzamento de cabos e fios ao longo da sala.

A viabilidade econômica de uma UTI está diretamente relacionada ao aproveitamento da área existente e, conseqüentemente a inclusão do maior número de leitos possível. A restrição da área de cada box passa então a ser um problema.

Tabela 31 - Apresenta o Ranking Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Posto de Trabalho – UTI Geral

Posto de Trabalho	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Disposição dos box es equipamentos	26	20,27	-3,5267822	2,39
Materiais e equipamento disponíveis	26	21,63	-3,1386275	

Analisando a Tabela 32 verificou-se que na UTI Geral não houve diferença significativa em relação aos Itens de Demanda Ergonômica constructos relacionados à empresa.

Tabela 32 - Ranking Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados à Empresa - .UTI Geral.

Empresa	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Estabilidade profissional, financeira e política de incentivos.	26	30,33	-0,07	2,39
Medidas de precaução	26	27,42	-1,32	
Transporte para o trabalho	26	35,67	0,67	

6.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CARDÍACA

6.2.1 Análise do Absenteísmo da Equipe de Enfermagem

A Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca é uma área do hospital destinada à prestação de assistência especializada a paciente crítico, nesse caso paciente cardíaco em estado grave, principalmente pós-operatório que necessita de controle rigoroso, contínuo e intensivo.

No cotidiano do trabalho na UTI, a equipe de enfermagem relata que gosta do que fazem. Convive, no entanto com sofrimento, dor e angústia dos pacientes e familiares e com a morte, e percebem ainda que existem injustiças na distribuição de pacientes por trabalhador, escala mensal, planejamento das atividades, medo de causar erros em pacientes, insatisfação em relação à jornada de trabalho semanal, falta de tempo para as pausas, plantão noturno, infra-estrutura de trabalho e quadro de enfermagem permanentemente reduzido (SHIMIZU, 2002).

Considerações como as citadas pela autora podem influenciar diretamente no absenteísmo uma vez que resulta de múltiplos fatores determinantes como os pessoais, os da dinâmica da organização, do processo de gerência, da motivação e valorização do trabalhador.

A seguir, são apresentados os resultados e respectiva análise do absentismo-doença, para o grupo de trabalhadores de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem).

Nessa unidade observou-se que durante o ano de 2002 ficaram doentes e apresentaram atestados, 100% dos auxiliares de enfermagem, 88,46% dos técnicos de enfermagem e 60% dos enfermeiros.

Em relação ao sexo, pode-se avaliar que o maior número de trabalhadores doentes pertencem ao sexo feminino. Conseqüentemente, o sexo feminino apresenta maior número de atestado e maior número de ausências ou dias perdidos.

Observou-se, também, que o número de atestados é muito maior que o número de trabalhadores doentes, isto porque cada trabalhador pode apresentar mais de um atestado durante o ano.

Barbosa *et al* (2003), estudando afastamentos do trabalho na enfermagem, concluiu que a maioria dos episódios de afastamentos foram por agravo à saúde, 75,1% entre mulheres e 76,5% entre os homens.

Nogueira *et al.* (1982), estudando as causas de absentismo-doença, verificaram que o sexo masculino apresenta valores de absentismo que são inferiores aos do sexo feminino. Os autores acrescentam que considerando a distribuição dos casos de doença pelos indivíduos de ambos os sexos que faltam ao trabalho, verifica-se que os trabalhadores masculinos apresentam, em média, 2,36 casos de doença por pessoa, enquanto que os do sexo feminino apresentam 3,02 casos de doença por pessoa, ou seja, quase 30% a mais.

Tabela 33- Número de Atestados e Dias Perdidos Segundo Gênero e Categoria Profissional – UTI Geral.

Categoria Profissional	Trab. Saudável	Trab. Doentes	Sexo		Nº atestados		Dias Perdidos	
			Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc
			Auxiliar de Enfermagem	3	3	2	1	9
Técnico de Enfermagem	26	23	19	4	48	6	109	11
Enfermeiro(a)	5	3	3	0	13	0	46	0
Total	34	29	24	5	70	7	174	12

6.2.2 Absenteísmo por Licença Médica / Atestado com Afastamentos Menor ou Igual a 15 (Quinze) Dias no ano de 2002

Partindo da necessidade de aprofundar este estudo sobre o absenteísmo e a demanda ergonômica, buscou-se conhecer a realidade dos trabalhadores na Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca.

Em julho 2002, quando se iniciou a pesquisa, a unidade contava com percentual de:

- 14,71% de enfermeiros;
- 76,47% de técnicos de enfermagem e
- 8,82% de auxiliares de enfermagem.

Na distribuição das atividades de enfermagem, verifica-se que no dia a dia do trabalho na UTI Cardíaca, os enfermeiros assumem mais as questões administrativas e de assistências mais complexas, enquanto os técnicos e os auxiliares de enfermagem assumem grande parcela de cuidados, executam procedimentos complexos e de risco para o paciente. São eles que realizam também, o trabalho mais pesado, cansativo e imprescindível ao ser humano doente, como: higienização, auxílio na alimentação, a promoção de conforto e transporte dos pacientes, entre outros.

Outras dificuldades observadas no dia-a-dia da equipe de enfermagem na UTI foram como a repetitividade das tarefas, o ritmo intenso de trabalho, a supervisão estrita realizada pelas enfermeiras e a restrição na tomada de decisões no que se refere à assistência de enfermagem e do planejamento das atividades desenvolvidas nas unidades.

Acredita-se que esses trabalhadores na luta contra o sofrimento advindo da tarefa de cuidar, possam desenvolver sintomas psicoemocionais, para tentar preservar o equilíbrio psíquico e quando isso não acontece surge o desequilíbrio e conseqüentemente a doença.

Desta forma, analisando o impacto que a organização do trabalho pode determinar na saúde do trabalhador da equipe de enfermagem, buscou-se reconhecer as causas das ausências não previstas por atestado médico até 15 dias, o grupo de patologia de maior incidência, número de atestados e número de dias perdidos.

Os maiores índices de afastamentos ocorreram nos seguintes grupos de patologias:

- doenças do aparelho respiratório com 8 atestados (10,39%);
- sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte com 7 atestados (9,09%);

- algumas doenças infecciosas e parasitárias com 6 atestados (7,79%);
- doença do olho e anexos com 6 atestados (7,79%).
- não tinham CID 28 atestados (36,36%).

Na análise dos dias perdidos, observou-se que nem sempre a patologia que teve maior número de atestado é a que tem maior número de dias perdidos. Dessa forma tem-se do total de dias perdidos com somatória de 175 dias ao ano, as doenças com maior porcentagem foram:

- doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 21 dias perdidos (12%);
- fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde com 19 dias perdidos (10,86%);
- lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas com 17 dias perdidos (9,71%);
- doenças do olho e anexos com 16 dias perdidos (9,14%) e
- doenças do aparelho respiratório com 15 dias perdidos (8,57%).

No dia a dia de trabalho da equipe de enfermagem é comum os funcionários expressarem suas insatisfações em relação às chefias, quando estas não atendem às solicitações de folga e férias no período desejado, comentando que entrarão de licença-saúde como recurso para estar ausente de suas atividades laborais, no período idealizado/planejado pelo trabalhador. Outros, em função de afastamentos constantes de colegas, acabam sentindo-se sobrecarregados nas atividades cotidianas e utilizam-se também de atestados como estratégias para se ausentarem do trabalho. Embora esta situação tenha sido evidenciada, percebe-se que alguns membros da equipe possuem muita responsabilidade no ato de cuidar, mesmo em situação de estresse físico por assumir um número maior de pacientes, procuram não faltar no trabalho. Para Alves (1994, p.71), na enfermagem, o trabalhador se depara, a cada momento, com a dor humana, as condições de trabalho desfavoráveis e a expectativa de produtividade com qualidade por parte dos dirigentes.

Nesse sentido Silva (1998) comenta que, quando os índices de absenteísmo por doença forem elevados, indica a necessidade de se elaborar programas voltados para melhoria das condições de trabalho.

Tabela 34- Número de Atestados e Dias Perdidos por Licença/Atestado,

Afastamento Menor ou que 15 (Quinze) Dias – UTI Geral

CAUSAS DE AFASTAMENTO	Nº DE ATESTADO	%	Nº DE DIAS PERDIDOS	%
Algumas Doenças Infecciosas E Parasitárias	6	7,79	7	3,76
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	1	1,30	1	0,54
Doenças do Aparelho Digestivo	1	1,30	1	0,54
Doenças do Aparelho Geniturinário	4	5,19	18	9,68
Doenças do Aparelho Respiratório	8	10,39	15	8,06
Doenças do Olho e Anexos	6	7,79	16	8,6
Doenças do Sistema Nervoso	3	3,90	4	2,15
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	3	3,90	21	11,29
Fatores que Influenciam o Estado de saúde e o Contato c/ os Serviços de Saúde	3	3,90	19	10,22
Gravidez, Parto e Puerpério.	3	3,90	3	1,61
Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas	2	2,60	17	9,14
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte	7	9,09	9	4,84
Transtornos Mentais e Comportamentais	2	2,60	9	4,84
Sem CID	28	36,36	46	24,73
Total	77	100	186	100

Buscando compreender o número de ausência não previsto até 15 dias em relação aos meses do ano, pode-se observar que o maior número de atestados ocorreu no mês de julho, porém não foi possível identificar a causa (doença) de maior incidência, pois neste mês 46,6% dos atestados não apresentavam CID. Os meses de fevereiro, agosto, outubro e novembro foram meses com número de atestados bastante reduzidos. Em relação aos dias perdidos, verificou-se maior incidência nos meses de janeiro, março, julho, setembro e dezembro.

- **Janeiro:** do total de 27 dias de afastamentos, 70,37% ocorreram por fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, supervisão de gravidez de alto risco.
- **Março e Julho:** não foi possível determinar o grupo de patologia de maior incidência pelo grande número de atestados que não apresentavam CID. Em março, 14 atestados (77,77%) e Julho, 8 atestados (42,11%).
- **Setembro:** dos 17 dias perdidos, (52,94%) ocorreram por transtornos mentais e comportamentais (Episódio depressivo).
- **Dezembro:** mês que apresentou altos índices de dias perdidos (42,86%) causado por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e mais 40% em dias de ausências por lesões, envenenamento e algumas outras conseqüência de causas externas. Vale ressaltar que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo são responsáveis por altos índices de dias de afastamento do trabalho.

6.2.3 Absenteísmo por Auxílio Doença com Afastamento Superior a 15 (Quinze) Dias no Ano de 2002

A Tabela 35 mostra os afastamentos ocorridos por auxílio-doença na UTI Cardíaca durante o ano de 2002. Observa-se que o número de atestados corresponde a 3,90%, do total de atestados apresentados pelos trabalhadores. Em relação ao número de dias perdidos, o afastamento por auxílio-doença corresponde a 39,66%.

**Tabela 35 - Números de Atestados e Dias Perdidos Por Auxílio Doença
Afastamento Superior a 15 (Quinze) Dias**

CAUSAS DE AFASTAMENTO	Nº DE ATESTADO	%	Nº DE DIAS PERDIDOS	%
Doenças do Aparelho Circulatório	1	33,33	55	52,88
Doenças do Aparelho Digestivo	1	33,33	30	28,85
Doenças do Aparelho Geniturinário	1	33,33	19	18,27
Total	3	100	104	100

6.2.4 Índices de Absenteísmo (IA) da Equipe de Enfermagem UTI Cardíaca no período de 12 meses

No período de dezembro de 2001 a dezembro de 2002, ocorreram 290 dias de ausências para a equipe de trabalhadores de enfermagem da UTI Cardíaca. Nessa unidade, o maior índice de ausências por absenteísmo doença foi do enfermeiro com 46 dias, e IA 3,38%; seguido dos técnicos de enfermagem com 120 dias e IA de 3,17%. Os auxiliares de enfermagem apresentaram o menor índice de ausência, com 20 dias e IA de 2,45%. Em relação ao IA, para as três categorias no período de 1 ano foi de 3,02%.

Em análise pode-se concluir que, de 100% dos trabalhadores da equipe de enfermagem da UTI cardíaca, em 2002, somente 96,86%, trabalharam efetivamente. Isto significa que a direção necessitou de um acréscimo de pessoas de 3,14 %, traduzidos em horas extras, substituição, desgaste da equipe, prejuízo na prestação de cuidados ao cliente.

Pavani (2000), estudando os índices de absenteísmo, identificou para duas unidades de recuperação cardíaca (I e II), de um hospital especializado em cardiologia os seguintes índices de ausências: na unidade I, 2,94% para enfermeiros, 0,79% para técnicos e 12,18% para auxiliares de enfermagem, com IA médio geral de 6,51%; e na recuperação cardíaca II, 1,96% para enfermeiros, 0,93% para técnicos, 12,55% para auxiliares e IA médio geral de 8,98%.

6.2.5 Análise da Demanda Ergonômica na Unidade de Terapia Intensiva Cardíaca

6.2.5.1 Questionário Aplicado à População

Foram desenvolvidos e analisados 21 questionários, correspondentes a 61,76% da população dos trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). Os funcionários que participaram respondendo ao questionário, 23,8%, pertenciam ao sexo masculino e 76,2% ao sexo feminino, com idade média de 31 anos. Tempo médio de serviço na empresa de 7 anos.

As questões referentes a UTI Cardíaca tiveram um *Alpha de Cronbach* = 0,85 indicando consistência interna para todas as questões.

Tabela 36 - Caracterização dos Trabalhadores da Equipe de Enfermagem Quanto ao Gênero, Idade e Tempo de Serviço.

Funcionários	%	Frequência	Média
Masculino	23,8	5	
Feminino	76,2	16	
Idade			31,50
Tempo de serviço			7,7
Total	100	21	

A UTI Cardíaca é um local destinado a prestar assistência especializada a paciente crítico, sendo necessário controle rigoroso e assistência de enfermagem contínua e intensiva. Com o surgimento de novas tecnologias, torna-se necessário uma constante formação, qualificação e requalificação dos trabalhadores da equipe de enfermagem .

Levando em consideração que a enfermagem trabalha em escala, nem sempre a folga semanal a que tem direito coincide com o final de semana, esse fato é bastante significativo uma vez que a grande maioria dos trabalhadores da equipe de enfermagem é do sexo feminino, mães, esposas e donas de casa. Nesse sentido, a organização do trabalho na UTI Cardíaca, no que diz respeito à escala de final de semana, desencadeia conflitos e insatisfação.

Shimizu (2002), estudando as representações sociais dos trabalhadores em enfermagem (técnicos e auxiliares) em uma Unidade de Terapia Intensiva em um hospital-escola, destacou que os trabalhadores dessa unidade assumem a escala sob a orientação da chefia, o que fez aumentar a sensação de liberdade dos trabalhadores diante de uma vida de trabalho que impõe a necessidade de sacrificar fins-de-semana, feriados e outras datas. Outra questão importante é que muitos trabalhadores da equipe de enfermagem procuram estudar com o objetivo de galgar promoção a técnico de enfermagem ou enfermeiro. Quando isso não acontece, surge o sentimento de frustração e insatisfação em relação à política da empresa. Nesse sentido Souza (2001), em estudo sobre absenteísmo em Unidade de Terapia Intensiva de adulto, os sujeitos do estudo demonstraram uma conflituosa insatisfação no impedimento legal da aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos com a nova formação.

Para Chiavenato (2002, pg.119), o objetivo básico de toda organização é atender as suas próprias necessidades e, ao mesmo tempo, atender às necessidades da sociedade por meio da produção de bens ou serviços pelos quais recebe uma compensação monetária. As pessoas formam uma organização ou se engajam em algumas delas porque esperam que sua

participação satisfaça algumas necessidades pessoais. Para obter essas satisfações, as pessoas estão dispostas a incorrer em certos custos ou fazer certos investimentos e esforços na organização, pois esperam que as satisfações de suas necessidades pessoais sejam maiores do que os custos e avaliam suas satisfações esperadas e os custos por meio de seus sistemas de valores.

Tabela 37- Resultado dos Questionários Quanto à Média e Desvio Padrão – UTI Cardíaca

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Equipe multidisciplinar	10,01	3,30
Execução de todas as etapas do processo	11,42	3,98
Jornada de trabalho e escala da semana	7,58	4,91
Carga de trabalho realizado por dia de trabalho	9,91	4,59
Relacionamento com a equipe de trabalho	12,17	3,54
Pausa durante o trabalho	10,69	3,68
Tempo de lazer com a família	6,91	4,88
Ritmo de trabalho	8,80	4,70
Preparo da equipe quanto ao conhecimento científico	10,31	4,92
Satisfação no trabalho	11,36	3,85
Relacionamento com os familiares do cliente	10,80	3,92
Equipe participa no planejamento das atividades do setor	9,05	5,41
Treinamento da equipe em educação continuada	6,63	3,18
Preparo para lidar com a dor dos outros	10,39	3,63
Liberdade na execução dos procedimentos de enfermagem	11,81	3,42
Divisão de tarefa entre turnos	8,64	4,97
Ventilação no seu ambiente de trabalho	11,01	3,94
Iluminação no seu ambiente de trabalho	12,72	3,12
Temperatura no seu ambiente de trabalho	12,52	3,36
Disposição dos boxes e equipamento	11,08	3,87
Material e equipamento disponíveis	11,52	4,12
Estabilidade profissional e financeira e política de incentivos	6,32	3,73
Medidas de precaução	11,39	4,94
Transporte para o trabalho	8,40	5,51

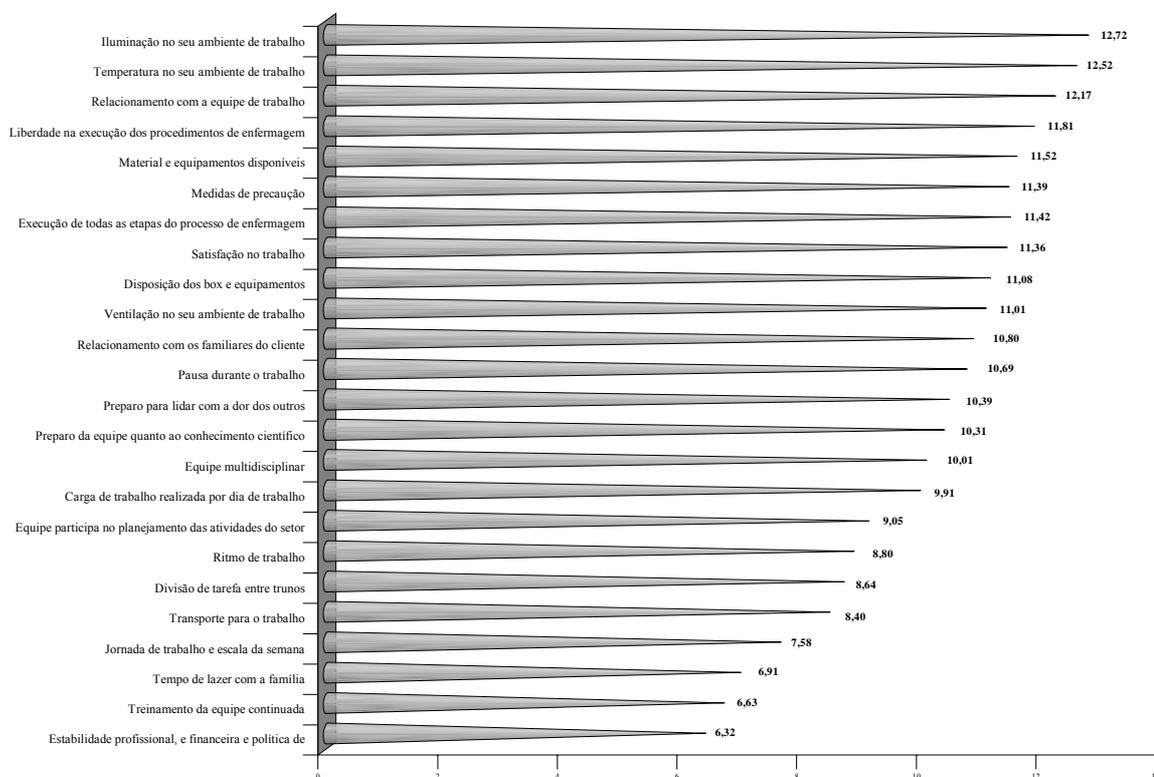


Figura 5 - Nível de Satisfação da Equipe de Enfermagem - UTI Cardíaca.

Acima, estão apresentadas as médias da percepção do funcionário quanto ao ambiente de trabalho. Observa-se insatisfação quanto à estabilidade profissional, financeira e política de incentivo, treinamento da equipe em educação continuada, e tempo de lazer com a família.

Mauro e Guedes (2000) chamam a atenção que "a falta de realização pessoal e as condições inadequadas no trabalho, associadas a outras questões sociais que interferem na realização do plano de vida de uma pessoa, podem também exacerbar os riscos ocupacionais, tendo, como consequência, problemas que condicionam a ocorrência de doenças e/ou acidentes no trabalho."

6.2.5.2 Itens de Demanda Ergonômica Agrupados por Categorias - UTI Cardíaca

Por meio da estatística descritiva e Comparações Múltiplas Não Paramétricas os dados foram analisados, buscando verificar as diferenças significativas entre as médias.

Conforme tabela 38, verificou-se que para os itens de organização do trabalho não há diferença significativa, porém chama-se a atenção para o item ritmo de trabalho e participação da equipe no planejamento das atividades do setor que no Ranking médio aparecem muito próximos do resultado Q_{tab} , que é de 2,39.

Nesse sentido, Gomes (1978) ressalta que todo o método de trabalho nas Unidades de Terapia Intensiva é criado a partir de sua organização, visando ao desenvolvimento das atividades que proporcionam a concretização de seus objetivos. O planejamento da unidade é tarefa de equipe multiprofissional, com visão ampla e coletiva, dotada de coerência de propósitos, estreitamente unida e motivada para um objetivo comum.

Tabela 38 – Ranking Médio e a Diferença dos Itens Demanda Ergonômica Relacionados à Organização do Trabalho - UTI Cardíaca

Organização do Trabalho	N	Ranking Médio	Qcalc	Q_{tab}
Equipe multidisciplinar	21	29,86	-0,13	2,39
Execução de todas as etapas do processo	21	36,9	-1,64	
Jornada de trabalho e escala da semana	21	33,69	1,30	
Carga de trabalho realizado por dia de Trabalho	21	32,98	-1,10	
Relacionamento com a equipe de trabalho	21	35,05	0,04	
Pausa durante o trabalho	21	38,55	0,70	
Tempo de lazer com a família	21	31,07	1,76	
Ritmo de trabalho	21	31,43	-2,12	
Preparo da equipe quanto ao conhecimento Científico	21	38,24	-1,57	
Satisfação no trabalho	21	32,43	-1,64	
Relacionamento com os familiares do Cliente	21	28,69	-1,58	
Equipe participa no planejamento das atividades do setor	21	31,57	-2,18	
Treinamento da equipe em educação Continuada	21	24,55	-1,15	
Preparo para lidar com a dor dos outros	21	28,64	-1,78	
Liberdade na execução dos procedimentos de enfermagem	21	36,24	-0,44	
Divisão de tarefa entre turnos	21	30,81	-1,30	

Verifica-se na Tabela 39 cujo objetivo é avaliar o ambiente de trabalho em relação à ventilação, iluminação e temperatura, que existe diferença significativa em relação à ventilação. Este dado é importante, levando em consideração que a UTI Cardíaca possui corredores externos dotados de janelas amplas.

Dentro da classificação das unidades hospitalares, segundo o Ministério da Saúde e Tecnologia, a UTI é entendida como um "ambiente funcional que demanda de sistemas especiais de controle das condições ambientais higrotérmicas e de controle de qualidade do ar, em função do tempo de permanência dos pacientes no mesmo". É ambiente que carecem de condições especiais de ventilação e iluminação.

Tabela 39 -Ranking Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Ambiente de Trabalho.- UTI Cardíaca.

Ambiente de Trabalho	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Ventilação no seu ambiente de trabalho	21	41,9	-3,01759	2,39
Iluminação no seu ambiente de trabalho	21	41,45	-1,10325	
Temperatura no seu ambiente de trabalho	21	39,17	-1,81139	

Analisando a Tabela 40, verifica-se que na UTI Cardíaca existem diferenças nas médias dos constructos em relação aos boxes e equipamentos e material disponível. Neste sentido deve-se ressaltar que embora a UTI Cardíaca possua área física do ponto de vista arquitetônico bem estruturado, mesmo assim de acordo com as médias do questionário, existe impacto sobre a atividade do trabalhador. Durante o período de pesquisa foram adquiridos novos equipamentos com tecnologia avançada. Para Gomes (1978) é regra geral que a escolha do equipamento para a unidade esteja diretamente ligada às características da mesma. Há necessidade real em se estabelecer adequação entre o equipamento a ser usado e as práticas desenvolvidas na unidade.

Tabela 40 - Ranking Médio e Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Posto de Trabalho – UTI Cardíaca.

Posto de Trabalho	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Disposição dos boxes e equipamentos	21	45,62	-2,69621	2,39
Material e equipamentos disponíveis	21	44,19	-2,46944	

A Tabela 41 apresenta o Ranking médio dos Itens de Demanda Ergonomica relacionados a empresa não apresentando diferenças significativas.

Tabela 41- Ranking Médio e Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados a Empresa –UTI Cardíaca.

Empresa	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Estabilidade profissional, financeira e política de incentivos	21	30,86	-1,63	2,39
Medidas de precaução	21	36,88	-1,68	
Transporte para o trabalho	21	30,86	0,08	

6.3 UNIDADE DE TERPIA IINTENSIVA NEONATAL/PEDIÁTRICA

6.3.1 Análise do Absenteísmo da Equipe de Enfermagem

A UTI Neonatal/Pediátrica é uma unidade do hospital destinada ao atendimento de pacientes com idade de 0 a 14 anos incompletos; tem como objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Na UTI Neonatal/Pediátrica, assim em UTI de outras especialidades, o processo de cuidar, como eixo central do trabalho de enfermagem, constitui um processo complexo, contínuo e que não pode ser adiado ou interrompido. Dessa forma, procurou-se através desse estudo, conhecer o absenteísmo dessa unidade e sua influência na organização dos serviços da equipe de enfermagem.

Para as ausências não previstas, com afastamentos até 15 dias ou maior, ocorridos nos trabalhadores da equipe de enfermagem da UTI Neonatal/Pediátrica, observa-se maior incidência na categoria dos técnicos de enfermagem com 74,07%, trabalhadores doentes, seguidos pelo enfermeiro com 4,81% e os auxiliares de enfermagem com 12%.

Avaliando o número de atestados de cada categoria, verificou-se maior incidência na categoria de técnico de enfermagem com 83,90%, seguido do enfermeiro com 10,17% e, o auxiliar de enfermagem com 5,93%.

Na análise de dias perdidos, verificou-se que a categoria que possui maior somatória, também foi a dos técnicos de enfermagem com 79,57%, enfermeiro com 16,85% e o auxiliar de enfermagem com 3,58%.

Tabela 42 – Número de Atestados e Dias Perdidos Segundo Categoria Profissional UTI Neonatal Pediátrica

Categoria Profissional	Nº Trabalhadores	Trabalhadores Doentes	Nº Atestados	Dias Perdidos
Auxiliar de Enfermagem	5	3	7	10
Técnico de Enfermagem	27	20	99	222
Enfermeiro(a)	5	4	12	47
TOTAL	37	27	118	279

6.3.2 Análise do Absenteísmo Licença Médica/Atestados - Afastamento Inferior ou Igual a 15 (Quinze) Dias no ano de 2002

Em julho de 2002, quando se iniciou a pesquisa com os trabalhadores da equipe de enfermagem da UTI Neonatal/Pediátrica, o setor contava com 3 auxiliares de enfermagem, 26 técnicos de enfermagem e 5 enfermeiros.

Julgou-se importante destacar o número de trabalhadores da equipe de enfermagem na fase inicial da pesquisa porque, a partir do levantamento das observações realizadas e, principalmente após o envolvimento da gerente de enfermagem, enfermeiras da unidade e de todos os trabalhadores, algumas alterações começaram a serem realizadas no setor, como por exemplo: a contratação de trabalhadores do sexo masculino, rodízio dos trabalhadores nas UTIs e mudança na escala de folgas.

Importante destacar que até então, o profissional do sexo masculino não era contratado para esta unidade porque a crença era que os elementos desse sexo. Por sua estrutura muscular e movimentos mais bruscos, teriam dificuldade no manuseio das crianças, principalmente com os recém-natos prematuros que ao nascer apresentam baixo peso.

Com relação aos grupos de patologias de maior incidência de atestados e dias perdidos respectivamente tem-se:

- Doenças do aparelho respiratório, com 21 atestados (18,10%) e 30 dias perdidos (13,45%);
- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte, com 17 atestados (14,66%) e 33 dias perdidos (14,80%);
- Doenças do aparelho geniturinário, com 17 atestados (6,03%) e 22 dias perdidos (9,87%);
- Atestados que não continham CID somam um total de 28 (24,14%), com 48 dias perdidos (21,52%).

A Tabela 43 aponta os números acima mencionados e os demais grupos de patologias constantes nos atestados da equipe de enfermagem.

Tabela 43 - Número de Atestados e Dias Perdidos por Licença/Atestado Afastamentos Menor ou igual a 15 (Quinze) Dias – UTI Neonatal/Pediátrica

CAUSAS DE AFASTAMENTO	Nº DE ATESTADO	%	Nº DE DIAS PERDIDOS	%
Algumas Afecções Originadas No Período Perinatal	1	0,86	1	0,45
Algumas Doenças Infecciosas E Parasitárias	6	5,17	6	2,69
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	1	0,86	1	0,45
Doenças do Aparelho Digestivo	4	3,45	10	4,48
Doenças do Aparelho Geniturinário	7	6,03	22	9,97
Doenças do Aparelho Respiratório	21	18,10	30	13,45
Doenças do Olho e Anexos	3	2,59	5	2,24
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	1	0,86	1	0,45
Doenças do Sistema Nervoso	6	5,17	14	6,28
Doenças do Sistema Osteomuscular E do Tecido Conjuntivo	11	9,48	33	14,80
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato c/ os Serviços de Saúde	2	1,72	2	0,90
Gravidez, Parto e Puerpério	2	1,72	2	0,90
Infecções Virais Caracterizadas por Lesões da Pele e Mucosas	1	0,86	1	0,45

Neoplasias (Tumores)	2	1,72	2	0,90
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte	17	14,66	33	14,80
Transtornos Mentais e Comportamentais	2	1,72	10	4,48
Traumatismo Superficial Envolvendo Múltiplas Regiões do Corpo	1	0,86	2	0,90
Sem CID	28	24,14	48	21,52
Total	116	100	223	100

Em relação aos dias perdidos, verificou-se a seguinte distribuição:

- **Abril:** o grupo de patologia foram as doenças do aparelho respiratório, com 3 (Três) atestados ou seja, 33,33% e 4 dias perdidos; doenças do aparelho digestivo, com 1 atestado (5,26%) e 7 dias perdidos (36,8%); doenças do olho e anexos, com 1 atestado (5,26%) e 3 dias perdidos (15,57%).
- **Maior:** houve maior incidência das doenças do aparelho respiratório com 5 atestados (31,25%) e 8 dias perdidos (25%). Não foi possível tabular as demais causas e 3 atestados (18,75%) não apresentavam CID, somando 15 dias perdidos (46,88%).
- **Junho:** nesse mês, os atestados apresentaram um grande número de patologias diversificadas, porém destaca-se o número de doenças do aparelho geniturinário com 1 atestado (10%) e 15 dias perdidos (60%).
- **Julho:** destacam-se nesse mês as doenças do aparelho respiratório com 3 atestados (18,75%) e 5 dias perdidos (25%). Mais uma vez, não foi possível extrair outros dados sobre as demais patologias, porque 8 atestados (50%), não apresentaram CID, porém somaram 13 dias perdidos (54,16%).
- **Agosto:** doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 3 atestados (23,07%) e 8 dias perdidos (32%); sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte com 3 atestados (23,07%) e 7 dias de afastamento (28%); doenças do aparelho respiratório com 3 atestados (23,07) e 4 dias perdidos (16%), foi o grupo de patologia de maior incidência nesse mês.

➤ **Setembro:** nesse mês destacam-se as doenças do sistema nervoso com 3 atestados (25%); doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 2 atestados (16,77%) e 8 dias perdidos (25%); transtornos mentais e comportamentais com 1 atestado (8,34%) e 9 dias perdidos (28,12%).

➤ **Outubro:** o grupo de patologia de maior incidência foram os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte com 9 atestados (60%) e 14 dias perdidos (48,28%); doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 3 atestados (20%) e 12 dias perdidos (41,38%).

6.3.3 Absenteísmo por Auxílio-Doença, Afastamento Superior a 15 (Quinze) Dias no ano de 2002.

Com base na Tabela 44, verificaram-se 2 afastamentos por auxílio doença ocorrido na UTI Neonatal/Pediátrica, durante 2002. O grupo de patologia de incidência, nesse caso, foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com 2 (dois) atestados somando 56 dias perdidos.

Tabela 44 – Numero de Afastamentos e Dias Perdidos por Auxílio Doença Afastamento Superior a 15 (Quinze) Dias - UTI Neonatal/Pediátrica.

Causas de Afastamento	Nº de Atestados	%	Nº Dias Perdidos	%
Doenças do Aparelho Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	2	100	56	100
TOTAL	2	100	56	100

6.3.4 Índice de Absenteísmo (IA) da Equipe de Enfermagem da UTI Neonatal/Pediátrica no Período de 12 (doze) Meses

Analisando o índice de absenteísmo da Equipe de Enfermagem da UTI Neonatal/Pediátrica, conclui-se que apenas 97,23% da força de trabalho foi aplicada no período. Nesse contexto, a diretoria de enfermagem necessitou de um adicional de recursos humanos (2,77%) durante o ano para compensar o absenteísmo no período.

6.3.5 Análise da Demanda Ergonômica na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal / Pediátrica

6.3.5.1 Questionários Aplicados à População

Para a equipe de enfermagem da UTI Neonatal/Pediátrica, foram aplicados 20 questionários (54,04%), da população de trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiras, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem); 100% da força de trabalho eram do sexo feminino com idade média de 31 anos e tempo médio de serviço na empresa de 7,7 anos. Souza *et al.* (2002), reconhece que a enfermagem é uma profissão notoriamente feminina e que, de forma alguma, pode-se negar a interferência de sua vida como esposa e mãe em sua atuação profissional.

Tabela 45 – Caracterização dos Trabalhadores da Equipe de Enfermagem quanto ao Gênero, Idade e Tempo de Serviço.

Funcionários	%	Frequência	Média
Feminino	100	20	
Idade			31,5
Tempo de Serviço			7,7
		20	

As questões referentes à UTI Neonatal/Pediátrica tiveram um *Alpha de Cronbach* = 0,84 indicando consistência interna para todas as questões.

Tabela 46 – Resultados dos Questionários Quanto à Média e Desvio Padrão – UTI Neonatal/Pediátrica.

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Equipe multidisciplinar	10,85	3,59
Execução de todas as etapas do processo de Enfermagem	12,14	3,23
Jornada de trabalho e escala da semana	6,74	3,24
Carga de trabalho realizado por dia de trabalho	11,1	3,9
Relacionamento com a equipe de trabalho	12,63	3,2
Pausa durante o trabalho	8,37	4,99
Tempo de lazer com a família	6,35	4,79
Ritmo de trabalho	11,76	4,14
Preparo da equipe quanto ao conhecimento científico	10,52	4,25
Satisfação no trabalho	13,35	2,02
Relacionamento com os familiares do Cliente	12,82	3,26
Equipe participa no planejamento das atividades do setor	12,12	3,3
Treinamento da equipe em educação continuada	10,04	4,69
Preparo para lidar com a dor dos outros	12,83	2,71
Liberdade na execução dos procedimentos de enfermagem	11,64	3,61
Divisão de tarefa entre turnos	11,13	3,75
Ventilação no ambiente de trabalho	10,9	4,54
Iluminação no seu ambiente de trabalho	11,65	3,97
Temperatura no seu ambiente de trabalho	11,99	4,09
Disposição dos boxes e equipamentos	9,56	4,43
Material e equipamentos disponíveis	10,36	4,76
Estabilidade profissional, financeira e política de incentivos	9,07	4,09
Medidas de precaução	12,87	2,49
Transporte para o trabalho	10,14	4,47

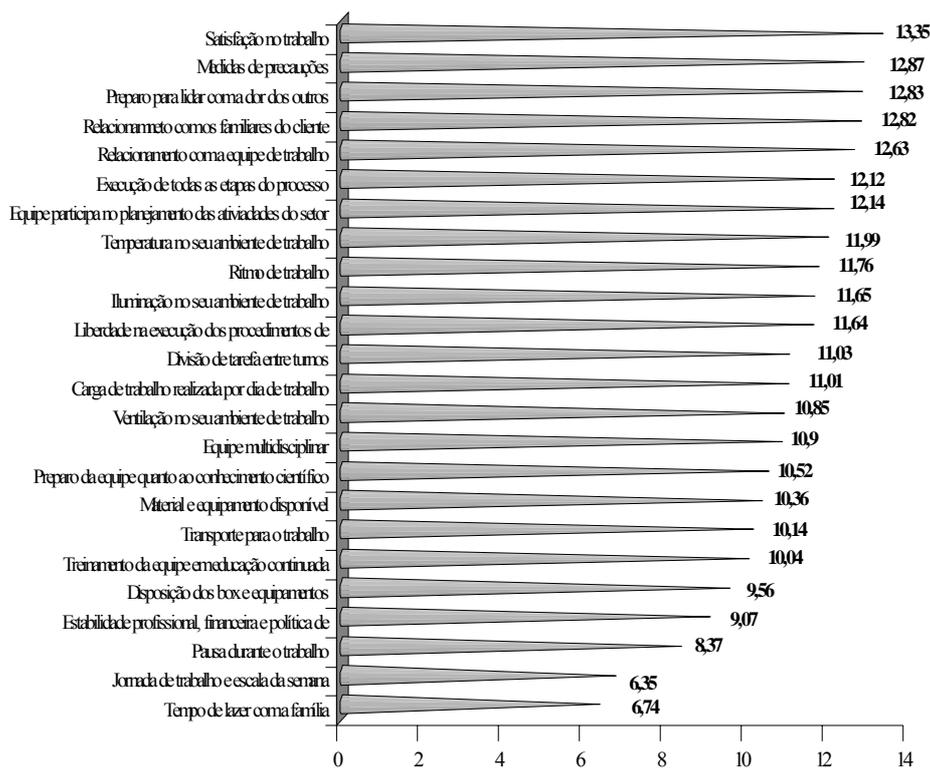


Figura 06 – Nível de Satisfação da Equipe de Enfermagem -UTI Neonatal/Pediátrica.

A Figura 06 mostra em ordem decrescente, o grau de insatisfação e satisfação dos trabalhadores da equipe de enfermagem da UTI Neonatal/Pediátrica. Observa-se a existência de 2 (Dois) fatores de maior índice de insatisfação "tempo de lazer com a família" e "jornada de trabalho e escala de final de semana". Neste caso é importante ressaltar que a população de trabalhadores UTI Neonatal/Pediátrica é essencialmente feminina, e folgar no final de semana para mulheres, esposas e mães é de fundamental importância, porque é no final de semana que as famílias podem programar lazer e se relacionar com os membros da própria família e com os amigos e parentes.

6.3.5.2 Itens de Demanda Ergonômica Agrupados por Categorias UTI Neonatal/Pediátrica

Na Tabela 47, pode-se observar que existe diferença em relação ao item treinamento em educação continuada. Em relação ao preparo psicológico para lidar com a dor dos outros, embora não esteja igual ou maior que a média, por estar próximo, chama a atenção, pois este item é significativo. Nesse sentido Gomes (1978) chama a atenção, pois as atividades de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva devem ser desempenhadas por pessoal treinado. O treinamento para a equipe deve ser objetivo e sistemático, visando à execução de tarefas específicas junto ao paciente.

Tabela 47 - Ranking Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados à Organização do Trabalho –UTI Neonatal/Pediátrica.

Organização do Trabalho	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Equipe multidisciplinar	20	36,42	-0,91	2,39
Execução de todas as etapas do processo	20	39,33	-0,34	
Jornada de trabalho e escala da semana	20	28,88	0,67	
Carga de trabalho realizado por dia de trabalho	20	38,92	-0,83	
Relacionamento com a equipe de trabalho	20	33,35	0,24	
Pausa durante o trabalho	20	29,1	1,31	
Tempo de lazer com a família	20	28,2	0,40	
Ritmo de trabalho	20	43,78	-1,72	
Preparo da equipe quanto ao conhecimento científico	20	38,45	-0,03	
Satisfação no trabalho	20	41,38	-1,25	
Relacionamento com os familiares do cliente	20	42,85	-1,97	
Equipe participa no planejamento das atividades do setor	20	43,95	-1,72	
Treinamento da equipe em educação continuada	20	43	-2,57	
Preparo para lidar com a dor dos outros	20	43,7	-2,10	
Divisão de tarefa entre turnos	20	40,75	-1,38	

Com o objetivo de avaliar o ambiente de trabalho em relação à ventilação, iluminação e temperatura, verifica-se na tabela 48 que não há diferenças significativas em relação a esse Itens de Demanda Ergonômica.

Tabela 48 - Ranking Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Ambiente de Trabalho – UTI Neonatal/Pediátrica

Ambiente	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Ventilação no seu ambiente de trabalho	20	42,65	-0,1043427	2,39
Iluminação no seu ambiente de trabalho	20	35,08	0,8862171	
Temperatura no seu ambiente de trabalho	20	39	0,023651	

A Tabela 49 mostra os Itens de Demanda Ergonômica relacionados ao posto de trabalho na UTI Neonatal/Pediátrica, não apresentando diferença em relação a estes Itens.

Tabela 49 - Ranking Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados à Organização do Trabalho –UTI Neonatal/Pediátrica.

Posto	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Disposição dos boxes e equipamentos	20	39,65	0,8305676	2,39
Material e equipamento disponíveis	20	39,38	0,6691843	

Em relação aos Itens de Demanda Ergonômica relacionada à empresa não apresentou diferença, como pode ser observado na Tabela 50.

Tabela 50 - Ranking Médio e as Diferenças dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados à Empresa - UTI Neonatal/Pediátrica

Empresa	N	Ranking Médio	Qcalc	Qtab
Estabilidade profissional, financeira e política de incentivos	20	42,08	-1,56	2,39
Medidas de precaução	20	39,53	-0,37	
Transporte para o trabalho	20	35,13	-0,59	

6.4 ANÁLISE CONJUNTA DA DEMANDA ERGONÔMICA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Como foi descrito no capítulo anterior, a UTI Geral utiliza os mesmos tipos de equipamentos que as demais Unidades de Terapia Intensiva, contudo, as condições físicas do ambiente da UTI Geral são significativamente inferiores às da UTI Cardíaca e Neonatal/Pediátrica. Portanto, há uma tendência ao grau de satisfação dos funcionários da UTI Geral

ser inferior, nos constructos relacionados ao ambiente físico em relação aos funcionários das demais Unidades de Terapia Intensiva. A insatisfação na UTI Cardíaca é observada nos constructos relacionados à empresa, na UTI Neonatal/Pediátrica a insatisfação está presente nos constructos relacionados à organização do trabalho.

A análise dos dados dos questionários aplicados nas UTI Geral, Cardíaca e Neonatal/Pediátrica, demonstrou níveis de satisfação diferentes em relação aos constructos: organização do trabalho, ambiente, posto e empresa.

Embora a natureza do trabalho seja a mesma, a administração dos cuidados de enfermagem ao paciente grave, o espaço físico e a expectativa dos grupos em relação ao trabalho são diferentes, como já era esperado no planejamento inicial. Neste sentido Guedes (2002) chama a atenção para as condições de trabalho da equipe de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva, pois estas tornam-se muito complexas e representam a interação e o inter-relacionamento das circunstâncias material, psíquica, biológica e social, que por sua vez são influenciadas pelos fatores econômico, técnico e organizacional do trabalho.

Para Estryng-Behar (1996) *apud* Diniz (2003) a ergonomia pode ser uma contribuição importante na observação e análise das situações de trabalho em hospitais. O profissional da área de saúde está sujeito a muitos problemas: o próprio ambiente hospitalar propicia riscos à saúde; trabalho em turnos traz efeitos danosos ao trabalhador; o contato direto com o doente deixa o profissional vulnerável a contaminações e são comuns casos de depressão entre os trabalhadores em função do trabalho em turnos diferentes e de seu envolvimento com pacientes. Os enfermeiros apresentam problemas lombares que representam os maiores índices de danos à saúde desses funcionários.

6.4.1 Análise Estatística da Demandada Entre as Unidades de Terapia Intensiva

Os dados obtidos com os setores de UTI Geral, Cardíaca e Neonatal/Pediátrica foram comparados através do Teste de *Kruskal-Wallis* - ANOVA não paramétrica. O resultado da análise permitiu confirmar a existência de diferenças entre o grau de satisfação das diversas demandas e a existência de diferenças entre os setores.

Nas comparações múltiplas de médias pelo teste de *Kruskal-Wallis* com grau de significância a 5%, os constructos diferem entre as Unidades de Terapia Intensiva quanto a:

- ritmo de trabalho;
- relacionamento com os familiares do cliente;
- participação da equipe no planejamento das atividades do setor;

- treinamento da equipe em educação continuada, e
- preparo da equipe para lidar com a dor dos outros.

Tabela 51 - Teste de *Kruskal-Wallis* - ANOVA Não Paramétrica Para o Construto Organização do Trabalho.

Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> - ANOVA Não-Paramétrica	
Organização do Trabalho	p
Equipe multidisciplinar	0,494
Execução de todas as etapas do processo	0,09
Jornada de trabalho e escala da semana	0,273
Carga de trabalho realizado por dia de trabalho	0,379
Relacionamento com a equipe de trabalho	0,955
Pausa durante o trabalho	0,299
Tempo de lazer com a família	0,066
Ritmo de trabalho	0,024*
Preparo da equipe quanto ao conhecimento científico	0,072
Satisfação no trabalho	0,114
Relacionamento com os familiares do cliente	0,047*
Equipe participa no planejamento das atividades do setor	0,02*
Treinamento da equipe em educação continuada	0,01*
Preparo para lidar com a dor dos outros	0,027*
Liberdade na execução dos procedimentos de enfermagem	0,705
Divisão de tarefa entre turnos	0,179

**Kruskal Wallis* significativo a 5%

Os dados observados na Tabela 52 relacionados aos constructos organização do trabalho, permitem avaliar que apenas na questão treinamento da equipe continuada, não existe diferença significativa entre as Unidades de Terapia Intensiva.

Tabela 52 - Comparação Entre as Unidades de Terapia Intensiva Ranking Médio dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados à Organização do Trabalho

Organização do Trabalho	UTI	N	Ranking Médio	Qcal.	Qtab.
Equipe multidisciplinar	Geral	26	35,48	0,78	2,39
	Cardíaca	21	29,86	-0,13	
	Neo Natal	20	36,42	-0,91	
	Total	67			
Execução de todas as etapas do processo	Geral	26	27,56	-1,30	
	Cardíaca	21	36,9	-1,64	
	Neo Natal	20	39,33	-0,34	
	Total	67			
Jornada de trabalho e escala da semana	Geral	26	38,19	0,63	
	Cardíaca	21	33,69	1,30	
	Neo Natal	20	28,88	0,67	
	Total	67			
Carga de trabalho realizado por dia de trabalho	Geral	26	31,04	-0,27	
	Cardíaca	21	32,98	-1,10	
	Neo Natal	20	38,92	-0,83	
	Total	67			
Relacionamento com a equipe de trabalho	Geral	26	33,65	-0,19	
	Cardíaca	21	35,05	0,04	
	Neo Natal	20	33,35	0,24	
	Total	67			
Pausa durante o trabalho	Geral	26	34,1	-0,62	
	Cardíaca	21	38,55	0,70	
	Neo Natal	20	29,1	1,31	
	Total	67			
Tempo de lazer com a família	Geral	26	40,83	1,36	
	Cardíaca	21	31,07	1,76	
	Neo Natal	20	28,2	0,40	
	Total	67			
Ritmo de trabalho	Geral	26	28,56	-0,40	
	Cardíaca	21	31,43	-2,12	
	Neo Natal	20	43,78	-1,72	
	Total	67			
Preparo da equipe quanto ao conhecimento Científico	Geral	26	27,15	-1,54	
	Cardíaca	21	38,24	-1,57	
	Neo Natal	20	38,45	-0,03	
	Total	67			
Satisfação no trabalho	Geral	26	29,6	-0,39	
	Cardíaca	21	32,43	-1,64	
	Neo Natal	20	41,38	-1,25	
	Total	67			
Relacionamento com os familiares do cliente	Geral	26	31,48	0,39	
	Cardíaca	21	28,69	-1,58	
	Neo Natal	20	42,85	-1,97	
	Total	67			
Equipe participa no planejamento das atividades do setor	Geral	26	28,31	-0,45	
	Cardíaca	21	31,57	-2,18	
	Neo Natal	20	43,95	-1,72	
	Total	67			

Organização do Trabalho	UTI	N	Ranking Médio	Qcal.	Qtab.
Treinamento da equipe em educação continuada	Geral	26	34,71	1,41	
	Cardíaca	21	24,55	-1,15	
	Neo Natal	20	43	-2,57	
	Total	67			
Preparo para lidar com a dor dos outros	Geral	26	30,87	0,31	
	Cardíaca	21	28,64	-1,78	
	Neo Natal	20	43,7	-2,10	
	Total	67			
Liberdade na execução dos procedimentos de enfermagem	Geral	26	31,62	-0,64	
	Cardíaca	21	36,24	-0,44	
	Neo Natal	20	34,75	0,21	
	Total	67			
Divisão de tarefa entre turnos	Geral	26	31,38	0,08	
	Cardíaca	21	30,81	-1,30	
	Neo Natal	20	40,75	-1,38	
	Total	67			

A análise do ambiente de trabalho pela aplicação do Teste de *Kruskal-Wallis* - **ANOVA** não paramétrica ao nível de 5% indica diferença significativa entre as UTIs em relação ao ambiente de trabalho. Essa diferença apresenta destaque no construto ventilação no ambiente de trabalho.

Tabela 53 Teste de *Kruskal-Wallis* -ANOVA Não Paramétrica Para o Construto Ambiente de Trabalho.

Teste de Kruskal – Wallis ANOVA – Não Paramétrica	
Ambiente de Trabalho	P
Ventilação no seu ambiente de trabalho	<0,01*
Iluminação no seu ambiente de trabalho	0,042*
Temperatura no seu ambiente de trabalho	0,027*

Kruskal Wallis significativo a 5%

A Tabela 54 analisa comparativamente o *Ranking* médio em relação ao ambiente de trabalho, pode-se verificar que no constructo "ventilação no ambiente de trabalho" a UTI Geral e UTI Cardíaca superam em média da UTI Neo Natal/Pediátrica.

Essa média superior encontrada na UTI Cardíaca em relação à percepção dos funcionários ao constructo "ventilação", não era esperada, uma vez que esta UTI possui janelas amplas facilitando a renovação de ar no ambiente.

Tabela 54 - Comparação Entre as Unidades de Terapia Intensiva *Ranking* Médio dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Ambiente de Trabalho

Ambiente	UTI	N	Ranking Médio	Qcal	Qtab.
Ventilação em seu ambiente de trabalho	Geral	26	20,96	-2,91325	2,39
	Cardíaca	21	41,9	-3,01759	
	Neo Pediátrica	20	42,65	-0,10434	
Iluminação em seu ambiente de trabalho	Geral	26	27,15	-1,98947	
	Cardíaca	21	41,45	-1,10325	
	Neo Pediátrica	20	35,08	0,886217	
Temperatura em seu ambiente de trabalho	Geral	26	25,98	-1,83504	
	Cardíaca	21	39,17	-1,81139	
	Neo Pediátrica	20	39	0,023651	

O Teste de *Kruskal-Wallis*, ao nível de significância de 5%, reforça que existe diferença significativa no construto disposição dos boxes e equipamentos e materiais e equipamentos disponíveis entre as UTIs.

Tabela 55- Teste de *Kruskal-Wallis* -ANOVA Não Paramétrica para o Construto Posto do Trabalho.

Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> - ANOVA Não- Paramétrica	
Posto de Trabalho	p
Disposição dos boxes e equipamentos	<0,01
Materiais e equipamentos disponíveis	<0,01

* *Kruskal Wallis* significativo a 5%

A variável “posto de trabalho”, conforme análise da tabela 56, confirma as diferenças existentes entre as Unidades de Terapia Intensiva, superando as médias para os constructos: disposição dos boxes e equipamentos e materiais e equipamentos disponíveis nas Unidades de Terapia Intensiva Geral e Cardíaca.

Tabela 56 - Comparação Entre as Unidades de Terapia Intensiva *Ranking* Médio dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados ao Posto de Trabalho

Posto	UTI	N	Ranking Médio	Qcal	Qtab.
Disposição dos boxes e equipamentos	Geral	26	20,27	-3,52678	2,39
	Cardíaca	21	45,62	-2,69621	
	Neo Pediátrica	20	39,65	0,830568	
	Total	67			
Materiais e equipamentos Disponíveis	Geral	26	21,63	-3,13863	
	Cardíaca	21	44,19	-2,46944	
	Neo Pediátrica	20	39,38	0,669184	
	Total	67			

Para a variável empresa, o Teste de Kruskal-Wallis ao nível de significância de 5%, aponta para a não existência de diferença significativa entre nos constructos nas Unidades de Terapia Intensiva.

Tabela 57 Teste de *Kuskal-Wallis* -ANOVA Não Paramétrica Para o Construto Empresa.

Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> - ANOVA Não-Paramétrica	
Empresa	p
Estabilidade profissional e financeira e política de incentivos	0,086
Medidas de precaução	0,08
Transporte para o trabalho	0,668

**Kruskal Wallis* significativo a 5%

Os constructos relacionados à empresa conforme análise da tabela abaixo, as médias apresentadas não mostram diferenças significativas entre as UTIs Geral, Cardíaca e Neonatal/Pediátrica, respectivamente.

Tabela 58 - Comparação Entre as Unidades de Terapia Intensiva *Ranking* Médio dos Itens de Demanda Ergonômica Relacionados a Empresa

Empresa	UTI	N	Ranking Médio	Qcal	Qtab.
Estabilidade profissional, Financeira e política de incentivo da empresa	Geral	26	30,33	-0,07	2,39
	Cardíaca	21	30,86	-1,63	
	Neo Pediátrica	20	42,08	-1,56	
	Total	67			
Medidas de precaução	Geral	26	27,42	-1,32	
	Cardíaca	21	36,88	-1,66	
	Neo Pediátrica	20	39,53	-0,37	
	Total	67			
Transporte para o trabalho	Geral	26	35,67	0,67	
	Cardíaca	21	30,86	0,08	
	Neo Pediátrica	20	35,13	-0,59	
	Total	67			

7 CONCLUSÃO

Este estudo realizado nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital de grande porte em Curitiba-Paraná buscou identificar os itens de demanda ergonômica percebidos pelos funcionários da equipe de enfermagem além de identificar os índices e as causas de absenteísmo.

A análise dos índices de absenteísmo e os resultados dos dados obtidos por meio de entrevistas e questionários foram significativos, uma vez que algumas melhorias foram implementadas a partir da demanda identificada. Dentre as melhorias implementadas destacam-se: mudança na escala de final de semana, contratação de equipe mais heterogêneas quanto ao gênero das unidades, compra de novos equipamentos, monitoramento de todas as etapas dos afastamentos na busca do controle do absenteísmo por doença.

O estudo do absenteísmo permitiu avaliar que existem diferentes índices de absenteísmo nas unidades de terapia intensiva. Na análise, verificou-se que as principais causas de afastamentos nessas unidades, de maneira geral, foram: doenças do aparelho respiratório; sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos de laboratório não classificados em outra parte; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e doenças do aparelho geniturinário. Em relação à soma dos dias perdidos destacam-se: as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, transtornos mentais e comportamentais, e as doenças do aparelho respiratório.

Na análise do absenteísmo, a UTI Geral é que possui maior número de afastamento por doença e dias perdidos, tanto para os atestados médicos com afastamento menor ou até 15 dias, como para os afastamentos superiores há 15 dias (auxílio doença). Avaliando o Índice de Absenteísmo (IA), nas três Unidades de Terapia Intensiva, a Geral possui maior índice com 6,45% ao ano. Este resultado corrobora com os dados de Echer *et al.* (1999) que identificou Índice de Absenteísmo na equipe de enfermagem de 6,35% ao ano.

Não foi possível estabelecer comparação na incidência do absenteísmo entre os sexos masculino e feminino, uma vez que na equipe de enfermagem existe predominância do sexo feminino. Neste sentido concorda-se com autores como Souza *et al.* (2001), Spíndola e Santos (2003), Pinheiro (1959) de que um fato evidente a ser analisado na enfermagem é o número restrito de membros do sexo masculino.

Na análise do absenteísmo por categoria profissional, pôde-se verificar que a do técnico de enfermagem foi a categoria que mais se afastou por atestado médico durante o ano. Isso pode explicar, pois essa categoria é a mais representativa nas Unidades de Terapia Intensiva.

Observou-se que em relação à distribuição dos afastamentos e dias perdidos durante os meses do ano, não existe sazonalidade para esta distribuição.

A análise estatística dos Itens de Demanda Ergonômica mostrou o grau de satisfação e as diferenças significativas entre as Unidades de Terapia Intensiva de acordo com a percepção da equipe de enfermagem.

Na UTI Geral existe insatisfação e diferença significativa com relação: ao ambiente de trabalho construto ventilação; posto de trabalho constructos, disposição dos boxes equipamentos; materiais e equipamentos disponíveis.

Na UTI Cardíaca, a insatisfação e as diferenças significativas estão relacionadas ao: ambiente de trabalho construto ventilação; posto de trabalho constructos, disposição dos boxes e equipamentos; materiais e equipamentos disponíveis.

Na UTI Neonatal/Pediátrica os dados apontam para a insatisfação e diferença significativas em relação à organização do trabalho, constructos treinamento da equipe em educação continuada, e preparo para lidar com a dor dos outros.

Na comparação múltipla das médias pelo teste de *Kruskal-Wallis* com grau de significância a 5%, observou-se que existe diferença entre as UTIs, na variável organização do trabalho: quanto ao ritmo de trabalho, relacionamento com os familiares do cliente, participação da equipe no planejamento das atividades do setor, treinamento em educação continuada e preparo da equipe para lidar com a dor dos outros.

Para a variável ambiente de trabalho, houve diferença significativa entre as Unidades de Terapia Intensiva em relação a: ventilação, iluminação e temperatura no ambiente de trabalho.

Em relação ao posto de trabalho, houve diferença significativa nos constructos disposição dos boxes, materiais e equipamentos disponíveis.

Para a variável empresa não houve diferença significativa entre as UTIs.

Dessa forma, ficou claro que existem constrangimentos no trabalho executado pela equipe de enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva, impactando nos índices de absenteísmo e na satisfação dos trabalhadores.

Pode-se concluir que a utilização da ferramenta do Design Macroergonômico e a análise do absenteísmo foram de grande importância e se complementaram para a consolidação dos dados deste estudo.

Com análise do absenteísmo foi possível determinar em qual população ocorreu maior número de atestados e dias perdidos por doenças, e, principalmente, as doenças de maior incidência.

Com a avaliação dos Itens de *Design* Macroergonômico foi possível identificar através da estatística descritiva, quais as variáveis que impactam sobre o trabalho da equipe de enfermagem. Vale ressaltar a importância da investigação através da ergonomia participativa, uma vez que ocorre envolvimento dos sujeitos em todas as etapas do processo, considerando que é através do trabalho desenvolvido pelas pessoas que se alcançam os resultados propostos pela organização.

O estudo aponta para a necessidade de trabalhos futuros como monitoramento do absenteísmo pelos gestores da empresa e avaliação dos fatores de risco organizacional e psicossocial das Unidades de Terapia Intensiva, relacionados a equipamentos, à postura, trabalho muscular e pausas de recuperação.

APÊNDICE I – RESULTADO ALFA DE CRONBACH

MÉTODO PARA VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

TODAS AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	N of			
Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	278,5448	2215,7283	47,0715	28

Reliability Coefficients

N of Cases = 67,0 N of Items = 28

Alpha = ,8198

UTI GERAL

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	N of			
Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	264,9115	1557,2555	39,4621	28

Reliability Coefficients

N of Cases = 26,0 N of Items = 28

Alpha = ,7427

UTI NEONATAL/PEDIÁTRICA

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	296,6800	2243,7859	47,3686	28

Reliability Coefficients

N of Cases = 20,0 N of Items = 28

Alpha = ,8486

UTI CARDÍACA

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 21,0 N of Items = 28

Alpha = ,8561

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Julia Issy . PINHO I. M. Diana. **As transformações e os desafios teóricos-metodológicos da ergonomia**. Estudo da Psicologia, vol.7, nº especial, jan/2002.

ANSELMÍ, Maria Luiza. **Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. n. 85/86. v, 23 - 1990.

ALVES, Marília. **Causas do absenteísmo na enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho**. São Paulo, 1996. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem - USP.

ALVES, M. **O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais**. Ver. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.15, n 1/2, p. 71-5, jan./dez. 1994.

AQUINO, E.M.J.S.; *et al.* **Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia** Ver. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 46., n. 3-4 p. 245-57, jul./dez. 19993.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Iluminância de Interiores: NBR 5413. Rio de Janeiro, 1991.

BARBOSA, Denise Beretta & SOLER, Zaida Aurora Sperli Galdes (2003), **Afastamento do Trabalho na Enfermagem: Ocorrência com Trabalhadores de um Hospital de Ensino**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.11, nº 2 Ribeirão Preto, mar/abr 2003.

BIOSSEGURANÇA. **Um desafio para o trabalhador da saúde**. Revista Proteção. Nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde .Secretaria de Vigilância Sanitária. **Unidade de Terapia Intensiva UTI**. Portaria n 466, de 04 de Junho de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Série Saúde & Tecnologia- **Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimento Assistenciais de Saúde - Instalações Prediais Ordinárias e Especiais**. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Proposta da Norma Regulamentadora NR 32 - **Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimento de Assistência à Saúde** . Disponível em: <http://www.tem.gov.br/termos/segsu/legislação/normas/default.asp>., Acesso em: jun/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. **Normas para Projeto de Estabelecimento Assistenciais de Saúde** - Brasília, 1994

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. **Normas para Projeto de Estabelecimento Assistenciais de Saúde** - Brasília, 1995.

BRASIL. Manuais de Legislação. Normas Regulamentadoras (NR). Portaria nº 3.214 de junho de 1978.

BRASIL. Resolução RDC nº 307, ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 14 de novembro 2002. Disponível: <<http://www.anvisa.gov.br/serviçosaude/arq/normas.htm>>. acesso 19 de nov. 2004.

BRUNNER, Lillian Sholtis. SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Sexta Edição. Vs.1.2.3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1990.

BULHOES, Ivone. **Riscos do Trabalho de Enfermagem do** . Rio de Janeiro, IDEAS, 1976 – 1994.

BOURGUIGNON, Denise Rosindo; FELLIPE, Eliane do Carmo; R.V. MILANEZI, Luiz Everton; SANTANA, Liliane Graça, Dall'Orto; SANTOS NUNES, Robinson dos. BASTOS, Rúbia Ferreira. **Estudo das Condições de Saúde e Trabalho dos Profissionais de Enfermagem do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)**. Congresso Abergó 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 242/2000. **Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento de quadro de profissionais de enfermagem para assistenciais das instituições de saúde**. Rio de Janeiro 2000.

COUTO, Hudson Araujo. **Como evita o absenteísmo e elaborar um índice adequado**. Revista Tendência do Trabalho. Administração de Pessoal. 1988.

COUTO, Hudson Araujo. **Absenteísmo: uma visão bem maior que a simples doença**. In: Temas de saúde ocupacional. Belo Horizonte: Ergo, 1987. Cap.2, p. 9-34.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos**. Ed. Compacta, 7. Ed.- São Paulo 2002.

DANATRO, D. **Ausentismo laboral de causa medica en una institucion publica**. Revista Medica Uruguay. Montevideo, v. 13 n. 2, p.. 101-109, ago. 1997

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5ed. São Paulo: Cortez/Obaré. 1992

ECHER, Izabel Cristina *et al.* **Estudo do Absenteísmo como Variável no Planejamento de Recursos Humanos em Enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. 1999.

FERNANDES, Josicelia Dumê. FERREIRA, Silvia Lúcia. ALBERGARIA, Aurenice Karine. Conceição, Flávia Matos da. **Saúde Mental e Trabalho Feminino: Imagens e Represen-**

tações de Enfermeiras. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 10, nº 2 Ribeirão Preto, 2002.

FISHER, Frida Marina. FUNDACENTRO - **Atualidade em Prevenção de Acidente. Trabalho em Turnos: Absenteísmo e Acidentes.** FUNDACENTRO, São Paulo - v. 16N.187 julho 1985. Pg. 4.

FRENKIEL, Sérgio. **O ABSENTEÍMO EM EMPRESA FERROVIÁRIA.** Rede Ferroviária Federal S/ - Superintendência Regional, São Paulo. 1980.

FOGLIATTO, F. S. & GUIMARÃES L. B. M. (1999) **Design Macroergonômico de Postos de Trabalho.** In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO (1999). Anais.

FOGLIATTO, F. S. **Ergonomia Design de Produto.** Apostila Mestrado em Engenharia de Produção. Universidade do Rio Grande do Sul. 2001.

FONTES, Araciana Moreno. **Absenteísmo e os aspectos ergonômicos do trabalho na enfermagem.** Resumo. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. Revista Baiana de Enfermagem. V.15.n1/2, jan/ago 2002.

FURASTÉ. Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico. Explicação das normas da ABNT.** 13 ed. Porto Alegre, sn. 2004.

GAIDZINSKI, Raquel Rapone . **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares.** São Paulo, 1998. 118p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

_____. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado.** Revista Escola Enfermagem USP., v.34,n4, p.376-82,dez.2000.

GIL Nunes, Márcia Batista. Mauro, Maria Yvone Chaves. Cupello, Antonio José. **Estresse nos Trabalhadores de Enfermagem: estudo em uma unidade Psiquiátrica.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro,2000.

GOMES, Alice. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.** São Paulo, EPU, 1978.

GOMES, Alice. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.** 2 ed. São Paulo, EPU, 1988.

GUEDES, Ersília Maria. Et al. **Problema Muscoesqueléticos na Enfermagem Hospitalar**. CONGRESSO AGERGO. 20002.

GOODFELLOW, A.; VARNAM, R.; REES, D. ; SHELLY, M.P. **Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses**. *Anaesthesia* 52:11 - 1034-41, nov.1997

HADDAD.M.C.L.(2000). **Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.1,n.2, p. 75-88, junho 2000.

LIPP, Marilda. **Pesquisa sobre Stress no Brasil, Saúde Ocupações e Grupos de Risco**. 2ª ed. Ed. Papirus.2001.

MAGALHÃES,A M.M. DUARTE, E.R.M.; MOURA, G.M.S.S. **Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte**. Ver. *Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 16, n.1/2, p. 5-16, jan./dez. 1995.

Manual de Descrição de Cargos -HNSG. Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem - Unidades Especiais.

MAIA, Silmara da Costa. **Análise Ergonômica do Enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva : Proposta para a Minimização do Estresse e Melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. 1999.

MAURO, Maria Yvone Chaves e GUEDES, Ersília Maria. **Revisando os fatores de risco e condições de trabalho da enfermagem hospitalar**. Resumo: Dissertação de Mestrado Universidade do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem Rio de Janeiro 2000.

MALTA, Mônica Alexandre. NISHIDE, Vera Médice. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. UTI - Planta Física. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/uti-pl.htm>.2004.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio;9(3):1, 2001. Disponível em www.eerp.usp.br/rlaenf.

MAURO, Maria Yvone Chaves. DOS SANTOS, Cristina Casseres. OLIVEIRA, Marcia Moreira. LIMA, Paula Travessos. **O estresse e a prática de enfermagem**. Anais ABERGO 2000.

MAURO, M.Y.C.; CORDEIRO,D.S.; YANAGUISAWA,K.; CONCEIÇÃO, J.E. Pesquisa em enfermagem: fadiga e aspectos ergonômicos no trabalho de enfermagem. Ver. Bras. Enfermagem, Brasília, v. 29, n. 4, p. 7-18, out./dez. 1976.

McDONALD, JM. SHAVER, A.V. **An absenteeism central program.** J Nurs. Adm., Billerica, v. 11, n. 5, p. 13-18, may 1981.

MEIRA, João Bosco B. **Absenteísmo por enfermidade - Sugestões para seu controle.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Pg. 68-76. 1982.

MENDES, I.A. C. Convivendo e enfrentando situações de stress profissional. Ver. Latinoamericana de enfermagem, Ribeirão Preto, v.10, n.40.p 68-76,out/dez.1982.

MENDES, Rene - **Patologia do Trabalho.** Editora Atheneu, 1995.

MORAES, A. & MONT'ALVÃO C. **Ergonomia Conceitos e Aplicações 2º ed.,** Rio de Janeiro: 2AB Editora, 2000.

MOURA, Azevedo Mauro. **Novas Tecnologias.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Nº 79, vol. 21- jul/ago/set, 1993.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. AZEVEDO, Cleide A Bellomaria. **Abseteísmo Doença em Mulheres.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 1982.

OGUISSO, T. **A Mulher na força de trabalho: o Trabalho da enfermeira.**Rev. Enfermagem UERJ. Rio de janeiro,v 6 n. 1. P. 3009-16 jun. 1998.

Ordem de Serviço nº 606 – INSS/LER - **Lesões por Esforços Repetitivos:** Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade para fins de Benefício. Brasília, MPS 1998.

PAVANI, L.M.D. **Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca em um hospital universitário especializado em cardiologia.** 2000, 134f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PIMENTA Carvalho, A. M^a.; DA SILVA Brito, E. **Stress, Coping (Enfrentamento) e Saúde Geral dos Enfermeiros que Atuam em Unidades de Terapia Intensiva e Problemas Renais.** Disponível: www.um.es/eglobal. Maio de 2004.

PINHEIRO, Maria Rosa de Souza. **Razões para realização de um inquérito de recursos e necessidades de enfermagem.** Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana.Vol. XLVI, nº 5. Maio 1959.

QUICK Thelmo Carlos *et al.* **Análise do Absenteísmo em Usina Siderúrgica.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. n,40. V, 10. 1982.

REID, W.M. ; SMITH, S.E. Elements of a comprehensive absenteeism control program. AAOHN. J. , Atlanta, v. 41, n.2, p. 90-5, feb. 1993.

REYNOLDS, J.E.E., 1989. **Martindale The Extra Pharmacopoeia.** 29 ed. London: The Pharmaceutical Press. 1896

ROBAZZI, Lúcia Do Carmo Cruz. Paracchini, SUELI Aparecida. Santos Welson Donizeti Florentino Dos . GIR, Elucir. Santos, WELSON Donizete Florentino. MORIYA, Tokoko Murakawa. **Serviço de enfermagem: um estudo sobre absenteísmo.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. n.69 - Vol. 18 - Jan, Fev, mar, 1990.

RODRIGUES, Rosa Maria. **Enfermagem comprometida com a vocação e sua relação com as atitudes com as atividades dos enfermeiros frente às condições de trabalho.** Ver . Latino-AM. Enfermagem.[ONLINE]. Nov.2001, Vol.9,Nº9 [citado 04 mar/2003]. P. 76-82. Disponível na World Wide Web: http://www.Sciello.br/Sciello.Php?Script=Sci_arttext&pid=so/0411692001000600013&Inq=pt&nrm=isso >. ISSN 0104-1169.

SANTOS, Venética et al. **Um novo conceito de tratamento intensivo: a ergonomia na humanização dos espaços.** Revista de Terapia Intensiva, vol. nº3, 1994

SILVA, Vanda Elisa Felli da. KURCGANT, Paulina. QUEIROZ, Vilma Machado de. **O Desgaste do Trabalhador de Enfermagem: Relação Trabalho de Enfermagem e Saúde do Trabalhador.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, V. 51, n 4, out/dez. 1998.

SILVA, Dóris Marli Petry Paulo da. MARZIALE, Maria Helena Palucci. **Absenteísmo de Trabalhadores de Enfermagem em Um Hospital Universitário.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v 8, n. 5, p. 44-51, out/2000.

SOUZA, Sonia Regina de Oliveira e Silva de. Almeida, JUANA Ferreira de. Silva, Maria José da. NEVES, Mônica Gonçalves- **Absenteísmo de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adulto.** Hospital Universitário Pedro Ernesto Boulevard. UERJ- 2000-2001.

SOUZA, A. L. **Saúde mental e trabalho: dois enfoques.** Rev. Bras. Saúde Ocup., 75. Vol.20:65-71,1992.

SHIMIZU, Helena Eri. CIAMPONE, Maria Helena Trech. **As Representação Sociais dos Trabalhadores de Enfermagem (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) Sobre o Trabalho**

em Unidade sobre o Trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um Escola. Ver. Escola de Enfermagem USP 2002.

SPÍNDOLA, Thelma. **Mulher, mãe e trabalhadora de enfermagem**. Ver.. Esc. Enfermagem USP, São Paulo, v. 34, n. 4 p. 354-61, dez. 2000.

SPÍNDOLA, Thelma. SANTOS, Rosangela da Silva. **Mulher e Trabalho -A história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem**. Revista Latino Americana de Enfermagem. Setembro 2003.

STEHLE, J.L. **Critical care nursing stress: the findings revited**. Nursing research, 30: 182-1186, 1981.

STMM, Elvira Miladi Fernandes- **O Estresse de Equipes de Enfermagem que Atuam em Unidades de Centro Cirúrgico, no Hospitais da Cidade de Ijuí**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. UFRGS - 2000.

TANOS, M.A.A. et al. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado**. Rev. Esc. Enf. USP., v.34,n.4, p. 376-82, dez.2000.

TAUNTON, Roma Lee., HEATON, RUTH., PERKINS, SHERRY., BLACK-OETKER SHARON. **Absenteeism in acure care hospitals**. Nursing Management. Chicago: Set. 1995. Vol. 26, Num. 9; pag. 80. Disponível em: [http:// proquest. umi.com/pqdweb](http://proquest.umi.com/pqdweb).

TENÓRIO, Roberto Luiz. JORDANO, Adir. **Absenteísmo - Doença em Construção Civil**. Projeto Varing/Rio. Rio de Janeiro . 1979.

TOMAZIN, Cybelle Cristina. BENATTI, Maria Cecília Cardoso. **Acidente do trabalho por material perfurocortante em trabalhadores de enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v22, n.2, p.60-73, jul.2001.

TRINKOFF, ALISON M., LISPSCOMB, JANE A., BROWN-GEIGER JEANNE., STORR, CARLAL., BRADY, BARBARA A ., **Perceived Physical Demands and Reported Musculoskeletal Problems in Registered Nurses**. American Journal of Preventive Medicine. 2003. Pag.270-275.

VAN DER LINDEN, J. C. S, FOGLIATTO, F. S. & GUIMARÃES L. B. M. (2000) **Análise Macroergonômica de Escritórios Informatizados** In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO (2000). Anais.

VALTORTA, Anacleto. SIDI, Eliana. BIANCHI, Silvana C.L. - **Estudo do Absenteísmo Médico num Hospital de Grande Porte.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Nº 51- Vol. 13 - Jul, Ago, Set/1985.

VIEIRA, Lucélia Chiavegato. GUIMARÃES Liliana A M. MARTINS, Daniela de A . O Estresse Ocupacional em Enfermeiros.Série Saúde Mental e Trabalho.2001.

VIDA, M. C. R. & ALMEIDA, S. C. **Programas de Ergonomia na Empresa como Competência Imprescindível para a Competitividade Mundial** In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO (2000). Anais.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho. ROSSI, Lídia Aparecida. **O Significado do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: " Muito Falado e Pouco Vivido".** Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol. 10 n.2 Ribeirão Preto. 2002.