

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**AVALIANDO O *TURNOVER* E O ABSENTEÍSMO EM
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM HOSPITALAR**

UFRGS
Faculdade de Ciências Econômicas
Biblioteca Gladis W. do Amiral
Av. João Pessoa, 52
90040-000 - Porto Alegre - RS - Brasil

ENAURA HELENA BRANDÃO CHAVES

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ADMINISTRAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO

Orientador: Paulo Cesar Delayti Motta

Porto Alegre, 05 de setembro de 1995

FICHA CATALOGRÁFICA

658 Chaves, Enaura Helena Brandão.

C 512t *Turnover* e absenteísmo em serviços de enfermagem hospitalar/Enaura Helena Brandão Chaves. - Porto Alegre: UFRGS/Programa de Pós-Graduação em Administração, 1995.

103 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós Graduação em Administração, Porto Alegre, BR-RS, 1995

1. *Turnover*. 2. Absenteísmo. 3. *Turnover* em equipe de enfermagem. 4. Absenteísmo em equipe de enfermagem 5. Enfermagem hospitalar. 6. Avaliação em enfermagem. 7. Qualidade na assistência de enfermagem. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Administração. II. Título

Lucia V. Machado Nunes
Bibliotecária - CRB/10/193

UFRGS
Faculdade de Ciências Econômicas
Biblioteca Gladis W. do Amaral
Av. João Pessoa, 52
91040-000 - Porto Alegre - RS - Brasil

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À
BANCA EXAMINADORA:

Professor Paulo César Delayti Motta
Orientador - Presidente

Professor Dr. Roberto Costa Fachin
Examinador

Professora Dra. Olga Rosária Eidt
Examinadora

Professora Dra. Paulina Kurcgant
Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais de enfermagem que por seu trabalho foram motivadores deste estudo e merecedores de meu carinho e consideração.

A G R A D E C I M E N T O S

Este trabalho como todos os demais que realizei em minha vida profissional, resultaram não apenas de meu próprio esforço, mas principalmente, do estímulo e colaboração de outras pessoas que de diferentes formas interferiram e enriqueceram minhas experiências. A estas pessoas gostaria de expressar neste momento meu agradecimento sincero e carinhoso.

Ao meu orientador Professor Paulo César Delayti Motta, pela confiança e estímulo.

Em especial à Professora Clélia Soares Burlamaque, por sua permanente orientação, não só na execução deste estudo, mas em todos os demais passos de minha vida profissional.

À Professora Paulina Kurcgant, pela disponibilidade com que me auxiliou, discutindo e clareando minhas idéias, contribuindo de forma significativa para a concretização deste trabalho.

Ao Prof. José Roberto Goldim, pelo apoio metodológico e postura incentivadora.

À Professora Lia Brandt Funcke, pela orientação quanto a informatização da coleta de dados.

Às Professoras e amigas Sandra Mendes e Valéria Araujo, pelo carinho e disposição permanente para discutir e orientar meu estudo.

Às colegas da disciplina Administração da Assistência de Enfermagem ao Adulto- Enf.322, pela colaboração no desenvolvimento de nossas atividades didáticas, pelo apoio e confiança depositados em meu esforço.

À Professora e Jornalista Neuza Maria Nogueira Tartaglia, pela competente revisão do português.

Às bibliotecárias da Escola de Enfermagem da UFRGS pelo excelente trabalho que vem desenvolvendo, em especial a bibliotecária Leonora Bernd Geiss pelo auxílio constante na busca de recursos literários e pela prontidão na revisão das referências bibliográficas deste estudo.

Aos enfermeiros do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que prontamente atenderam minhas solicitações fornecendo dados para a execução deste estudo.

À Direção, Chefias de Enfermagem e Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por abrirem espaço e contribuírem no desenvolvimento técnico e científico de todos os profissionais da área de saúde.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivos	14
1.1.1 Objetivo Geral:	14
1.1.2 Objetivos Específicos:	14
2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1 A Qualidade na Assistência de Enfermagem	16
2.2 Avaliação da Assistência em Saúde	19
2.3 O Serviço de Enfermagem Hospitalar	28
2.4 Recursos Humanos - Aspectos Fundamentais	31
2.5 Absenteísmo	38
2.6 Turnover	44
3 - MATERIAL E MÉTODO	51
3.1 Características da Instituição Estudada	51
3.2 População de Estudo e Amostra	52
3.3 Instrumento	53
3.4 Estudo Piloto	56
3.5 Coleta dos Dados	56
3.6 Considerações Éticas	57
4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
4.1 Absenteísmo: índices e motivos	58
4.2 Turnover : índices e motivos	68

5 - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES FINAIS.....	77
--	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
--	-----------

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Índice de absentéismo: por categoria profissional e por setor: HCPA - 1994	58
--	-----------

QUADRO 2 Razões das ausências, em dias, segundo a categoria profissional: HCPA - 1994	61
--	-----------

QUADRO 3 Razões das ausências, em dias, por setor de trabalho: HCPA -1994	62
--	-----------

QUADRO 4 Índice de <i>turnover</i> segundo a categoria profissional e o setor de trabalho: HCPA -1993.....	69
---	-----------

ANEXOS.....	89
--------------------	-----------

ANEXO A.....	90
---------------------	-----------

ANEXO A1.....	91
----------------------	-----------

ANEXO B.....	92
---------------------	-----------

ANEXO B1.....	93
----------------------	-----------

ANEXO C.....	94
---------------------	-----------

ANEXO C1.....	95
----------------------	-----------

ANEXO D.....	97
---------------------	-----------

ANEXO D1.....	98
----------------------	-----------

ANEXO E.....	102
---------------------	------------

ANEXO F.....	103
---------------------	------------

RESUMO

Este estudo originou-se da preocupação com a avaliação da qualidade dentro das organizações hospitalares, especificamente dos serviços de enfermagem, onde os enfermeiros desenvolvem a maior parte de suas atividades profissionais, quer estejam atuando diretamente na área assistencial, ou indiretamente, como docentes das diferentes categorias dos profissionais de enfermagem. A complexidade que envolve a área de recursos humanos dentro das organizações delimitou o estudo a dois aspectos que, como tantos outros, interferem sobremaneira na qualidade da assistência de enfermagem: o *turnover* e o absenteísmo do pessoal, os quais, não obstante sua relevância, carecem de estudos atualizados em nível nacional e cuja bibliografia internacional, na maioria das vezes, está fora do nosso contexto, constituindo apenas uma fonte de consulta, mas não servindo como parâmetro. Através do levantamento de dados, de consulta às fichas de desligamento e de entrevistas com os enfermeiros chefes das unidades selecionadas para o estudo (CTICC, SR, UI e BC) de um hospital de ensino, identificamos um índice de absenteísmo de 10,88% e uma taxa de *turnover* de 5,27% , os quais, em comparação com a literatura levantada, não podem ser considerados elevados. Determinou, também, em qual setor e em que categoria profissional estes dois fenômenos são mais intensos, estabelecendo as suas principais razões e conseqüências.

Os resultados encontrados, tanto em termos do absenteísmo quanto do *turnover*, levaram a reforçar a importância do enfermeiro assumindo atividades gerenciais nas organizações de saúde e responsabilizando-se pelo trabalho das demais categorias, tanto em termos da qualidade do trabalho desenvolvido como em relação à produtividade alcançada e à satisfação e realização do pessoal.

A B S T R A C T

The present investigation was originated from the concern about quality evaluation in hospitals organizations, more precisely in nursing services, where nurses develop the biggest part of their professional activities in assistance or education field.

Due to the complexity that involves the human resources area within organizations, the study was delimited in two aspects: the turnover and absenteeism of personnel. Both of them, even their importance are deficient in up-to date studies and bibliography.

The purpose of this dissertation is to indicate the turnover and absenteeism rate in four units of a university hospital and to determine the causes and consequences of the two phenomena. The results showed that the absenteeism rate is 10,88% and the turnover rate is 5,27% which compared with the literature revision can't be considerate elevated. Identify also, in which sector and professional category these two phenomena are more intense and the results reinforce the importance of the nurse, developing manager activities in health organizations, responsible for the work of the others categories in terms of work quality, productivity, job satisfaction and personnel realization.

1 - INTRODUÇÃO

Nossa experiência profissional em assistência de enfermagem resulta de nossa atuação em diferentes níveis de gerenciamento, por vezes em chefia de Serviços de Enfermagem, o que fez despertar nossa preocupação e nos motivou a efetuar uma avaliação dos aspectos inerentes à assistência de enfermagem ao nível hospitalar; este fato, sem dúvida alguma, está diretamente relacionado com a organização e o funcionamento do serviço de enfermagem como um todo.

A enfermeira é o profissional responsável pela assistência aos pacientes (Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem) e exerce, muitas vezes, a liderança do grupo. Para tanto, deve saber proporcionar cuidados especiais de enfermagem, bem como ser capaz de planejar, coordenar, supervisionar e avaliar o trabalho que está sendo realizado pelos membros que compõem a equipe de enfermagem com a qual trabalha.

Os avanços tecnológicos ocorridos no fim do século XIX, fizeram com que o hospital, antes utilizado como último recurso para os pobres e indigentes, passasse a ser visto como o local onde os médicos encaminham os pacientes para receberem tratamentos que não podem ser feitos em suas próprias casas ou consultórios porque demandam recursos tecnológicos e pessoal qualificado (KAST e ROSENZWEIG, 1976).

Faculdade de Ciências Econômicas
Biblioteca Gladis W. do Amaral

Assim como os hospitais, a enfermagem, no Brasil, tem suas raízes na caridade, uma vez que até o início deste século essa atividade era realizada pelas chamadas "irmãs de caridade".

Segundo FERNANDES (1985), a assistência consistia muito mais num atendimento à miséria do que num tratamento da doença, constituindo-se numa ação puramente caritativa. O saber da enfermagem originou-se, assim, no exercício de uma prática assistemática, empírica, em que não se questionava o cuidado prestado; ele simplesmente era executado.

A evolução tecnológica acrescentou novas exigências ao trabalho da enfermeira e, a partir de determinantes políticos, sociais, econômicos e de saúde, a enfermagem sentiu a necessidade de sistematizar e organizar o seu trabalho, passando este a ter por base princípios científicos, o que determinou a busca de novos conhecimentos e procedimentos.

A enfermagem técnico-científica, no país, surgiu da necessidade de melhorar o nível de saúde da população, exigindo que os enfermeiros estejam preparados para os desafios que lhe são impostos nos serviços onde devem assumir encargos de chefes de equipe, líderes de grupos e, sobretudo, de agentes de mudança. A equipe de enfermagem desempenha hoje inúmeras funções importantes na dinâmica do hospital. A sua presença em tempo integral, a sua familiaridade com as regras estabelecidas e com os procedimentos de toda natureza; a sua habilidade em desenvolver relacionamentos informais com os outros participantes; a sua relação com pacientes, médicos e familiares, constituem o somatório de elementos que fazem desse grupo uma força central de influência e liderança no contexto da organização.

BARROS e ARAÚJO (1983), escrevendo sobre a prática administrativa do enfermeiro, frisam que esta é influenciada pelas necessidades da comunidade na qual opera, e que a administração pode ser conceituada como o processo pelo qual o enfermeiro organiza e dirige as atividades de enfermagem. Os insumos básicos decorrentes dos recursos humanos e materiais necessários ao desempenho administrativo e à boa prática da organização dos serviços de enfermagem, na maioria das instituições de saúde, são carentes (mão de obra insuficiente) e inadequados (mão de obra desqualificada). A estas dificuldades somam-se, na opinião das autoras, os problemas advindos do relacionamento interpessoal e da comunicação entre os elementos da equipe de trabalho.

Nossa vivência durante cerca de dez anos exercendo a liderança formal de grupos de trabalhadores de enfermagem, levou-nos ao reconhecimento de, pelo menos, dois aspectos muito importantes no desempenho do serviço de enfermagem: o absenteísmo e o *turnover*. A falta de pessoal no dia a dia da vida hospitalar causa sérios transtornos ao atendimento prestado, ocasionando, por vezes, situações de estresse para a equipe e pondo em risco a segurança do paciente.

[O absenteísmo e o *turnover* são fatores relacionados à área de recursos humanos, constituindo, ambos, um movimento dinâmico e sempre presente no mercado de trabalho, sendo que sua ocorrência em maior ou menor grau é determinada não apenas pelo comportamento individual do trabalhador e pelos aspectos internos da instituição, mas, também, pela situação econômica e política na qual o trabalho de enfermagem acha-se inserido.]

Nossa preocupação em buscar novas e adequadas formas de integração e de maior participação dos empregados na vida da empresa, visando, acima de tudo, a permanência dos mesmos na organização, motivou-nos a pesquisar as razões que

levam o pessoal de enfermagem a abandonarem seus empregos, (*turnover*) ou quando neles, a faltarem sistematicamente (absenteísmo).

[Consideramos o absenteísmo e o *turnover* temas ainda carentes de bibliografia e de investigação e, por isso mesmo, merecedores de um estudo mais aprofundado; na tentativa de subsidiar o gerenciamento dos Recursos Humanos na enfermagem, nos propomos a este estudo com os seguintes objetivos:)

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Estudar o desempenho da área de recursos humanos em serviços de enfermagem hospitalar através da avaliação do *turnover* e do absenteísmo do pessoal de enfermagem que atua nesse setor.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o índice de absenteísmo e as razões que levam o pessoal de enfermagem a faltar ao trabalho;
- conhecer o índice de *turnover* de pessoal e as razões que levam o pessoal de enfermagem a demitir-se ou a serem demitidos;
- identificar em que categoria do pessoal de enfermagem esses fatores apresentam índices mais elevados;
- identificar dentro dos setores estudados, se há diferença entre os índices de absenteísmo e *turnover*, segundo a categoria e o setor de trabalho;

– levantar as conseqüências do absenteísmo e do *turnover* para os setores estudados, segundo a percepção das chefias; e

– conhecer as medidas tomadas pelas chefias para reter e evitar o absenteísmo do pessoal.

2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A Qualidade na Assistência de Enfermagem

O tema qualidade começou a ser tratado no início deste século e ganhou interesse científico nos anos 50. Na década de 60 a qualidade hospitalar e, especificamente, da atenção à saúde, passou a ser conceituada de forma abrangente, envolvendo tanto os aspectos técnicos quanto os de relacionamento interpessoal existente na prestação de serviços de saúde.

Entretanto, o método de implantação do processo de qualidade na área hospitalar e da saúde tem uma complexidade maior em função de alguns fatores específicos como: os objetivos da instituição, a tecnologia envolvida, a diversidade de profissionais existentes, as especificidades das medidas de avaliação adotadas e a diversidade das necessidades e expectativas dos clientes.

O hospital, atualmente, se apresenta como um centro de saúde que assume responsabilidade funcional por programas e serviços de assistência a pacientes, incluindo o controle de qualidade, a administração, o ensino e a pesquisa.

Hospitalizar um doente é aceitar a responsabilidade pelo seu tratamento, é assumir o encargo de prestar-lhe cuidados e satisfazer as suas necessidades mais imediatas, nas quais estão incluídas, por certo, as suas necessidades básicas. Integrando essa responsabilidade, está, também, a quantidade e a qualidade do serviço de enfermagem a ser prestado àquele doente.

Embora a adequação da quantidade não garanta, necessariamente, a da qualidade, é indubitável que o bom cuidado de enfermagem não pode ser consistentemente mantido, a menos que haja tempo e recursos suficientes para planejá-lo e proporcioná-lo.

"Qualidade" é um termo cujo conceito é mais fácil de ser entendido do que ser formulado, e é por isso que existem muitas definições de qualidade que salientam ora uma ora outra variável importante sem, no entanto, esgotar o seu conceito global. Assim, JURAM (apud MEZOMO, 1992, p.89) disse que a qualidade "é a satisfação do consumidor e a ausência de deficiências".

Para LEHTINEN (apud ROTERMUND, 1993 p.56), qualidade de serviço é o resultado da interação entre o cliente e elementos da organização prestadora do serviço. Para este autor existem três dimensões de qualidade:

- 1ª. qualidade física, a qual inclui aspectos físicos, como equipamentos;
- 2ª. qualidade corporativa, que envolve a imagem da empresa; e
- 3ª. qualidade interativa, a qual deriva da interação entre o contato pessoal (dos funcionários) e clientes, bem como entre os próprios clientes.

Inseridos nestas três dimensões certamente estão alguns fatores que nossa experiência na área de enfermagem hospitalar mostrou-nos serem indispensáveis para a qualidade da assistência à saúde: a execução correta da técnica, as condições ambientais ideais e a perfeita inter-relação pessoal, que implica no comprometimento e no envolvimento do profissional de enfermagem no desempenho eficiente da sua atividade diária.

Em inúmeras organizações, a eficiência humana ainda é abordada sob um enfoque restrito, no qual o desempenho das pessoas limita-se à execução mecânica de processos e métodos padronizados.

Também na área hospitalar freqüentemente nos defrontamos com a execução de tarefas que não oferecem maiores oportunidades de criatividade e crescimento. TEIXEIRA e MESSEDER (1989) enfatizam este aspecto, propondo a substituição da abordagem "eficiência humana" pela da "eficácia humana", em que os recursos humanos devem ser providos de condições que possibilitem a maior utilização do seu potencial, abandonando a ênfase nas atividades, nas técnicas e nas normas, passando a enfatizar as políticas e objetivos, orientando o treinamento no sentido de desenvolver a criatividade e proporcionando condições para a sua aplicação.

Nestes últimos anos, novos enfoques na administração - como os da "Gerência de Qualidade" e "Controle da Qualidade Total" - geraram, nas organizações de saúde, um novo compromisso com a qualidade, que as levou a repensar o modelo de administração que vinham adotando, priorizando o atendimento e a satisfação dos seus clientes.

Também na opinião de MEZOMO (1992), esta é uma tendência mundial que influenciou todas as organizações de saúde num número crescente de países. Para ele, as razões desta tendência podem ser encontradas tanto dentro quanto fora das organizações; elas são: escassez de recursos humanos, competitividade crescente, maior conscientização dos direitos individuais, elevação dos custos dos serviços bem como a "desumanização" no atendimento ao usuário que caracteriza muitos serviços.

Reforçando este ponto de vista, TEIXEIRA e MESSEDER (op. cit) afirmam ainda que é preciso conscientizar-se que o ser humano está no centro de tudo, e que as estruturas organizacionais e os processos administrativos são estabelecidos para servir como instrumento de promoção e realização humana dentro das organizações, ativando a criatividade no esforço de assegurar o desenvolvimento profissional e individual do pessoal.

Paralelamente, começou-se também a dar importância crescente à avaliação dos serviços de saúde por parte dos seus clientes, criando-se um novo canal de comunicação entre prestadores e usuários dos serviços.

É importante que, também no serviço de enfermagem, se institua um processo contínuo e sistemático de avaliação que possa determinar, com segurança, se os esforços no atendimento, formação e treinamento de pessoal em enfermagem estão sendo realmente eficazes e se estão alcançando os objetivos a que se propõem.

A avaliação, neste caso, segundo ARNDT e HUCKABAY (1983), torna-se um dos meios importantes para fornecer informações sobre o sucesso da assistência à saúde em relação à clientela. Estes autores enfatizam que os resultados da avaliação necessitam ser traduzidos, basicamente, em termos compreensíveis aos consumidores do sistema de assistência à saúde: pacientes, funcionários, outras clientelas e o público em geral.

2.2 Avaliação da Assistência em Saúde

Sabe-se hoje que a sobrevivência das organizações está diretamente relacionada com a sua capacidade de adaptação e de atendimento adequado às expectativas da sua clientela. Este posicionamento é reforçado por MEZOMO

(1992) ao afirmar que, até alguns anos atrás, os hospitais floresciam e se expandiam independentemente da qualidade dos seus serviços. Ela ainda não era exigida pelos usuários, que desconheciam os seus direitos e ficavam agradecidos pelo simples fato de estarem sendo ou terem sido atendidos. Os conceitos de produtividade e de redução de custos também não eram tão discutidos como hoje e, destaca o autor, "pensava-se que os hospitais, por prestarem um serviço de consumo obrigatório pela população, não tinham que se preocupar com seu futuro, cuja garantia era automática". (p.6)

A qualidade da assistência de enfermagem provém da adequação e da efetividade de alguns fatores, tais como: formação e a quantidade de profissionais disponíveis, condições do mercado de trabalho, legislação vigente, a política organizacional e, ainda, a política de saúde do país.

Há cerca de mais ou menos dez anos vem crescendo, entre os enfermeiros, professores enfermeiros e especialistas em administração, a preocupação com a qualidade das ações de enfermagem.

A qualidade na prestação de serviços de saúde é complexa e difícil de garantir. Pondera-se que a garantia da qualidade da assistência de enfermagem deve ser feita através da avaliação dessa assistência; mas, essa avaliação não envolve apenas a enfermagem e um processo de auditoria; ela é responsabilidade de todos, inclusive da administração superior, que deve adotá-la como filosofia de trabalho.

No entanto, a grande maioria dos trabalhos apresentados sobre avaliação da assistência referem-se a procedimentos de auditoria que, segundo PHANEUF (1972), é um método de avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem

mediante o exame dos registros de enfermagem após a alta do paciente ou, mesmo, durante a sua internação.

MALLMANN (et al. 1982) realizaram um estudo sobre a utilização do prontuário em instituições hospitalares e constataram que, embora a literatura descreva a desvalorização do prontuário pelos membros da equipe de saúde, este era utilizado nos hospitais estudados, porém, de forma assistemática. Dos 200 prontuários examinados, nenhum se apresentou completo, inclusive em relação àqueles dados considerados obrigatórios e indispensáveis.

Vê-se, portanto, que a realização de auditoria nas instituições de saúde não é favorecida em função da deficiência dos registros, tornando-se assim impraticável a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem através da auditoria como único modelo avaliativo.

Segundo GOMES (1979, p.152), "avaliação é um processo que deve incorporar-se a todas as fases de um programa de saúde, às atividades de todos os níveis do pessoal e deve ser parte integrante da função de todo o serviço". Para a autora, o processo de avaliação deve ser realizado por fases: estabelecer critérios, marcar um ponto de referência e assentar as bases do julgamento do que se vai avaliar. Os propósitos da avaliação em saúde são os de permitir a definição clara do programa, os seus objetivos, conteúdos, atividades, recursos e conhecimentos da comunidade a que se destina para melhorar a eficácia, a eficiência e a efetividade. As medidas de avaliação dão indicação das necessidades da pessoa, da família e da comunidade, pondo em evidência as mudanças em seu estado de saúde.

As abordagens para a avaliação de serviços de saúde têm sido classificadas em quatro grupos, segundo KNIPPENBERG (1986), HOUSE (1980) e KORTEN (1980):

- 1°. análise de sistemas;
- 2°. objetivos comportamentais;
- 3°. apoio à tomada de decisões; e
- 4°. aprendizagem por aproximações sucessivas.

A “abordagem da Análise de Sistemas” é a mais desenvolvida e a mais amplamente usada em avaliação. O programa ou sistema de saúde é analisado em termos dos componentes de um sistema: input (entrada), processos (produção) e output (resultados), tentando relacionar os recursos (entradas), as atividades (produção) e os out-puts (resultados) com o alcance das metas do programa (outcome).

Algumas das vantagens da abordagem da análise de sistemas são a aparente “formulação científica”, a orientação da gestão, a objetividade quantitativa e a reaplicabilidade, a ênfase em relações de causa e efeito entre os componentes do sistema, e a sua lógica conceitual.

A “abordagem de Objetivos Comportamentais”, segundo KNIPPENBERG (op. cit.) está diretamente relacionada com a gerência por objetivos, pressupondo que a avaliação seja precedida da fixação de objetivos realistas durante o planejamento do programa. Neste caso, o controle consiste na medição rotineira do alcance dos objetivos de curto prazo, e a avaliação consiste na medição periódica dos objetivos de longo prazo. Esta abordagem é utilizada, por exemplo, na avaliação do cumprimento de metas de produção na programação de serviços e

por muitos órgãos de financiamento de projetos que requerem a explicitação dos objetivos específicos para insumos, produção proposta, efeitos, etc. Ainda que esses objetivos guardem relação com os componentes da análise de sistemas, este método enfatiza mais os componentes individuais, e não a relação entre eles. Estes objetivos podem, evidentemente, corresponder a qualquer das etapas usadas na abordagem da análise de sistemas.

PATTON (apud SYLVER, 1992) propõe utilizar a “abordagem de avaliação baseada no Apoio à Tomada de Decisão” naqueles casos em que os tomadores de decisões precisam de informações e de determinadas respostas a algumas questões para guiar as suas ações. A primeira e mais importante fase na implementação desta abordagem é identificar as questões relacionadas com as opções de decisão a ser avaliadas. Este método tende a enfatizar mais as questões referentes ao processo de produção de serviços (que é, em geral, a preocupação predominante dos gerentes) e menos as questões relacionadas ao impacto dos serviços na saúde. Enfatiza, também, a análise rápida e a apresentação das informações no próprio serviço, diretamente aos gerentes, de modo a facilitar a ação.

A vantagem deste tipo de avaliação é a sua natureza evidentemente prática e aplicada à gerência de programas, uma vez que ele busca assegurar que o esforço dedicado ao controle e à avaliação seja de utilidade imediata para os serviços, minimizando a coleta de dados inúteis.

A “abordagem da Aprendizagem por Aproximações Sucessivas” foi elaborada por KORTEN (1980) como resposta às propostas mais mecânicas da avaliação por objetivos. Este método objetiva efetivar a adequação das atividades e da organização dos serviços às necessidades dos beneficiários. Esta aproximação é possibilitada “abraçando o erro”, ou aprendendo com os

problemas e experiências, avaliando e planejando conjuntamente com a comunidade; enfatiza mais o progresso, a identificação de problemas e a resolução dos mesmos do que o cumprimento de objetivos. Esta abordagem têm sido utilizada sob diversos nomes: abordagem educativa, gerência comunitária, avaliação participativa.

SALA (1990), por sua vez, aponta cinco linhas de aproximação envolvendo a avaliação de serviços de saúde: a primeira tem como perspectiva a relação entre uma demanda por cuidados de saúde de uma dada população e os cuidados oferecidos por um serviço ou uma estrutura de serviços de saúde. Esta demanda, ou necessidade de saúde, é definida a partir de critérios demográficos, de morbidade e de mortalidade, e de organização social. A partir do conhecimento desta demanda, procura-se confrontá-la com os serviços oferecidos, seja em termos de tipo de serviço (cuidados primários, serviços especializados, por exemplo), seja em termos do volume (quantidade) de atividades produzidas. Procura-se, assim, avaliar a cobertura (quantidade da população que efetivamente tem acesso ao serviço) e a capacidade resolutiva (população que teve efetivamente acesso ao serviço e que aí teve o seu problema resolvido).

A segunda linha refere-se à organização do trabalho ou do serviço de saúde em termos dos seus recursos humanos (quantidade, tipos de profissionais envolvidos, capacitação, etc.), recursos materiais (instalações e equipamentos), e organização propriamente dita (em termos de rotinas de trabalho, programações, etc.). Ou seja, considera-se a estrutura que dá suporte às ações de saúde.

A estrutura ou organização determina claramente alguns limites, como: o número de leitos, a presença do médico nas 24 horas, o número do pessoal de enfermagem, sem esquecer que as características do sistema são, elas próprias, uma função da característica da população a ser atendida.

A terceira linha considerada é aquela referente ao processo de atendimento: o momento em que o indivíduo é efetivamente atendido pelo serviço de saúde. Considera-se, aí, o cuidado recebido, seja em termos de eficácia, seja em termos de adequação a um padrão de cuidados previamente definido, tomados a partir da utilização de instrumentos diagnósticos e terapêuticos, ou ainda a partir dos diagnósticos realizados. Nesta perspectiva de avaliação, tem-se utilizado técnicas de observação direta do atendimento e de auditoria dos registros do prontuário. É pertinente ainda que se considere a perspectiva do grau de satisfação do usuário, ainda que esta não guarde relação com a boa ou má qualidade do atendimento quando se utiliza para este julgamento critérios técnicos (critérios definidos a partir do conhecimento médico).

A quarta linha refere-se a uma avaliação em termos de custo em relação ao volume de atendimento produzido e em relação à eficácia deste atendimento. Considera-se, aí, a análise da relação custo/benefício.

A quinta linha tem como perspectiva os resultados finais do atendimento, ou seja, o efeito que o atendimento produz na população sobre a qual atua. A questão que se coloca neste ponto é realmente poder discriminar qual a participação que a assistência à saúde tem nas mudanças do comportamento de determinados agravos à saúde observados ao nível da população.

SMITH e ELBERT (1984) consideram que deve haver um equilíbrio entre valores organizacionais, departamentais e individuais ao ser feita uma avaliação no campo da saúde. Estabelecem os autores que, na avaliação de um hospital, de um serviço médico ou de enfermagem, um modelo de avaliação deve envolver três níveis: no primeiro nível estão os critérios imediatos, que representam, por exemplo, o comportamento crítico dos indivíduos no trabalho, e a realização das tarefas; no segundo nível, ficam os critérios intermediários para a avaliação de

departamentos ou sub-unidades tais como: efetividade, absenteísmo e turnover, o terceiro nível refere-se aos critérios organizacionais que refletem os resultados finais de efetividade da instituição de saúde, por exemplo, o cuidado efetivo do paciente e a utilização eficiente dos recursos. Estes três níveis podem ser analisados individualmente, mas devem ser considerados como um conjunto integrado de elementos indispensáveis ao funcionamento adequado de uma organização, qualquer que seja a sua área ou campo de atuação.

No nível organizacional, SMITH e ELBERT (op. cit.) apontam três critérios básicos que podem ser utilizados para avaliar o desempenho: o cuidado efetivo do paciente, a eficiente utilização dos recursos e o retorno dos investimentos. Ainda segundo estes autores, um critério primário para o desempenho organizacional na área da saúde é o cuidado efetivo do paciente, a manutenção, a reabilitação parcial ou a cura física ou mental dos pacientes. Eles enumeram ainda vários outros elementos como indispensáveis à avaliação dos serviços, entre eles: a moral do empregado, a taxa de absenteísmo e o turnover. Dentro do aspecto moral, os autores incluem a motivação, a criatividade, a satisfação salarial e outros ganhos adicionais, bem como as condições gerais de trabalho. Recomendam ainda não esquecer a avaliação individual, uma vez que a avaliação de desempenho, além de informar o empregado sobre o seu próprio desempenho, propicia a ele maior conhecimento sobre si mesmo.

Finalmente SMITH e ELBERT concluem que um programa de avaliação, além de estar relacionado com os três níveis (individual, departamental e organizacional) deve ser realístico e objetivar, acima de tudo, o desenvolvimento do pessoal e o crescimento da organização.

Segundo RIBEIRO (1979), há vários tipos de avaliação que podem ser aplicadas na administração em saúde: “avaliação da situação”, que precede à

escolha de alternativas e à elaboração de planos e programas executados; “avaliação da qualidade da assistência prestada” e “avaliação do desempenho dos profissionais da saúde”. A autora identifica a avaliação como um instrumento destinado a analisar os recursos utilizados, a qualidade e a quantidade dos serviços prestados e o efeito dos programas e das ações sobre a população, ou seja, a estrutura, o processo e os resultados de alguma atividade programada e executada, aplicando valores às variáveis dependentes.

A autora reforça a afirmativa de SYLVER (1992) de que o tipo de avaliação, as técnicas e os instrumentos, o tempo, o método de tratamento dos dados e todos os demais detalhes que a atividade comporta, deverão ser definidos em cada caso, de acordo com o que se pretende avaliar.

KURCGANT (1976) considera que a auditoria é um método de controle da qualidade do trabalho de enfermagem e que o destino profissional desta é regido pela avaliação dos resultados das suas ações no campo de trabalho. Ela sugere que a classificação de um serviço deverá ser feita através de um processo de avaliação baseado num sistema de referência, permitindo uma comparação metódica que resulte da investigação e de estudos profundos sobre a prática de enfermagem.

Após revisar a literatura sobre a avaliação de serviços de saúde, pode-se afirmar que, de uma maneira geral, não existe uma metodologia única para tal, uma vez que são poucos os instrumentos de avaliação adequados aos aspectos clínicos e aos aspectos organizacionais.

Dos levantamentos feitos, conclui-se que as técnicas ou métodos de avaliação devem ser selecionados ou definidos para cada situação, sendo

essencial estabelecer claramente o que se pretende avaliar e por quê, assim como conhecer os padrões e os critérios existentes a respeito do assunto.

2.3 O Serviço de Enfermagem Hospitalar

O Serviço de Enfermagem (SE) é o órgão do hospital que congrega e coordena o pessoal de enfermagem, define qualitativos e quantitativos de assistência de enfermagem, implementando-os de acordo com a sua filosofia e o desenvolvimento técnico-científico.

Segundo MASSAROLLO (1991), na definição da estrutura organizacional do Serviço de Enfermagem devem ser considerados: a filosofia e os objetivos do SE, o volume e a complexidade das atividades a serem executadas, os recursos disponíveis e as características desejáveis da estrutura.

A organização formal do Serviço de Enfermagem é:

"Um dos grandes desafios que a própria enfermagem precisa enfrentar para buscar o seu espaço, definir os limites de sua área de ação e a área de interdependência com os demais serviços. É através da organização do serviço de enfermagem que este conseguirá expressar e visualizar o seu todo em função dos seus objetivos e das estratégias estabelecidas para o alcance dos mesmos" (HARRIS, 1992, p. 37).

Ainda segundo HARRIS (1992) organizar implica reunir, agrupar, estruturar os recursos (humanos, materiais, tecnológicos, financeiros, de ensino, pesquisa e assistenciais) e os órgãos, estabelecendo uma relação entre os recursos e estes últimos, bem como definir as suas competências e atribuições para, sobretudo, atingir os objetivos do Serviço de Enfermagem.

É fundamental que um serviço de enfermagem organizado formalmente possua uma estrutura organizacional que: garanta segurança e alta qualidade aos seus assistidos, utilize efetivamente os seus recursos humanos responsabilizando-se por atividades que promovam o crescimento de seus empregados, estimule a utilização de novos conhecimentos disponíveis, incorporando-os ao seu já formado corpo de conhecimentos.

MARRINER (1980) sugere, para a expansão deste conhecimento, a constante participação dos componentes do Serviço de Enfermagem nos programas educacionais e de pesquisa do corpo clínico, e o oferecimento de oportunidades para aquisição de conhecimentos através de cursos, seminários, conferências, experiências clínicas, nos quais todos os membros da equipe deverão ser encorajados a participar.

Outro aspecto importante a ser considerado é a posição hierárquica que o SE ocupa na estrutura geral da organização pois, conforme ressalta MASSAROLLO (op. cit.), a posição ocupada na escala hierárquica geralmente evidencia a importância que é dada ao serviço. Assim, o SE poderá ser encontrado em posições que vão desde a subordinação imediata a pessoas ou grupos deliberativos do hospital até a subordinação à pessoa ou serviço tecnicamente diferente.

A subordinação direta do SE ao nível decisório da instituição facilita a comunicação, fazendo com que os fatos, as sugestões e as solicitações que necessitam ser apresentadas a esse nível, sejam feitas diretamente pela diretora do SE, que tem maior conhecimento da situação.

Ainda sob o ponto de vista organizacional, a enfermagem hospitalar tem sido conservadora, adotando formas de administração centralizada. Referindo-se

a este aspecto, MENEZES (1985) diz que, ao adotar a estrutura centralizada, o Serviço de Enfermagem tem-se colocado sob a forma de grupamento técnico ou serviço complementar, nos quais o comando formal é assumido por outras áreas profissionais, o que naturalmente sufoca os potenciais de liderança, tornando-se um obstáculo à sua expansão. O distanciamento entre o poder decisório central e a execução das ações pelo SE cria impedimentos para um melhor desenvolvimento da prática profissional, tirando-lhe a autonomia de forma expressiva.

Nesta situação, a posição da enfermagem torna-se secundária, dependente do dirigente que estabelece as conexões diretas com a Direção Central, agindo como intermediário de assuntos e decisões que são próprias e específicas da enfermagem. As responsabilidades legais do exercício da profissão, o poder decisório e a participação nas decisões políticas por vezes não encontram o devido respaldo, refletindo-se em todo o processo de comando de pessoal e do sistema assistencial.

É o organograma que delinea o relacionamento entre os proprietários ou responsáveis pela instituição e o conselho de diretores ou administradores, (corpo Diretor), do qual emana a responsabilidade legal para a operacionalização da organização. O conhecimento e a convivência com o organograma auxiliam o pessoal do Serviço de Enfermagem a conhecer as mudanças que estão ocorrendo dentro do departamento, a identificar a sua própria estrutura formal de trabalho e a reconhecer como o seu trabalho e o de pessoas de outros departamentos estão relacionados.

Quando novos empregados são admitidos num departamento, ARNDT e HUCKABAY (op. cit.) acreditam que é o momento adequado para iniciar a sua orientação na organização, começando pelo organograma e uma descrição precisa

dos seus relacionamentos ou posicionamentos em relação aos cargos e funções da instituição. "Se o organograma é usado como um recurso constante, por todo o pessoal, ele será reavaliado e atualizado freqüentemente e proporcionará um roteiro valioso para qualquer pessoa que precise compreender como o serviço de enfermagem está funcionando.

2.4 Recursos Humanos - Aspectos Fundamentais

Segundo GONÇALVES (1987), as instituições de saúde representam sistemas psicossociais bem diferentes das organizações encarregadas da produção ou da comercialização de bens. Ao contrário do que ocorre nestas, nas instituições de saúde os integrantes da organização convivem diretamente com problemas e dificuldades de outras pessoas, com o seu sofrimento, a sua dor e até com a sua morte. Em consequência disso, tais integrantes sentem, comprometem-se em relacionamentos informais, envolvem-se e pensam. Trata-se de um sistema psicossocial complexo no qual a matéria-prima é humana, o seu produto é humano, o trabalho é feito principalmente por seres humanos ou seja, a assistência ao homem é prestada por outros homens.

Este tipo de recursos humanos representa o elo de ligação da instituição de saúde com a comunidade, representada pelo doente e a sua família. Por isso, estes recursos humanos precisam estar física, social e cientificamente compatibilizados com os objetivos da organização e, por outro lado, exigem desta os recursos adequados ao próprio desempenho.

A administração de Recursos Humanos, na opinião de BERGAMINI (1987), deve estar voltada ao desenvolvimento da organização através das pessoas que nela trabalham, as quais, devem estar envolvidas, a fim de viabilizarem os objetivos organizacionais e individuais. É opinião da autora que grande parte dos

problemas humanos dentro das empresas deve-se à significativa dificuldade de compreender, com suficiente clareza, aquilo que as pessoas perseguem, a fim de que fique mais lógico o traçado das suas carreiras profissionais.

Atualmente, a realidade organizacional caracteriza-se pela necessidade que as pessoas têm de maior liberdade e criatividade, buscando atingir maior nível de satisfação e realização pessoal.

Alguns estudos têm sido realizados no Brasil tentando avaliar e, principalmente, subsidiar estes aspectos; CUNHA (1987) realizou estudo sobre os "Fatores geradores de satisfação e insatisfação na prática de enfermagem"; D. F. VIEIRA (1993) investigou sobre a "Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em hospital de ensino" em sua dissertação de mestrado.

A preocupação com o treinamento, o desenvolvimento e a avaliação do desempenho têm também sido objeto de estudos; o primeiro foi abordado por LEITE (1988) em "Estudo sobre programas de preparo da equipe de enfermagem: fases implementadas nos hospitais campo de prática da Escola de Enfermagem da USP". A avaliação de desempenho por sua vez foi estudada por KURCGANT (1984) em "Avaliação de Desempenho de enfermeiros nos hospitais gerais do município de São Paulo".

Tais estudos reforçam a opinião de FERNANDES e BOOG (1983), de que a busca do uso cada vez mais efetivo de todos os recursos alocados numa empresa é um fator crucial para a sobrevivência da mesma. A utilização mais adequada dos recursos humanos da empresa, através de uma gestão de Recursos Humanos eficaz, é um dos grandes potenciais de melhoria, geralmente subaproveitada. O melhor desempenho, a redução do desperdício, a melhor qualidade, a redução de custos, dependem das pessoas que precisam "saber fazer" e "querer fazer". Na

área da enfermagem, mais do que em outras, é importante dispor-se de instrumentos e de tecnologia para que as pessoas "saibam fazer melhor" e "queiram fazer mais".

A planificação dos serviços de enfermagem pressupõe a disponibilidade de pessoal capacitado. MEZOMO (1981) afirma que o problema de suprimento de pessoal nos hospitais é mais complexo do que na indústria e no comércio, uma vez que, naquelas instituições, há maior carga de relacionamentos interpessoais funcionário/funcionário, funcionário/paciente e funcionário/familiar.

O trabalho na área de enfermagem é desenvolvido pelos chamados "trabalhadores de enfermagem", expressão utilizada para designar todo o contingente de mão de obra disponível no mercado: o enfermeiro com formação de nível superior, o auxiliar e o técnico de enfermagem, ambos de nível médio, e aqueles sem formação específica, representados pelos atendentes de enfermagem, agentes de saúde, auxiliares de serviços gerais e outros.

Segundo MEDICI (et al 1991), o emprego do termo "trabalhadores em saúde" toma como elemento de definição o vínculo de trabalho no setor ou em uma atividade de saúde, independentemente de formação profissional ou da capacitação do indivíduo.

No Brasil, segundo dados do COFEn (Boletim de Normas e Notícias), em 1985, a composição numérica das categorias de enfermagem era a seguinte: Enfermeiro 44.938, Técnico 26.870, Auxiliar 104.097. Os atendentes de enfermagem não estão contemplados nestas informações do Conselho, uma vez que não possuem identidade profissional e, até 1996, por força da lei do Exercício Profissional n.º. 7.498, de 25. 06. 1986, deverão estar excluídos da prática legal, embora respondam ainda por mais de 50% da força de trabalho na

enfermagem. Através desta lei, as categorias: Enfermeiro, Técnico, e Auxiliar de Enfermagem têm estabelecido o conjunto de atividades a serem exercidas pelos diferentes agentes e o nível de qualificação exigido para tal desempenho.

O dimensionamento quantitativo de pessoal para um serviço de enfermagem varia consideravelmente de um hospital para outro, quer este seja grande, médio ou pequeno, quer esteja situado em cidades grandes ou pequenas.

KURCGANT, CUNHA e GAIDZINSKI (1989), conceituam o dimensionamento dos recursos humanos em enfermagem como a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela.

Quando nos referimos apenas ao aspecto quantitativo de pessoal podemos utilizar a abordagem de ÁTALA (1978) que relaciona o dimensionamento de recursos humanos não apenas ao número de leitos ou ao tipo de hospital (geral ou especializado), mas a uma série de fatores que, de um modo geral, interferem na dinâmica de um hospital. Entre eles, destacam-se a taxa de ocupação e o tipo e o tamanho da construção e do terreno em que se situa o hospital. Um hospital monobloco que comporta apenas uma unidade de enfermagem em cada andar, ou um hospital pavilhonar, exigem maior número de pessoas do que um hospital monobloco que possui várias unidades de enfermagem no mesmo andar pois, neste caso, o acesso às mesmas e aos vários serviços, bem como aos diversos andares, é facilitado. A supervisão também requer, neste caso, menos pessoal; um dado importante é o agrupamento das diversas unidades ou áreas dos serviços afins, que também requer menos pessoal; outros fatores são:

1º. a finalidade do hospital (um hospital de ensino e pesquisa exige mais pessoal do que um que não o seja; aqui entra também o fato de o estudante fazer parte ou não do quadro de pessoal);

2º. a metodologia de trabalho (método funcional ou por tarefa, método integral e trabalho em equipe);

3º. o tipo de paciente e o grau de dependência. Doentes particulares, as grandes cirurgias e os casos de emergência exigem maior contingente de funcionários do que o atendimento de doentes agudos, pequenas cirurgias, e os casos banais, respectivamente;

4º. o padrão do cuidado de enfermagem representa uma preocupação constante para a enfermagem, visto que está diretamente ligado ao produto final do seu trabalho - a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente;

5º. o sistema de comunicação e instalações elétricas e hidráulicas;

6º. o regime de trabalho adotado pelo hospital para as diferentes funções;

7º. o treinamento, experiência e qualidade do pessoal;

8º. os métodos de tratamento e os meios complementares de diagnósticos disponíveis;

9º. a qualidade e a quantidade do material e dos equipamentos disponíveis;

10º. a capacidade do hospital, o número de leitos disponíveis para internação;

11º. o tipo de doenças mais freqüentes no hospital;

12º. o fato de que cada funcionário deixa de trabalhar cerca de 40 dias durante o ano, dias estes distribuídos entre: férias, folgas, licenças e feriados;

13°. o tipo de corpo clínico;

14°. os recursos orçamentários.

Todos os fatores citados acima, na opinião de ÁTALA (op. cit.), influenciam profundamente os cálculos de pessoal, quaisquer que sejam os métodos empregados. Além disso, a prática, tanto na assistência a pacientes como na administração de unidades de internação, oportunizou a experiência de planejamento de recursos humanos para esses setores e leva a afirmação categórica de que não se pode desvincular o aspecto quantitativo do aspecto qualitativo ao fazer previsões de pessoal. Este aspecto, segundo RIBEIRO (1972), deve nortear todo o dimensionamento de pessoal de enfermagem para a área hospitalar, que deve ter bem definidas as funções de cada categoria, o que, por sua vez, depende da filosofia e da política da direção. Como afirma AQUINO (1980), trabalhar com recursos humanos exige "pensar grande" ou seja, pensar dentro de uma perspectiva histórica e estrutural, não se restringindo a procedimentos e técnicas como vem ocorrendo, desde o começo do século, em nosso país.

Segundo CAMPEDELLI (et al. 1987), a dotação de recursos humanos para a prestação de assistência de enfermagem é competência da enfermeira, representando uma preocupação constante para a mesma, visto que está diretamente ligada ao produto final do seu trabalho: a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente. JELINEK (et al 1973) reforçam este ponto, afirmando que dimensionar pessoal para o Serviço de Enfermagem é uma dificuldade e um problema crítico, não apenas porque representa o mais oneroso componente operacional do hospital, mas também porque tem relação direta com a qualidade do cuidado.

RAMEY (1973) desenvolveu uma metodologia mais abrangente e apurada para o estabelecimento de padrões de pessoal para unidades, afirmando que muito trabalho preliminar precede qualquer estrutura teórica para pessoal. Para ele, este trabalho preliminar inclui: a declaração de filosofia, definindo os valores e opiniões do Serviço de Enfermagem em relação à sua contribuição no sentido da assistência ao paciente; os objetivos gerais do departamento e específicos da unidade, mencionando as aspirações da enfermagem; as descrições das funções para as várias categorias e níveis de pessoal; a determinação da frequência com que a assistência de enfermagem será prestada e quem será escalado.

O sistema de classificação de pacientes foi introduzido no Brasil por RIBEIRO (1972) como um critério para o dimensionamento de recursos humanos de enfermagem. KURCGANT, CUNHA e GAIDZINSKI (1989) definem o sistema de classificação de pacientes como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação ao número de horas dispendidas pela equipe de enfermagem, de forma direta e indireta, para atender às suas necessidades bio-psico-socio-espirituais.

A partir deste sistema, vários estudos foram realizados por diferentes autores que, ainda sem um critério bem definido em termos operacionais, estabeleceram parâmetros para o dimensionamento de pessoal, tal como o estudo de GAIDZINSKI (1994) "O dimensionamento de pessoal de enfermagem: segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam essa prática".

Vimos, portanto, que alguns estudos estão sendo desenvolvidos na área de recursos humanos em enfermagem e isto corresponde às atuais propostas de gerenciamento de recursos humanos, cujas tarefas não se limitam simplesmente à provisão e capacitação dos elementos que integram o serviço, pois, conforme nossa experiência mostrou, não basta apenas lotar e distribuir o pessoal de

enfermagem no hospital. É essencial considerar a necessidade de que este pessoal, efetivamente, esteja presente no dia-dia e mais ainda, há a necessidade que esse pessoal se fixe no local de trabalho.

Optamos, assim, por focar no presente estudo dois pontos que consideramos essenciais ao funcionamento da área de recursos humanos do serviço de enfermagem: o absenteísmo e o *turnover* ou rotatividade do pessoal.

2.5 Absenteísmo

O absenteísmo, também denominado ausentismo, é uma expressão utilizada para designar as faltas ou ausências dos empregados ao trabalho. Para CHIAVENATO (1990, p.168), é "a soma dos períodos em que os empregados da organização se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, seja por atraso, devido a algum motivo interveniente".

Tanto para GILLIES (1982) quanto para CHIAVENATO (1990), o absenteísmo refere-se a ausências nos momentos em que os empregados deveriam estar trabalhando normalmente. McDONALD e SHAVER (1981) classificam esta ausência em duas categorias: absenteísmo controlável e absenteísmo incontrolável. Doença do empregado ou dos seus familiares, acidentes, funerais, audiências jurídicas, tempestades ou outras ocorrências inesperadas caracterizam o absenteísmo incontrolável. Os aspectos controláveis são aqueles em que o absenteísmo deve-se a:

- causas intrínsecas (satisfação no trabalho);
- causas extrínsecas (fatores ambientais);
- causas pessoais (comportamento do empregado).

* A ausência do empregado ao trabalho é, sem dúvida alguma, um problema que aflige todas as empresas, mas na área de enfermagem tal tema merece especial atenção, tendo em vista que a diminuição da equipe afeta diretamente a qualidade e a quantidade da assistência prestada ao paciente. Reforçando o que já dissemos na introdução do presente estudo, quando um doente é hospitalizado é porque necessita de cuidados adicionais que não podem ser executados em sua casa ou no consultório médico, por serem complexos e exigirem pessoal e material em quantidade e qualidade adequados. O paciente que é internado em mau estado geral, necessita de permanente atenção e deverá ter essa assistência garantida através de uma equipe treinada, que para sua maior segurança e tranqüilidade emocional, deve ser, sempre que possível, permanente.

[MUCCILLO (1980), SALOMÃO (1980) e CHIAVENATO (1990) são unânimes em reconhecer a inexistência de estudos adequados, principalmente no Brasil, a cerca das causas, tipos e efeitos do absenteísmo na produtividade.]

RAGSDALE, BURNS e HOUSTON (1991) em seu estudo, relatam que através da revisão bibliográfica constataram a inexistência de artigos relacionados com absenteísmo que apresentassem taxas ou dados estatísticos a respeito do absenteísmo na área de enfermagem nos Estados Unidos. Vários artigos, no entanto, relatam questões ligadas aos principais fatores que contribuem para o absenteísmo, a preocupação em buscar soluções para resolver este dilema, e os prejuízos que o mesmo causa nos locais de trabalho. Relatam um estudo envolvendo quarenta e duas enfermeiras empregadas numa UTI de dezesseis leitos, localizada em um grande hospital de ensino, que apontava sentimentos de alienação e falta de poder como responsáveis pela insatisfação que sentiam no trabalho.

* Uma alta taxa de absenteísmo é extremamente onerosa, tanto do ponto de vista econômico quanto moral. Primeiro, o empregado ausente precisa ser substituído por outro em horário extra. Dessa forma, dois ou, pelo menos, mais um salário e meio é pago para substituir apenas uma pessoa, uma vez que horas extras são sempre pagas com valores adicionais. Segundo, o empregado substituto, na maioria das vezes, desconhece o trabalho a ser feito, executando as tarefas com dificuldade e de forma ineficiente, resultando em erros que afetam a moral do grupo de trabalhadores como um todo. No entanto, embora as perdas financeiras possam ser estimadas pelo tempo de ausência ao trabalho, para RAGSDALE, BURNS e HOUSTON (op. cit.) não existe nenhuma forma direta de medir o prejuízo na produtividade, o que afeta o cuidado ao paciente e a moral da equipe. Estes autores definem como ausência crônica um ou mais dias de falta por semana ou quatro ou mais dias por mês em dois meses consecutivos. Caracterizam como cronicamente ausente aquele indivíduo que não se relaciona bem socialmente com os outros, são imaturos, hipocondríacos e pouco motivados.

Na opinião de CHIAVENATO (op.cit.) nem sempre as causas do absenteísmo estão no próprio empregado, mas na organização, na supervisão deficiente, no empobrecimento das tarefas, na falta de motivação e estímulo, nas condições desagradáveis de trabalho, na precária integração do empregado à organização e nos aspectos psicológicos de uma direção deficiente. Aponta ainda como principais causas do absenteísmo: a doença efetivamente comprovada; a doença não comprovada; as razões diversas de caráter familiar; os atrasos involuntários por motivos pessoais; as dificuldades e problemas financeiros; os problemas de transporte; e as políticas inadequadas da organização.

Outras seis causas principais para o absenteísmo são apresentadas por MUCCILLO (op. cit.) como o estilo de liderança e de controle; a não adaptação ao trabalho; a doença ou acidente do trabalho; as condições físicas e de trabalho

desfavoráveis; a falta de espírito de grupo e a predisposição individual ao absenteísmo. O autor comenta também que existe uma relação direta entre o índice de absenteísmo e o gênero, bem como entre o nível de qualificação dos empregados. Além disso, cita fatores tais como a idade e a distância entre o local de trabalho e a moradia como variáveis demográficas, porém, considerando o fator doença como a principal causa do fenômeno.

Nossa experiência mostrou-nos que [o absenteísmo pode variar em relação à quantidade, frequência e padrões do tempo de trabalho perdido. Alguns trabalhadores têm freqüentes ausências de curto prazo, outros têm, ao contrário, ausências prolongadas mas infreqüentes. Outro têm ausências esporádicas e imprevisíveis, outros ainda, apresentam inúmeras faltas associadas com fins de semana, férias, feriados, etc. A cada tipo de ausência necessitávamos refletir em termos de buscar a decisão mais justa e adequada para o caso. Assim, acreditamos que as medidas a serem tomadas necessitam de uma avaliação individual e requerem diferentes abordagens do supervisor.]

Vários métodos têm sido utilizados para calcular o absenteísmo: GILLIES (op. cit.), MUCCILLO (op. cit.), CULP (1992) e HARRIS (1981) recomendam a fórmula elaborada pelo U.S. Department Of Labor (1979) que fornece a taxa de absenteísmo anual.

De acordo com KERPER (1971), na maioria dos hospitais americanos a taxa de absenteísmo do pessoal de enfermagem é de 4%. No Brasil, um estudo de BAPTISTA (1976), realizado em um hospital de ensino com 365 leitos, apresentou uma taxa de absenteísmo que variou de 16% no máximo a 3,0% no mínimo, num período de seis meses. [Em outro estudo, realizado por SILVA (1983) identificou que os motivos de maior significação que levam o funcionário a não comparecer ao trabalho são as licenças para tratamento de saúde (62,9%), licença por

acidente de trabalho (6,3%), licença gestante (14,7%), as faltas com justificativas (1,7%) e as faltas sem justificativas (14,4%), sendo que neste estudo a taxa de absenteísmo oscilou entre 17,2% e 19,7% num período de seis meses.]

Para fins de cálculo das necessidades de pessoal o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (1988) estabeleceu um percentual de 45% de absenteísmo para as unidades hospitalares com funcionamento de 24 horas, em contrapartida com o índice atual de 20% que cobre faltas e folgas de fim de semana e feriados, férias e licenças em geral. Também em função de calcular-se o efetivo de pessoal para os diferentes setores de enfermagem, um estudo feito pela Prefeitura do Município e Secretaria de Higiene e Saúde de São Paulo (1982) alterou o padrão tradicionalmente utilizado de 20% acrescido nas fórmulas utilizadas para cálculo de pessoal, levando em conta estudos efetuados sobre absenteísmo (não referenciados no documento) os quais mostraram um percentual de 24% para o absenteísmo previsto. Nesse estudo esse percentual foi elevado para 30%.

[Consideramos o absenteísmo como um dos primeiros sintomas de que algo não está bem no setor, com a equipe, ou com determinados elementos do grupo ou destes com a chefia, ou seja, sinais de que problemas pessoais estão interferindo na assiduidade do pessoal. Por tudo isto, acreditamos ser importante pesquisar mais sobre o assunto a fim de encontrar soluções ou, pelo menos, algumas alternativas para enfrentar este problema.]

[Uma variedade de métodos tem sido empregados na tentativa de combater o absenteísmo, variando o grau de efetividade de cada um. GILLIES (op. cit) sugere que o primeiro passo para se diminuir o absenteísmo é manter um controle rigoroso sobre a frequência do empregado e calcular a taxa de absenteísmo em intervalos frequentes a fim de identificar o padrão de frequência de cada

funcionário, sendo que qualquer um com excesso de faltas deve ser aconselhado por seu supervisor a identificar as causas de suas faltas e tomar medidas no sentido de eliminá-las. Outra medida, voltada para diminuir as ausências por doença, é providenciar assistência médica gratuita para os empregados. Um hospital, principalmente, deve ter condições de fornecer assistência gratuita a seus funcionários através dos seus serviços regulares destinados aos pacientes, sem necessitar encaminhá-los ou transportá-los a outros locais de atendimento.]

Algumas instituições possuem programas de recompensas para estimular seus empregados e prevenirem faltas, estipulando premiações para aqueles que possuem frequência total. Por outro lado, conhecemos algumas organizações que utilizam sanções financeiras para diminuir o absenteísmo, empregando, inclusive, algumas formas de punição.

[Outro aspecto que consideramos importante salientar é a exigência, por parte das empresas, da apresentação de atestados médicos pelo funcionário faltoso, a fim de abonar e justificar suas ausências. Temos alguns senões com relação a esta medida pois, levando-se em conta que o médico é pago pelo paciente, ele tem a propensão de protegê-lo, atribuindo-lhe, muitas vezes, causas físicas a problemas de origem psico-social, estendendo por tempo excessivo a liberação do funcionário do trabalho. Achamos duvidoso que o médico responsável pelo setor pericial ou mesmo o médico particular do empregado possam estabelecer, com segurança, se o mesmo necessita ou não manter-se fora do ambiente de trabalho, tendo em vista que na maior parte das vezes não avaliam os aspectos físicos e emocionais do trabalhador, não obtendo, portanto, uma visão global da saúde do trabalhador. >

Concordamos com CIETO (et al. apud SILVA 1983) quando afirmam que o problema do absenteísmo não deve ser considerado isoladamente, deve ser

analisado em suas inter-relações com outros problemas de pessoal, como: remuneração, assistência médica ao servidor e seus dependentes, alimentação e lazer.

2.6 *Turnover*

O movimento de entrada e saída nos quadros de pessoal de uma organização é o que chamamos de rotatividade, embora a utilização do termo *turnover* de origem inglesa seja mais amplamente utilizado pela literatura brasileira.

ANSEMI, ANGERAMI e INFANTE (1990), definem o fenômeno do *turnover* como o processo de mudança na composição da força de trabalho caracterizado pelo desligamento de um certo número de empregados e a admissão de novos para preencher os claros deixados na organização, revelando a movimentação da força de trabalho entre o mercado de trabalho e a instituição.

O termo rotação de recursos humanos é definido por CHIAVENATO (1990) como a flutuação de pessoal entre uma organização e seu ambiente; em outras palavras, o intercâmbio de pessoas entre a organização e o ambiente é definido pelo volume de pessoas que ingressam e que saem da organização. Geralmente, a rotação de pessoal é expressa através de uma relação percentual entre as admissões e os desligamentos com relação ao número médio de participantes da organização, no decorrer de certo período de tempo. Quase sempre a rotação é expressa em índices mensais ou anuais para permitir comparações, seja para desenvolver diagnósticos, seja para promover providências, ou ainda com caráter preditivo.

GILLIES (1982) classifica o *turnover* como evitável e inevitável, enquanto BLOUIN e BRENT (1992) o classificam como voluntário e involuntário. O

turnover inevitável ou involuntário é aquele associado com casamento, gravidez, ou transferência do marido para outra cidade; estima-se, segundo estes autores, que cerca de 36% do *turnover* na enfermagem é devido a responsabilidades familiares. O *turnover* evitável ou voluntário é aquele resultante de falha da organização em identificar e atender as necessidades e expectativas dos empregados.

A perda de pessoal e a necessidade imediata de reposição dessa mão-de-obra é bastante preocupante, principalmente na área da enfermagem hospitalar, onde o atendimento não pode ser interrompido, diminuído ou postergado. À cada demissão, voluntária ou não, existe a necessidade de substituição imediata do elemento que saiu. Tal substituição poderá ser feita, algumas vezes, por alguém do próprio setor com a vantagem de que esse funcionário já conhece o trabalho e as rotinas do local; mas a desvantagem, algumas vezes, é gerar exaustão neste elemento pelo excesso de horas trabalhadas. Outras vezes, consegue-se cobertura por pessoas de outros setores ou áreas diversas, muitas delas sem experiência específica, sem conhecimento das rotinas e com pouca ou nenhuma integração com a equipe local, gerando desmotivação e, conseqüentemente, levando a falhas que prejudicam a assistência prestada.

Intensificar as entradas e a promoção de treinamentos introdutórios eficazes, além de estimular as chefias imediatas a propiciarem acompanhamento direto aos novos integrantes da equipe são, na nossa opinião, medidas a serem adotadas a fim de se manter o nível de recursos humanos nas proporções mínimas adequadas para o funcionamento do sistema. Acreditamos que todo investimento feito a partir da admissão do empregado ao setor proporcionando-lhe um adequado ambiente físico e emocional, por certo proporcionará dividendos mais tarde.

As estatísticas de *turnover*, na opinião de MINEIRO (1984), representam um fator importante e decisivo na administração dos recursos humanos, uma vez que fornecem parâmetros através dos quais, com base em referenciais teóricos, pode-se corrigir os desvios na administração de pessoal que ocasionam, por certo, o *turnover* evitável. Aparentemente, cerca de 64% do *turnover* na enfermagem é do tipo evitável (GILLIES, 1982. p. 247).

A causa básica do *turnover* evitável, na opinião de GILLIES (op. cit.), é a falta de congruência entre as necessidades de mão-de-obra da instituição e as necessidades de auto-realização dos empregados. GONÇALVES (1987), por sua vez, aponta como razões para a elevada rotatividade de pessoal nas instituições de saúde: falta de comunicação, limitadas oportunidades de promoção, falta de delegação de autoridade, sensação de insegurança no emprego e/ou exercício das tarefas, e insuficiência salarial.

Já BLOUIN e BRENT (op. cit.) salientam que embora cada enfermeiro tenha uma situação e as razões para sair sejam individuais, existem fatores que contribuem fortemente para isso, sendo que um deles é o grau de poder que a enfermeira tem dentro da organização.

Segundo CHIAVENATO (op. cit.), em toda organização saudável ocorre, normalmente, um pequeno volume de entradas e saídas de recursos humanos, ocasionando uma rotação meramente vegetativa e de simples manutenção do sistema. Contudo, algumas vezes, a rotação escapa ao controle da organização, quando os desligamentos efetuados por iniciativa dos empregados aumentam substancialmente de volume.

Turnover excessivo dentro de um departamento pode ser indicativo de uma prática administrativa deficiente, tanto com relação ao aspecto de supervisão

quanto à administração salarial (SMITH e ELBERT, 1984). Além disso, o *turnover* é bastante dispendioso para a instituição, especialmente para hospitais, onde os profissionais devem ser treinados e experientes.

A problemática da rotatividade na enfermagem é um tema que desperta o interesse tanto dos profissionais de enfermagem quanto dos administradores e dirigentes hospitalares; no entanto, na opinião de CAVANAGH (1990), o grande significado para estes últimos é representado pelas implicações financeiras, em termos de custos de recrutamento e de retenção dos profissionais. Portanto, segundo ANSEMI (1993), a redução da rotatividade pode ser interpretada em termos de economia financeira direta para o hospital como um todo; mas, não apenas isso, como também em relação a outros benefícios indiretos como o aumento da taxa de retenção, melhoria da produtividade, e a elevação da moral do grupo.

Encontram-se na literatura algumas fórmulas para o cálculo do *turnover* ; como as de GILLIES (op. cit.), MINEIRO (op. cit.) e CHIAVENATO (op. cit.).

Um estudo realizado por ANSEMI, ANGERAMI e INFANTE (1990) procurou avaliar e comparar a rotatividade entre enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem de um hospital escola da cidade de Ribeirão Preto (SP), no período de 1979 a 1985. A rotatividade foi mensurada por dois indicadores globais: a taxa líquida de substituições e a permanência média no emprego em anos.

A categoria enfermeiro apresentou o maior número de admissões bem como de desligamentos, durante o período estudado. As taxas líquidas de substituição deste profissional, de modo geral, foram superiores àquelas obtidas nas demais categorias. A variação máxima e mínima dessas taxas durante o período, foi de 7,48 a 37,38% para os enfermeiros, 1,76 a 15,44% para os auxiliares de

enfermagem e de 2,74 a 29,05% para os médicos. Os enfermeiros mostraram uma média de permanência no trabalho de 7,26 anos enquanto a dos auxiliares de enfermagem foi de 21,06 anos.

A causa básica do *turnover* evitável, na opinião de GILLIES (op. cit.), é a falta de congruência entre as necessidades de mão de obra da instituição e as necessidades de auto-atualização dos empregados. GONÇALVES (1987), por sua vez, aponta como razões para a elevada rotatividade de pessoal nas instituições de saúde a falta de comunicação, limitadas oportunidades de promoção, falta de delegação de autoridade, sensação de insegurança no emprego e/ou exercício das tarefas, e insuficiência salarial.

Para CHIAVENATO (op. cit.) a rotação de pessoal não é causa, mas sim o efeito, a consequência de certos fenômenos localizados interna ou externamente à organização que condicionam a atitude e o comportamento do pessoal. Dentre os fenômenos externos o autor cita a situação de oferta e procura de recursos humanos no mercado, a conjuntura econômica e as oportunidades de emprego no mercado de trabalho. Dentre os fenômenos internos que ocorrem na organização ele cita: a política salarial e de benefícios da organização, o tipo de supervisão exercida, as oportunidades de crescimento profissional oferecidas, o tipo de relacionamento humano dentro da organização, as condições físicas ambientais oferecidas, o moral do pessoal e a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de recursos humanos, os critérios e programas de treinamento de pessoal, a política disciplinar, os critérios de avaliação de desempenho e o grau de flexibilidade das políticas da organização. Para o autor, as informações a respeito desses fenômenos são obtidas por meio das entrevistas de desligamento feitas com as pessoas que se retiram, para diagnosticar as falhas e corrigir as causas que estão provocando o êxodo do pessoal.

Entre os fenômenos internos referidos por CHIAVENATO (op. cit.) como responsáveis pelos desligamentos, estão praticamente todos os itens que fazem parte de uma política de recursos humanos. Quando a política de recursos humanos é inadequada, promove uma atitude do pessoal que leva à sua saída da organização.

Embora seja um fenômeno complexo pelas variáveis que influenciam seu comportamento, o *turnover* deve ser mensurado e, se excessivo, tratado devidamente, uma vez que a capacidade de recursos humanos trabalhando no atendimento de pacientes necessita ser mantida em níveis suficientes para atender a demanda de serviços, garantindo a qualidade da assistência prestada.

Encontramos poucos trabalhos na literatura que apresentem dados relacionados a taxas de *turnover* na área hospitalar, a não ser alguns estudos efetuados por grupos isolados, como o trabalho realizado por alunos do Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar e apresentado no IV Seminário em Administração Hospitalar realizado pela Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul (1993)¹ os quais, utilizando a fórmula proposta por CHIAVENATO (op. cit.), investigaram a rotatividade em 14 hospitais de Porto Alegre, no período de janeiro à maio de 1993. Dos 14 hospitais estudados, nove eram de até 150 leitos, os demais tinham acima de 150 leitos.

As taxas máximas de *turnover* encontradas foram de 4,46% e 4,25% em dois hospitais de mais de 150 leitos; as menores taxas encontradas foram nos hospitais menores que, no referido período, oscilou de zero a 1,0%.

¹ Os dados acima mencionados foram anotados durante o referido seminário e não estão ainda publicados.

Na opinião de BIRKENSTOCK (1991) os enfermeiros hospitalares que apresentam baixa taxa de *turnover* são aqueles envolvidos com a filosofia e os objetivos do hospital, que planejam seus próprios turnos de trabalho, as trocas de plantão e as diferenças salariais, e podem concentrar-se nos cuidados dos pacientes porque os serviços auxiliares funcionam adequadamente. Vêm-se a si próprios como pacientes e advogam e colaboram com os médicos; sentem-se recompensados e gratificados ao desenvolverem serviços de boa qualidade.

turnover

1991

3 - MATERIAL E MÉTODO

Visando atender aos objetivos propostos, realizamos um estudo transversal, exploratório-descritivo, observacional, de caracter retrospectivo, onde buscou-se conhecer a situação referente ao *turnover* e ao absenteísmo em determinados setores de um hospital de ensino do Rio Grande do Sul.

3.1 Características da Instituição Estudada

O presente estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que é um hospital geral, de capacidade extra e de corpo clínico fechado. O HCPA é uma empresa pública, de direito privado, com patrimônio próprio e autonomia administrativa vinculado ao Ministério de Educação. É também um hospital universitário que tem entre outros objetivos administrar e executar serviços de assistência médica hospitalar e de saúde pública para a Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina e demais unidades da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O Estatuto do HCPA assegura a presença dos professores da Escola de Enfermagem da UFRGS nos cargos de direção e assessoria do Grupo de Enfermagem, com o objetivo de promover a integração docente- assistencial.

O Grupo de Enfermagem tem, entre outros, o objetivo de organizar e manter a atenção progressiva de enfermagem necessária à promoção, recuperação e reabilitação da saúde, em nível de internação e ambulatorial.

Atualmente, o Grupo de Enfermagem é composto pelos seguintes serviços: Serviço de Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Saúde Pública, Centro Cirúrgico, Materno-Infantil e de Emergência.

O pessoal de enfermagem que presta assistência aos pacientes nestas unidades de internação, é constituído de enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes. A jornada diária de trabalho é de 6h30 pela manhã (7- 13h30) e pela tarde (13- 19h30) e de 12h30 à noite (19- 7h30), trabalhando o noturno sob o regime de 12 por 48 horas, ou seja, uma noite de trabalho por duas de folga.

3.2 População de Estudo e Amostra

O estudo avaliou o *turnover* e o absenteísmo nos serviços de enfermagem do hospital em estudo. Tendo em vista que os serviços de enfermagem existentes na instituição estão sob a chefia de docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), atuando, portanto, sob a mesma filosofia assistencial, e como este estudo propõe-se também a subsidiar a elaboração de um instrumento para utilização em todo e qualquer serviço de enfermagem hospitalar, selecionamos para amostra todos os profissionais de enfermagem daqueles setores que mais comumente caracterizam o serviço de enfermagem dos hospitais, ou seja, Unidade de Internação Clínica (UI), Centro de Tratamento Intensivo (CTICC), Bloco Cirúrgico(BC) e Sala de Recuperação(SR).

Estes são os quatro maiores setores do HCPA em termos de quantitativo de pessoal: o Centro de Tratamento Intensivo Clínico Cirúrgico (CTICC) com 134 funcionários, sendo 24 enfermeiros e 110 técnicos e auxiliares; o Bloco Cirúrgico (BC) com 104 funcionários, sendo 11 enfermeiros e 93 técnicos, auxiliares e instrumentadoras; a Sala de Recuperação Pós-anestésica (SR), com 45

funcionários, sendo 8 enfermeiros e 37 técnicos e auxiliares; e a Unidade de Internação Clínica (UI), com 39 funcionários, sendo 8 enfermeiros e 31 técnicos e auxiliares de enfermagem. Este montante de recursos humanos (322) perfaz um percentual de 8,5% do total de servidores da instituição (3.763) e um percentual de 19,4% dos funcionários do serviço de enfermagem (1.655), sendo 51 enfermeiros e 271 técnicos e auxiliares de enfermagem.

3.3 Instrumento

O levantamento bibliográfico sobre *turnover* e absenteísmo evidenciou a escassez de estudos na área de enfermagem; desta forma, a maioria dos dados coletados não ficaram restritos apenas a comparações com a literatura, novos achados foram feitos, os quais certamente servirão como fonte de consulta e motivarão novos estudos.

Para o levantamento dos dados relativos a *turnover* e absenteísmo, a fim de mensurá-los, caracterizá-los e analisá-los, elaboramos quatro instrumentos: o instrumento número 1 foi entregue ao setor de recursos humanos da instituição para preenchimento a fim de coletar dados para a caracterização da instituição quanto aos aspectos da área de recursos humanos abordados pelo estudo. (Anexo A)

O instrumento número 2 destinou-se a quantificar os níveis de absenteísmo existentes na população em estudo segundo a categoria funcional e o setor de trabalho, em período pré-determinado, ou seja, durante o ano de 1994. Este instrumento foi preenchido pela pesquisadora através das escalas de folgas e férias dos funcionários, com dados fornecidos pelo serviço de informática do hospital (GSIS). (Anexo B1)

O instrumento número 3 para a quantificação do *turnover* foi desenvolvido através de consulta às fichas de desligamento preenchidas pelo setor de Psicologia Organizacional no momento da saída dos funcionários, identificando as razões que levaram os funcionários a demitir-se ou a serem demitidos. Estas informações foram registradas nos instrumentos pelo próprio pessoal do setor de Psicologia Organizacional sob justificativa de manutenção do sigilo garantido pelos profissionais ao pessoal entrevistado. O estudo do *turnover* abrangeu o ano de 1993, uma vez que o ano de 1994 foi excluído por ser ano de eleição e portanto atípico para investigação. (Anexo C e Anexo C1)

O instrumento número 4 constou de entrevista semi-estruturada com os chefes de unidade para identificar as principais razões que levam o pessoal a faltar e a sair de seus empregos, bem como investigar que medidas estão sendo tomadas para diminuir as ausências do pessoal ao trabalho e para retê-los no emprego.(Anexo D). Os dados obtidos através deste instrumento a fim de propiciarem ao leitor uma visão global foram agrupados no Anexo D1.

Para o cálculo das taxas de absenteísmo e *turnover* foram utilizadas as fórmulas proposta por CHIAVENATO (1990), que trabalha com o índice de absenteísmo do pessoal em atividade, considerando-se as faltas por motivos médicos justificados ou não justificados e o índice de absenteísmo relativo ao pessoal afastado por um tempo prolongado (férias, licenças de toda espécie, afastamentos por doença, por maternidade e por licenças em geral) calculado em determinado período (dias, meses, ou ano).

$$\text{Índice de absenteísmo} = \frac{\text{n. de homens/dias perdidos por ausência ao trabalho}}{\text{Efetivo médio} \times \text{n. de dias de trabalho}} \times 100$$

Nosso estudo é apresentado em número de dias e ficou restrito à investigação do absenteísmo incontrolável (MCDONALD e SHAVER, 1981) ou

inevitável (GILLIES, 1982), que é caracterizado principalmente pelas licenças médicas justificadas, pelos afastamentos previstos na legislação trabalhista: férias (FR), licença gala, licença nojo, licença paternidade, licença gestante (FL) e licença saúde (LS) e ainda por aqueles estabelecidos pela organização: licença especial (LE) e licença para congressos (LC) ou eventos científicos na área de atuação do trabalhador. Embora reconheçamos a importância de conhecer os índices e motivos principais que levam as pessoas a faltarem espontaneamente ao trabalho (absenteísmo controlável ou evitável), isto não foi feito neste momento, tendo em vista que a organização não dispõe ainda de um sistema de registro para estas ocorrências, que, apesar de ficarem sob o controle da chefia imediata, ainda não fazem parte dos registros oficiais da instituição para o cômputo e o estudo de suas taxas e causas.

Para o cálculo do índice de *turnover* apresentado pelos setores em estudo, buscando apenas analisar as perdas de pessoal e suas causas, não consideramos as admissões (entradas) no cômputo do índice de rotação de pessoal, mas somente os desligamentos, tanto por iniciativa da organização, como dos próprios empregados. Para este cálculo utilizamos a fórmula proposta por CHIAVENATO (op.cit.):

$$\text{Turnover} = \frac{D \times 100}{EM} \text{ onde: } D = \text{Desligamentos e } EM = \text{Efetivo Médio no período}$$

Esta fórmula para cálculo do *turnover* também é preconizada por MINEIRO (1984) que a denomina “movimento out” na qual considera, à semelhança de CHIAVENATO, apenas os desligamentos para o cálculo do índice de *turnover*.

Outro motivo pelo qual utilizamos a fórmula acima deve-se ao fato de constituir-se o HCPA uma empresa pública devendo obedecer às normas do Governo para seleção e admissão de pessoal, o que torna o processo de

contratação e/ou reposição de pessoal por vezes muito lento e sempre atrelado a decretos governamentais.

3.4 Estudo Piloto

Após a elaboração dos instrumentos realizamos uma aplicação preliminar em uma unidade similar as do estudo para testar a adequação, compreensão e o tempo a ser dispendido em sua aplicação.

Decorrente desta testagem o instrumento número 2 sofreu modificações em função da forma como são registrados pela instituição as ausências do pessoal: FR (FÉRIAS), LS (LICENÇA SAÚDE) que envolve todos os afastamentos por doença do funcionário; FL (FALTA LEGAL) que envolve todos os afastamentos previstos por lei (licença gestação, licença gala, licença nojo, licença paternidade); LC (LICENÇA CONGRESSO) e LE (LICENÇA ESPECIAL) que é concedida pela instituição ao funcionário após completar dez (10) anos de trabalho (gozo de 30 dias).

3.5 Coleta dos Dados

Inicialmente para ter acesso à instituição, encaminhamos carta de solicitação e uma cópia do projeto para aprovação do mesmo pela comissão científica do referido estabelecimento. A seguir recebemos orientações quanto aos tramites éticos e institucionais necessários para proceder a coleta de dados. (Anexo E) Para ter acesso as informações junto ao setor de Recursos Humanos, Psicologia Organizacional e chefias de unidade, encaminhamos previamente carta de solicitação - Consentimento Pós-Informado.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 1995. Os dados do instrumento número 4 (Anexo D) foram colhidos junto às chefias de unidade de cada setor amostrado através das entrevistas registradas no formulário específico, composto apenas de questões abertas. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no próprio setor com duração média de 30 minutos. Durante a entrevista a pesquisadora simultaneamente a dirigia e registrava as informações no formulário. Ao término da mesma a fim de garantir a fidedignidade das informações obtidas, a entrevistadora lia para a enfermeira entrevistada as anotações realizadas, solicitando sua participação no sentido de ratificar as prioridades, afirmar, rejeitar ou acrescentar dados que por ventura não correspondessem as suas respostas. Os nomes dos enfermeiros entrevistados foram omitidos e codificados através de letras a fim de ser preservado conforme proposto, o anonimato dos respondentes.

3.6 Considerações Éticas

Foi garantido aos indivíduos pesquisados total sigilo dos dados coletados, sendo o seu uso estritamente para os fins do presente projeto.

Realizamos documento denominado “Consentimento Pós-Informação”, através do qual orientamos os participantes da pesquisa quanto aos objetivos e método e também informamos sobre seus direitos em não participar da mesma. Este documento foi apresentado e assinado por todos os que participaram deste estudo. (Anexo F)

4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram processados manualmente. A frequência absoluta e relativa foram os recursos utilizados para análise e apresentação dos dados.

4.1 Absenteísmo: índices e motivos

A computação, no que se refere ao absenteísmo, apresentou os seguintes resultados:

Índice de absenteísmo: por categoria profissional e por setor: CHIAVENATO (1990)

SETOR/ CATEGO.	CTICC	BC	SR	UI	TOTAL
ENFERM.	7,75%	9,63%	9,74%	9,31%	8,46%
TEC./AUX.	10,49%	12,34%	10,06%	10,68%	11,3%
TOTAL	10,00%	12,23%	10,81%	10,38%	10,88%

QUADRO 1 Índice de absenteísmo: por categoria profissional e por setor: HCPA - 1994

O quadro acima mostra um índice de 10,88% de absenteísmo no ano de 1994 nos setores estudados, sendo que o setor que apresenta o índice mais

elevado é o bloco cirúrgico com uma taxa de 12,23%, e o de menor índice foi o CTICC, causando-nos uma certa surpresa, pois acreditávamos que este setor, por constituir-se de área fechada com freqüentes situações de “stress”, seria a área de maior índice de absenteísmo do pessoal.

Cabe ressaltar que todos os índices, inclusive o relativo ao total do grupo, foram calculados individualmente. Desta forma, o índice total não é a soma ou a média dos índices por setor ou categoria, mas sim um índice real calculado para o grupo como um todo.

O índice de absenteísmo de 10,88% que encontramos para o grupo total situa-se como um valor médio em relação aos obtidos por BAPTISTA (1976) que oscilavam de 3 a 16%. O estudo de SILVA (1983) encontrou índices superiores, de 17,2 a 19,7%. O estudo de KERPER (1971) realizado em hospitais norte-americanos obteve um valor de apenas 4%. Este valor é bastante maior que o encontrado no presente estudo. Pode-se, no entanto, especular que este índice foi obtido sem o cômputo do período das férias. O nosso índice sem as férias seria de 4,5%.

Dentre as categorias estudadas, o maior índice de absenteísmo ficou entre os técnicos e auxiliares de enfermagem (11,3%), sendo que os enfermeiros do CTICC se destacaram com o mais baixo índice de absenteísmo (7,75%) entre todas as categorias e setores pesquisados; em vista disso, acreditamos ser oportuno lembrar a respeito do estudo de RAGSDALE, BURNS e HOUSTON (1991), no qual relatam um estudo envolvendo quarenta e duas enfermeiras empregadas numa UTI de dezesseis leitos de um hospital de ensino, que apontaram sentimentos de alienação e falta de poder como responsáveis pela insatisfação que sentiam no trabalho, levando os autores a relacionar o absenteísmo com a insatisfação no trabalho.

Poderíamos então pensar que o baixo índice de absenteísmo apresentado pelos enfermeiros do CTICC de nossa amostra deve-se ao fato de estarem satisfeitos com seu trabalho? Talvez possamos reforçar esta possibilidade ao constatar no quadro abaixo que os enfermeiros do referido setor foram os que tiveram maior número de afastamentos para congressos no período estudado, o que poderíamos considerar como um incentivo à atualização, uma proposta de educação continuada e portanto, uma forma de prevenir a alienação e promover o desenvolvimento de pessoal.

Os Quadros 2 e 3 abaixo, mostram as principais razões que levaram o pessoal a faltar.

Razões/ categor.	FR	Média/ funcio- nário	FL	Média/ funcio- nário	LS	Média/ funcio- nário	LE	Média/ funcio- nário	LC	Média/ funcio- nário	TOTAL	Média/ funcio- nário
ENFER.	1236	24,24	22	0,43	203	3,98	0	0	126	2,47	1.587	31,11
TECAUX	6216	22,94	883	3,26	3.770	13,91	287	1,06	51	0,19	11.207	41,35
TOTAL	7452	27,50	905	2,81	3.973	21,34	287	0,89	177	0,55	12.794	39,73

QUADRO 2 Razões das ausências, em dias, segundo a categoria profissional: HCPA - 1994

FR = Férias

FL = Falta Legal (licença gestação, licença gala, licença nojo, licença paternidade)

LS = Licença Saúde

LE = Licença Especial

LC = Licença Congresso

RAZÕES/SETOR	FR	FL	LS	LE	LC	TOTAL
CTICC	2839	649	1104	160	141	4893
BC	2412	59	2159	----	13	4643
SR	1099	44	526	97	11	1777
UI	1102	153	184	30	12	1481
TOTAL	7452	905	3973	287	177	12794

QUADRO 3 Razões das ausências, em dias, por setor de trabalho: HCPA -1994

Os quadros acima fornecem uma visão geral do número de ausências computadas no período do estudo, relacionando-as com suas causas, com a categoria profissional e com o setor. Verificamos que o maior volume de ausências concentra-se nas férias (FR) do pessoal; não há muito o que discutir em torno desta realidade, uma vez que todo planejamento de pessoal de enfermagem deveria levar em conta este tipo de afastamento ao dimensionar seu quadro de pessoal, já que está previsto na legislação trabalhista trinta dias de férias/ano a todo o empregado a partir do primeiro ano de trabalho.

A segunda razão para as ausências foram as licenças saúde, o que está em conformidade com as respostas fornecidas pelas quatro enfermeiras chefes quando questionadas (entrevista semi-estruturada) sobre a principal razão

apontada pelo pessoal para faltar ao trabalho. Outro motivo que, segundo as enfermeiras chefes, pode ser considerado muito significativo nas ausências do pessoal sob sua responsabilidade, são as faltas por doença de filho ou familiar.

Tais causas são também apontadas por MUCILLO (1980) e CHIAVENATO (1990) quando relacionam, por ordem, as seguintes razões: doença efetivamente comprovada, doença não comprovada e razões diversas de caráter familiar. Nesta terceira razão apontada pelos autores, podemos incluir as razões citadas pelas enfermeiras como doença de filho ou de familiar, e ainda o fato de não ter com quem deixar os filhos. Embora a instituição ofereça creche para assistir os filhos dos seus funcionários, este atendimento limita-se a crianças de zero a seis anos e não dá cobertura de atendimento nos feriados e fins-de-semana, apesar de ser esta a realidade de trabalho do pessoal da área de enfermagem. Além disso, a instituição não tem ainda condições de dar cobertura de assistência a toda a demanda existente, uma vez que o pessoal de enfermagem constitui 44% do total de recursos humanos do hospital e é caracterizado por elementos do sexo feminino, estando estes, em sua maioria, na faixa etária dos 25 aos 35 anos.

A terceira posição nas razões para as ausências de pessoal é ocupada pelas FL (faltas legais), que correspondem a um percentual de 7,0% em relação ao total das ausências e incluem as licenças em geral que estão previstas na legislação trabalhista: licença gala (casamento), licença nojo (óbito de familiar), licença paternidade e doação de sangue. Estes motivos também foram relatados pelas chefes de unidade nas entrevistas e apresentam certa coerência com os dados encontrados por Silva (1983), onde 62,9% dos motivos de ausência são devidos a licença para tratamento de saúde, e 21% ocorrem devido a licença gestação e outras.

A licença especial (LE) é um afastamento de 30 dias que é concedido pela instituição a todo funcionário que completa dez anos de trabalho na organização, podendo ser gozada por inteiro ou parcelada em dois ou três períodos. Nossa investigação mostrou que os enfermeiros não gozaram desta prerrogativa no ano de 1994 e o total de 287 dias de afastamento por LE ficou por conta dos auxiliares e técnicos de enfermagem, aparecendo em nosso estudo como a quarta razão dos afastamentos do pessoal.

A última razão apontada sob forma quantitativa englobou as licenças congresso (LC), num percentual de 1,38% do total das ausências. Como já foi referido acima, a (LC), é um benefício utilizado principalmente pelos enfermeiros, embora tenha sido estabelecido que cada funcionário tem direito a um afastamento para congresso ou evento científico por ano, desde que devidamente justificado e aprovado pela chefia imediata.

Através da entrevista semi-estruturada realizada com as chefes de unidade dos setores estudados, identificamos outras razões para as faltas do pessoal que, certamente, contribuiriam para elevar o índice de absenteísmo, uma vez que fossem computadas: são as faltas por greve de ônibus e pela dificuldade de acordar cedo. Mais uma vez encontramos certa relação destes aspectos com as causas apontadas por CHIAVENATO (op.cit.): atrasos involuntários por motivos pessoais e problemas de transporte, caracterizando o que MUCILLO (op.cit.) denomina como variável demográfica: a distância entre o local de trabalho e a moradia.

Todas as enfermeiras participantes da entrevista apontaram doença de familiar como razão para as faltas de seu pessoal, sendo que a enfermeira C afirmou ainda, que em relação a familiar doente, não há qualquer tipo de liberação para que o funcionário possa acompanhá-lo, pois embora a instituição

atualmente considere justificável a ausência de funcionário para o acompanhamento de filho doente (desconto de 50%), ainda não aceita qualquer justificativa para atendimento de familiares que não sejam filhos menores.

Todas essas preocupações expressas reforçam as afirmações de CIETO (et al) (apud SILVA, 1983) de que a problemática do absenteísmo não deve ser considerada isoladamente e, sim, analisada em suas interrelações com outros problemas de pessoal, como remuneração e assistência médica ao servidor e seus dependentes.

Segundo a classificação de McDONALD e SHAVER (1981), as causas apresentadas pelas enfermeiras caracterizam o absenteísmo nos setores estudados como incontrolável.

Em relação ao questionamento feito quanto às conseqüências destas faltas para o setor, todas foram unânimes em atribuir à sobrecarga de trabalho a primeira e mais séria conseqüência. A enfermeira C complementou ainda que esta sobrecarga de trabalho causa prejuízo físico e emocional aos trabalhadores, gerando, conseqüentemente, novas faltas por doença pessoal.

As enfermeiras B, C e D apontaram como segunda conseqüência o prejuízo na qualidade da assistência. Tal fato nos surpreendeu bastante, pois tínhamos como certo que este item apareceria em primeiríssimo plano, uma vez que a filosofia proposta pelo Grupo de Enfermagem da referida instituição coloca a qualidade da assistência a ser prestada aos pacientes como primeiro objetivo a ser alcançado. Assim, fazemos o seguinte questionamento: o que terá levado os enfermeiros a valorizarem mais a quantidade de trabalho em detrimento de sua qualidade? Ou será que os mesmos consideram impossível adequar o pessoal disponível à melhoria contínua da qualidade do cuidado ao paciente?

As enfermeiras A e C disseram também que o aumento do número de horas extras é uma das conseqüências das faltas, ocasionando elevação dos custos para a instituição, o que indica que as mesmas conhecem e se preocupam em garantir o alcance dos objetivos organizacionais.

O aumento de custos, em nossa opinião, não se refere apenas ao pagamento de salários adicionais aos empregados substitutos, mas, também, ao provável déficit de conhecimento destes elementos estranhos ao setor quanto às técnicas e rotinas específicas, o que certamente provoca maior lentidão na execução das tarefas, com possibilidade de erros e desperdícios, acarretando, conforme afirmam RAGSDALE, R e R (1991), prejuízos na produtividade, no cuidado ao paciente e na moral da equipe.

Quanto às medidas empregadas para diminuir o problema do absenteísmo, três enfermeiras enfatizaram a utilização de medidas punitivas para os casos reincidentes, principalmente para as faltas não justificadas. Nos casos de faltas justificadas, pode-se constatar forte tendência por parte de todas no sentido de conversar com o funcionário faltoso, orientando-o quanto ao prejuízo causado para o setor e para os colegas, informando-o quanto as possibilidades de trocas e substituições, se as ausências forem previstas com a devida antecedência. Tais medidas são também recomendadas por Gillies (1982), quando sugere que o primeiro passo para diminuir o absenteísmo é manter um controle rigoroso sobre a freqüência dos empregados, calculando sistematicamente a taxa de absenteísmo e identificando assim o padrão de freqüência de cada funcionário; cabe ao supervisor o aconselhamento a todo empregado faltoso, conhecendo as causas das suas faltas e buscando em conjunto medidas para eliminá-las.

A enfermeira D, que exerce o cargo de chefia há mais tempo que as demais (7 anos), mostra-se menos preocupada com aspectos punitivos; é mais voltada

para o atendimento das necessidades do pessoal, pois ressalta a importância do bom relacionamento no ambiente de trabalho e acredita que o estilo de liderança utilizado pela chefia interfere no desempenho do empregado. Nota-se, assim, que esta chefia tem consciência da importância do papel do líder no desempenho dos subordinados. Reforça, também, a necessidade do redimensionamento de pessoal e da liberação de horas extras para suprir as faltas.

O estilo de liderança e de controle exercidos pela chefia também foram pontos enfocados por MUCCILLO (op.cit.) e CHIAVENATO (op.cit.) como causadores do absenteísmo, uma vez que a precária integração do empregado à organização é devida, muitas vezes, não a sua predisposição individual ao absenteísmo, mas à desmotivação decorrente de uma direção e supervisão deficientes.

Nesse sentido, é importante ressaltar que, das quatro enfermeiras que participaram da entrevista, nesta questão relativa às medidas utilizadas para diminuir a problemática do absenteísmo, apenas uma delas não fez referência em momento algum, à utilização de medidas punitivas. Identificamos claramente dois estilos distintos de liderança: a abordagem das relações humanas - centrada nas pessoas e no bom relacionamento entre elas - e uma outra voltada para o cumprimento das normas e regras da organização. Este fato leva-nos a questionar o seguinte: a partir de que tipo de formação, personalidade ou orientação estas chefes definiram seus estilos de liderança? Consideramos oportuno salientar a importância de promover cursos sobre chefia e liderança a fim de abordar o caráter situacional desta última, nos moldes propostos por HERSEY e BLANCHARD (1986).

4.2 *Turnover* : índices e motivos

Durante o ano de 1993 foram registrados 87 desligamentos no serviço de enfermagem, sendo que 31 (35,6%) pediram demissão e (64,3%) foram demitidos.

Nos quatro setores abrangidos por nosso estudo registraram-se 17 desligamentos, ou seja, 19,5% dos desligamentos ocorridos no serviço de enfermagem correspondem ao pessoal do CTICC, BC e UI, tendo em vista que a SR não registrou nenhum desligamento neste período. Dos 17 desligamentos ocorridos nos setores apenas cinco (29,4%) pediram demissão, os outros 12 (70,6%) foram desligados por razões diversas, que vamos discutir posteriormente.

Dentre os quatro setores investigados, o que apresentou maior número de demissões foi o CTICC com oito demissões (47%); o BC aparece em segundo lugar, com sete (41%); a UI em terceiro, com duas demissões (11,7%).

O quadro abaixo expressa os índices de *turnover* encontrados a partir da fórmula que utilizamos para calculá-lo (CHIAVENATO op.cit.).

SETOR / CATEGOR.	CTICC	BLOCO C.	UI	SR	TOTAL
ENFERM.	0	0	12,5%	0	1,96%
TÉC./AUX	7,27%	8,43%	3,22%	0	5,90%
TOTAL	5,97%	6,73%	5,12%	0	5,27%

QUADRO 4 Índice de *turnover* segundo a categoria profissional e o setor de trabalho: HCPA -1993

O índice de *turnover* encontrado nos quatro setores foi de 5,27% e pode ser Comparado ao estudo de COSTENARO (1987) realizado no Hospital de Clínicas de São Paulo, que encontrou um índice de 7,7%; com o estudo do *turnover* em 14 hospitais de Porto Alegre, realizado por alunos do curso de Pós-Graduação em Administração da AHRGS (1993), cuja variação vai de 4,25 a 4,46% e, ainda, com a afirmativa de HALL (1979) de que o percentual tolerável para *turnover* de pessoal deve oscilar entre 2,4 e 2,5%.

Considerando-se esses índices como admissíveis, em função do reduzido número de dados a respeito que a bibliografia nos oferece, podemos dizer que o percentual que encontramos está em harmonia com os dados dos dois primeiros estudos, mas muito acima da taxa ideal preconizada por HALL (op.cit.), levando-nos a considerar o índice de 5,27% como um *turnover* bastante elevado.

Com relação à categoria profissional, vamos encontrar apenas uma enfermeira, o que contradiz o estudo de ANSEMI (1993) sobre a rotatividade dos trabalhadores de enfermagem em nove hospitais no município de Ribeirão Preto e

identificou o enfermeiro como o profissional menos estável. Em 1990 ANSELMI, ANGERAMI e INFANTE realizaram um estudo no qual identificaram um índice de *turnover* que variou entre 7,48 e 37,38% para enfermeiros e de 1,76 a 15,44% para auxiliares; estas categorias, em nosso estudo apresentam índices de 1,96% para o enfermeiro e 5,90% para os auxiliares. Consideramos razoável o índice apresentado pelos enfermeiros e acreditamos que esta baixa taxa possa ser reflexo do atendimento de alguns aspectos considerados por BIRKENSTOCK (1991) como essenciais para a retenção de enfermeiros: autonomia, envolvimento e inovação.

A causa referida pela única enfermeira a deixar o emprego foi sobrecarga de trabalho, ocasionada pelo fato de estar trabalhando em dois locais simultaneamente. Optou, assim, pelo emprego mais antigo. Os demais 16 desligamentos correspondem ao pessoal auxiliar.

Embora não seja objetivo deste estudo identificar o gênero do pessoal que constitui a equipe de enfermagem, na amostra, para o cálculo do índice de *turnover* encontramos apenas um elemento do sexo masculino, que trabalhava na instituição há cerca de seis anos, que justificou sua saída (foi demitido) por estar insatisfeito com os critérios adotados pela instituição para a promoção dos seus funcionários. Então ele provocou sua demissão através de acentuada queda no nível do seu desempenho. Este tipo de *turnover* classificado por GILLIES (1982) como evitável, pois é resultante da falha da organização em identificar e atender as necessidades e expectativas dos empregados.

O estudo das causas do *turnover* foi feito a partir das informações colhidas através da consulta às fichas de desligamento e também das obtidas dos enfermeiros chefes de unidade nas entrevistas semi-estruturadas. (Anexos C1 e D1).

Dentre as causas apontadas pelo pessoal desligado podemos destacar: deixou de corresponder às expectativas do setor, mau relacionamento com a chefia, faltas e atrasos, problemas familiares, mudança de cidade e outros, que apareceram em menor intensidade como por exemplo, cansada de trabalhar, sem necessidade financeira e realizou concurso na Prefeitura.

Três auxiliares de enfermagem apontaram dificuldades de relacionamento com a chefia ou com o grupo de trabalho, representando o que CHIAVENATO (op.cit.) denomina de fenômenos internos que, juntamente com outros, tais como: tipo de supervisão exercida, oportunidades de crescimento profissional oferecidas, moral do pessoal e cultura organizacional, constituem a política de recursos humanos da instituição a qual em nossa opinião, quando inadequadamente administrada, leva os empregados a buscarem outras opções ou simplesmente a saírem da mesma.

Quanto ao item “mau relacionamento com a chefia”, o mesmo está associado a faltas e atrasos e nós nos questionamos se o mau relacionamento com a chefia é devido ao fato do empregado apresentar faltas e atrasos ou se este age desta forma em função do mau relacionamento no ambiente de trabalho.

Acreditamos que um estudo mais profundo das causas de desligamento deve envolver uma consulta simultânea à ficha de avaliação de desempenho do funcionário a fim de conhecer sua evolução dentro da empresa, identificando se determinadas causas do *turnover* não poderiam ser evitadas através de maior congruência entre as necessidades dos trabalhadores e a política de recursos humanos. Podemos justificar estas ponderações quando constatamos que uma funcionária, querendo estudar durante o dia, demitiu-se da instituição por não ter conseguido remanejo para o turno da noite; não foi possível relacionar este fato

com seu desempenho no setor. Seria ela merecedora ou não deste tipo de investimento?

Uma funcionária alegou demissão devido ao fato de estar enfrentando problema familiar, outra por estar com a filha doente, e outras duas saíram devido à transferência do marido de cidade - o que não deixa de ser um problema familiar - que segundo GILLIES (op. cit.), representa 36% do *turnover* na enfermagem. Em nosso estudo, essa proporção ficou em 23,52%.

Sob o ponto de vista dos enfermeiros chefes de unidade, os mesmos, quando interrogados sobre as razões para as pessoas deixarem seus empregos, foram unânimes em atribuí-las à busca de melhores condições de trabalho, aí envolvendo a questão salarial, a insatisfação e a sobrecarga de trabalho.

Embora haja concordância entre os enfermeiros quanto às razões de saída do pessoal, estas razões não foram confirmadas pelos auxiliares nas entrevistas de desligamento, pois os mesmos apontaram principalmente problemas de relacionamento com a chefia, problemas familiares e outros relativos a comportamento (faltas e atrasos) e desempenho para justificar seus desligamentos. Por outro lado, embora tenhamos constatado esta dispersão de opiniões, verificamos que há predominância de razões que caracterizam o *turnover* do tipo evitável.

O estudo de COSTENARO (1987) apontou a política salarial desenvolvida pela instituição como a grande responsável pela saída do pessoal, o mesmo ocorrendo com PITTA (1991) ao relacionar o trabalho hospitalar e a saúde mental dos trabalhadores, onde concluiu que os baixos salários pagos aos profissionais da saúde são um grande estímulo à rotatividade no setor; em nosso estudo este aspecto foi levantado pelas enfermeiras chefes, mas não apareceu como motivo

em nenhuma ficha de desligamento, não se constituindo, portanto, em razão para a saída dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Em relação a este aspecto, podemos inferir que os enfermeiros, ao apontarem a questão salarial, o fazem em termos da baixa remuneração feita aos profissionais da área da saúde, por questões políticas e por falta de reconhecimento e valorização social destes, e não com relação à instituição em estudo, uma vez que a mesma oferece um dos melhores salários do mercado.

O mesmo aconteceu com o item sobrecarga de trabalho, que foi apontado pelas enfermeiras, mas só apareceu como razão em uma ficha de desligamento. Este item foi apontado pela única enfermeira demitente, cuja sobrecarga de trabalho referida está associada ao fato da mesma estar trabalhando em dois locais simultaneamente. Esses dados contrapõem-se aos achados por ANSEMI (1993), para quem a sobrecarga de trabalho foi determinante para a alta rotatividade do pessoal.

A enfermeira C informou que muitos enfermeiros deixam não apenas o emprego, mas abandonam a profissão. Algumas entrevistas de avaliação de desempenho que realizamos durante o período em que atuamos em cargos de chefia, permitiram-nos identificar que determinados enfermeiros julgam seu trabalho pouco interessante, muito restritivo, pouco desafiador, enquanto outros queixam-se de sobrecarga de trabalho. Estes aspectos acham-se contemplados nos estudos de BIRKENSTOCK (op. cit., p.111), quando afirma que, para conservar enfermeiros, é necessário encorajar a autonomia, o envolvimento e a inovação. “As enfermeiras são energizadas por liberdade de ação naquilo que elas conhecem e pelo qual sentem-se responsáveis”.

A última razão apontada para os empregados abandonarem seus empregos foi a mudança de cidade, apontada pelas enfermeiras A e C. Acreditamos que

esta problemática já tenha sido estudada por MUCCILLO (op. cit.), quando estabelece a relação entre o índice de *turnover* e o gênero feminino, significando em nosso entendimento que o pessoal de enfermagem, por representar um contingente basicamente feminino, leva as mulheres, na condição de esposas e mães, a deixarem seus empregos para acompanhar seus maridos e cuidar de seus filhos (*turnover* inevitável ou involuntário).

O último questionamento feito às chefes de unidade foi com relação às medidas que são comumente tomadas para a retenção do pessoal de enfermagem. As respostas foram bastante variadas mas, em sua essência, pode-se perceber que, em todos os setores investigados, há uma real preocupação em atender as necessidades individuais do pessoal, pois todos os respondentes afirmaram que propiciam abertura na execução das escalas de folgas e de férias, buscando satisfazer ao máximo as preferências de seu pessoal. As enfermeiras A e B expressaram melhoria das condições de trabalho como medida para a retenção do seu pessoal; no entanto, as demais, embora não tenham utilizado esta mesma expressão, manifestaram também idêntica preocupação quando disseram que seria importante que a instituição oferecesse oportunidade de crescimento técnico-científico, estimulasse o trabalho em equipe, reduzisse o número de pacientes por funcionário, e remanejasse internamente as pessoas para adequá-las aos melhores locais.

Este último aspecto, na maioria das vezes, decorre de possíveis falhas no processo de seleção ou, talvez, por treinamento introdutório não muito eficaz, realizado sem o acompanhamento direto da chefia imediata. Reconhecemos aqui o *turnover* evitável, classificado por GILLIES (op. cit.) como resultante de falha da organização em identificar e atender as necessidades e expectativas dos empregados.

Apenas a enfermeira D (mais antiga no cargo) apontou como medida de retenção de pessoal a realização de atividades socializadoras e integradoras fora do ambiente de trabalho; acreditamos que a mesma, por estar a mais tempo no cargo e, conseqüentemente, na instituição, esteja convencida, a partir da sua própria experiência, da importância de proporcionar um adequado ambiente físico e emocional ao empregado.

Todos os aspectos levantados nestas discussões giram em torno daqueles tópicos que utilizamos para fundamentar e justificar este estudo que são: a preocupação com a qualidade, a importância dos recursos humanos e a necessidade de avaliação. Neste estudo identificamos estes três aspectos, inseridos ora de forma objetiva através dos índices encontrados, ora através da subjetividade encontrada nas atitudes e ponderações dos enfermeiros entrevistados.

MECHANIC (1970) sustenta que a satisfação dos profissionais de saúde está relacionada à qualidade dos serviços, podendo ser medida através de inquérito junto aos membros da equipe de saúde ou através de outros indicadores como rotatividade e absenteísmo.

Realizamos a avaliação do absenteísmo e do *turnover* do pessoal e confirmamos o quanto estes tem a nos dizer em termos de desempenho, não apenas quantitativo, mas principalmente qualitativo, e o exemplo disto é verificado quando os enfermeiros apontam com unanimidade que a principal razão para as pessoas deixarem seus empregos é a busca de melhores condições de trabalho (**Qualidade**) aí envolvendo a questão salarial, a insatisfação e a sobrecarga de trabalho (**importância dos Recursos Humanos**), sendo, inclusive, esta última apontada por todas as entrevistadas como uma das principais

conseqüências da falta do pessoal ao trabalho. Daí ser possível concluir que o absenteísmo existente nos setores tem contribuído para aumentar o *turnover* dos mesmos (Avaliação).

5 - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES FINAIS

O estudo levantou o índice de absenteísmo e de *turnover* da área de enfermagem de determinados setores de um hospital de ensino de Porto Alegre; os achados, embora sem muitos parâmetros comparativos, mostraram que o índice de absenteísmo de 10,38% pode ser considerado baixo e o *turnover* de 5,27% apresenta-se dentro de uma média razoável em comparação com os estudos apontados pela revisão bibliográfica.

Além destes dados, fazia parte de nossos objetivos identificar em que categoria estes fenômenos se fazem mais presentes e quais as principais razões que os ocasionam.

Ambos - *turnover* e absenteísmo - foram mais acentuados nas categorias técnico e auxiliar de enfermagem e as causas apontadas para o absenteísmo foram principalmente de caráter inevitável, uma vez que foram ocasionadas por férias e licenças em geral. As razões apontadas para o *turnover* foram bastante divergentes em relação à opinião dos enfermeiros chefes de unidade em comparação com as razões indicadas pelas entrevistas de desligamento.

Os resultados evidenciaram também que o grupo de enfermeiros que teve o menor índice de absenteísmo é também aquele que apresentou maior número de afastamentos para congresso valorizando por conseguinte sua própria educação continuada. Ressaltamos aqui, a importância do enfermeiro como agente responsável pelo treinamento e desenvolvimento de seu pessoal e recomendamos

que os mesmos promovam oportunidades similares também para os técnicos e auxiliares de enfermagem, pois neste estudo a falta desta participação ficou evidente.

Em relação às medidas utilizadas pelas chefias para diminuir esta problemática, constatamos que existe uma preocupação por parte destas em atender as necessidades individuais do pessoal em termos de oferecer liberdade na execução das suas escalas de folgas e de férias, bem como, em tentar oferecer cada vez mais, melhores condições de trabalho.

Esta diversidade de dados encontrados fazem com que levantemos novos questionamentos e estabeleçamos uma série de medidas que consideramos úteis na prevenção desses dois fenômenos, não no sentido de extinguí-los, mas de diminuir seus prejuízos para a instituição, para o setor e seus membros e, principalmente, para os pacientes.

Sugerimos que o cálculo do absenteísmo e do *turnover* seja instituído nos setores de forma sistemática, não apenas através de estudos isolados, mas que os enfermeiros saibam identificar estes índices e trabalhar com os mesmos, aplicando as medidas mais adequadas a cada período ou situação.

Acreditamos que a prevenção do absenteísmo e do *turnover* elevados começa na fase de seleção do pessoal, quando deveria ser feita uma descrição detalhada ao candidato das tarefas, do tempo aproximado a ser dispendido em cada uma delas, enumerando inclusive os aspectos desfavoráveis das mesmas como: trabalho de ritmo irregular, pacientes irritados, familiares ansiosos, uso de equipamentos ruidosos e perigosos, exposição a substâncias de odor forte, e outros.

[Preconizamos a existência de um sistema de avaliação de desempenho permanente e dinâmico que acompanhe o trabalhador desde o seu ingresso na instituição e que se proponha a mantê-lo informado também sobre seus pontos positivos e o oriente quanto à necessidade de treinamentos, aconselhamentos e até mesmo de readaptações.)

[Sugerimos que seja instituído um controle sobre as faltas não justificadas a fim de se identificar suas principais razões e se reconhecer, dentre o grupo de trabalhadores, aqueles elementos com predisposição ao absenteísmo.]

Através das informações colhidas, consideramos oportuno alertar para a importância de maior inter-relacionamento entre o Serviço de Enfermagem, o Setor de Psicologia Organizacional e o Serviço de Medicina do trabalho, uma vez que eles participam direta ou indiretamente no processo de afastamento ou desligamento do pessoal. A ficha funcional do empregado deveria constituir-se em um documento de registro e de informação permanente, à semelhança do prontuário do paciente que é de uso da equipe multiprofissional, visando a garantia de segurança e de qualidade do atendimento para o mesmo.

Nessa abordagem, todo funcionário teria um “prontuário” que o acompanharia em seu itinerário dentro da organização, buscando oferecer-lhe maiores oportunidades (qualidade), decisões justas e adequadas (avaliação), e alternativas de solução para aqueles problemas pessoais até então ignorados (valorização dos recursos humanos).

Recomendamos ainda que novas pesquisas sejam empreendidas no sentido de aprofundar e complementar esta, investigando índices de absenteísmo evitável, analisando o *turnover* em período de 10 anos, identificando se estes dois fenômenos têm alguma relação com o tempo de serviço do funcionário, o

turno de trabalho e a faixa etária, e ainda, realizando acompanhamento das entrevistas de desligamento.

Nossas sugestões reforçam a opinião de ANSEMI (1993) sobre a importância de o enfermeiro assumir atividades gerenciais nas organizações de saúde, responder pelo trabalho das demais categorias, intermediando, assim, a produtividade institucional e, sob esta dimensão política, interferindo de alguma forma na determinação do nível de *turnover* e absenteísmo do seu pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ANSELMÍ, M. L. **A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto.** Tese. (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação Interunidades da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 1993. 284p.
- 2 ANSELMÍ, M. L., ANGERAMI, E. L., INFANTE, A. M. A rotatividade dos enfermeiros de um hospital-escola. **Educ. Med. Salud.**, v. 24, n. 4, p. 452-461, out./dez. 1990.
- 3 AQUINO, C. P. de Diretrizes de Recursos Humanos; algumas considerações. **R. paul. Hosp.**, São Paulo, v. 27, n. 10, p. 309-316, out. 1980.
- 4 ARNDT, C., HUCKABAY, L. **Administração em Enfermagem.** 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
- 5 ATÁLA, A. Cálculo de pessoal para os serviços paramédicos de um hospital geral de 300 leitos. **R. paul. Hosp.**, São Paulo, v. 26, n. 6, p.244-256, jun. 1978.
- 6 BAPTISTA, W. A. Frequência de absenteísmo de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. **R. paul. Hosp.**, São Paulo, v. 24, n. 11, p. 504-515, nov. 1976.
- 7 BARROS, S. M. P. F., ARAUJO, M.J.S. Prática administrativa de enfermagem na rede de serviços de saúde. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 36, n. 3-4, p. 225-259, jul./dez. 1983.
- 8 BERGAMINI, C.W. **Desenvolvimento de recursos humanos: uma estratégia de desenvolvimento organizacional.** São Paulo: Atlas, 1987.

- 9 BIRKENSTOCK, M. Recruitment and Retention: strategies for keeping good nurses. *AORN J.*, v. 53, n. 1, p. 110-118, Jan. 1991.
- 10 BLOUIN, A. S., BRENT, J. N. Nurse administrators in job transition: evolution of the issue. *J. Nurs. Adm.*, v. 22, n. 3, p. 19-20, Mar. 1992.
- 11 BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. **Enfermagem. contribuição para um cálculo de recursos humanos na área.** Rio de Janeiro: INAMPS, 1988.
- 12 BUREAU OF NATIONAL AFFAIRS. B.N.A. quaterly report on job absence and turnover. Bulletin to Management Personnel Policies Forum. Washington: BNA, Mar. 1979.
- 13 CAMPEDELLI, M.C. et al. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. *R. Esc. Enferm. USP.*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 3-15, abr. 1987.
- 14 CAVANAGH, Stephen. J. Predictors of nursing staff turnover. *J. Advanced Nurs.*, v. 15, n. 3, p. 373-380, Mar. 1990.
- 15 CHIAVENATO, Idalberto. Recursos humanos. São Paulo: Atlas, 1990.
- 16 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Força de trabalho em enfermagem: o exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil, 1982-1983.** Rio de Janeiro: COFEn/ABEn, 1985.
- 17 COSTENARO, O. M. V. et al. Rotatividade de pessoal: causas, conseqüências e propostas. *R. Paul. Enferm.*, São Paulo; v. 7, n. 1, p. 40-43, jul./dez. 1987.
- 18 CULP, L. S. Absenteeism: how much is too much? *Pediatric Nurs.* v. 18, n. 1, p. 83-89. Jan./Feb. 1992.

- 19 CUNHA, K. de C. Fatores geradores de satisfação e insatisfação na prática de enfermagem: identificação e análise feita por enfermeiros de um hospital de ensino. São Paulo: 1987. mimeog.
- 20 FERNANDES, E. C. , BOOG. G. G. Gerência de recursos humanos: obstáculos e oportunidades dos anos 80. **R. Adm.** v. 18, n. 4, out./dez. 1983.
- 21 FERNANDES, J. D. A enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã. **R. bras. Enferm.** v. 38, n. 1, p. 43-48. jan./mar. 1985.
- 22 GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT et al. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1991. cap.7, p. 91-96.
- 23 GAIDZINSKI, R. R. O dimensionamento de pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam essa prática. São Paulo: 1994. mimeog.
- 24 GALLO, Edmundo et al. **Planejamento Criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Dumará, 1992.
- 25 GILLIES, D. A. **Nursing management: a systems approach**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1982.
- 26 GOLDIM, J. R. Instrumento de coleta de dados. **R. HCPA**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 120-124, agosto/1990.
- 27 GOMES, D. L. S. Avaliação em saúde. **Enferm. Novas Dimensões**, São Paulo, v. 5, p. 149-152, mai./jun. 1979.
- 28 GONÇALVES, E. L. **Administração de recursos humanos nas Instituições de Saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987.

- 29 HALL, T. L., JEJIA, A. **Planificación del personal de salud: principios, métodos, problemas.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1979.
- 30 HARRIS, H.O. A practical approach to an absenteeism problem. **Hosp. Topics**, v. 59, n. 2, p. 15-17, 1981.
- 31 HERSEY, P., BLANCHARD, K. H. **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional.** São Paulo: EPU, 1986.
- 32 HERR, Lidvina. Modelo de organização do serviço de enfermagem. **R. gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 36-41, jun. 1992.
- 33 HOUSE, E. **Evolution: with validity.** Beverly Hills: Sage, 1980.
- 34 JELINEK, R. C. et al. Tell the computer how sick the patients are and it will tell how many nurses they need. **Mod. Hosp.**, v. 121, n. 6, p. 81-85, 1973.
- 35 KAST, F. E., ROSENZWEIG, J. E. **Organização e administração: um enfoque sistêmico.** São Paulo: Pioneira, 1976.
- 36 KERPER, R. Toward a solution to absenteeism. **Occupational Health Nurs.** n.4 p. 7-8, Dec. 1971.
- 37 KNIPPENBERG, R.A. **Methodology for monitoring and evaluation of coverage with primary health care interventions.** Doctoral Dissertation. The Johns Hopkins University, 1986.
- 38 KORTEN, D. Community organization and rural development: a learning process approach. **Public Administration Review.** Sept/Oct. 1980.
- 39 KURCGANT, Paulina. Auditoria de Enfermagem. **R. bras. Enferm.**, Brasília, v. 29, n. 5, p. 106-124. 1976.

- 40Estudo sobre a avaliação de desempenho de enfermeiros nos hospitais gerais do Município de São Paulo. São Paulo, 1984.mimeog.
- 41 KURCGANT, P., CUNHA, K. de C., GAIDZINSKI, R. R. Subsídios para a estimativa de pessoal em enfermagem. **Enfoque**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 79-81, set. 1989.
- 42 KURCGANT, P. et al. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- 43 LEITE, M. M. J. Estudo sobre programas de preparo da equipe de enfermagem: fases implementadas nos hospitais campo de prática da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: 1988. mimeog.
- 44 MALLMANN, E. et al. Prontuário do paciente. Componentes do prontuário do paciente e sua utilização pela equipe multidisciplinar. **R. gaúcha Hosp.** Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 83-95, jun. 1982.
- 45 MARRINER. A. **Guide to nursing management**. London: Mosby Company, 1980.
- 46 MASSAROLLO, M. C. K. B. Estrutura organizacional e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p.23-39.
- 47 MEDICI, A. C. et al. El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodologicos. **Educ. Med. y Salud**, v. 25, n. 1, p. 1-14, 1991.
- 48 McDONALD, J. M. , SHAVER, A. V. An absenteeism control program. **J. Nurs. Adm.** v. 11, n. 5, p. 13-18, 1981.
- 49 MENEZES, H. M. A política organizacional dos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **R. bras. Enferm.**, Brasília, v. 28, n. 1, jan./mar. 1985.

- 50 MEZOMO, J. C. **Administração dos recursos humanos no hospital**. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1981.
- 51**Qualidade hospitalar: reinventando a administração do hospital**. São Paulo: CEDAS, 1992.
- 52 MINEIRO, J. M. Considerações teóricas e metodológicas sobre rotatividade no trabalho. *Ci. Cult.*, v. 36, n. 4, p. 610-614, abr. 1984.
- 53 MUCCILLO, S. F. C. Absenteísmo. *R. Executivo*, Porto Alegre, v. 6, n. 24, p. 19-20, maio/ago. 1980.
- 54 PHANEUF, M. C. **The nursing audit: profile for excellence**. New York: Appleton - Century - Crafts, 1972.
- 55 PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 2a. ed., São Paulo. Hucitec, 1991.
- 56 RAGSDALE, D., BURNS, E., HOUSTON, S. Absentee patterns among OR staff. *AORN J.* v. 53, n. 5, p. 1215-1221, May 1991.
- 57 RAMEY, I. G. Eleven steps to proper staffing hospitals. *J.A.H.A.*, v. 47, n. 16, p. 98-104, Mar. 1973.
- 58 ROTERMUND, M. L. Percepção de qualidade do serviço - um estudo exploratório sobre a percepção da qualidade de serviço hospitalar. Dissertação (Mestrado em Administração) Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1993.
- 59 RIBEIRO, C. de M. Auditoria do serviço de enfermagem. *R. bras. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 91-103, jul./set. 1972.

- 60Avaliação do desempenho na assistência ao paciente. In: 2. Seminário Nacional de Centro de Ciências da Saúde, 1979. Porto Alegre. Anais... Porto Alegre, 1979. p.73-86.
- 61 SALA, Arnaldo. A avaliação de programas em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Coord) **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. cap.3, p.117- 138.
- 62 SALOMÃO, J. Absenteísmo: caracterização de suas causas e de seus efeitos. **R. bras. Contab.** v.10, n. 33, p. 24-27, abr./jun. 1980.
- 63 SÃO PAULO. Prefeitura do Município. Secretaria de Higiene e Saúde. **Cálculo de pessoal**. São Paulo: abr. 1982.
- 64 SCHRAIBER, Arnaldo et al. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- 65 SILVA, M. P. da. Absenteísmo: grande problema das chefias de enfermagem. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 85-98, jan. 1983.
- 66 SMITH, H. L., ELBERT, N. F. Evaluation: an integrated approach to performance evaluation in the health care field. In: STONE et al. **Management for nurses: a disciplinary approach**. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1984.
- 67 STONE, S., et al. **Management for nurses : a multidisciplinary approach**. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1984.
- 68 SYLVER, Lynn. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO. E. et al . **Planejamento Criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1992. p. 195-210.

- 69 **TRIPODI, T., FELLIN, P., EPSTEIN, I. Avaliação de programas sociais.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1984.
- 70 **TRIVINOS, A.N.S. Introdução a pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.
- 71 **TEIXEIRA, G. M. , MESSEDER, J. E. C. Administração de recursos humanos para a década de 90.** Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas, 1989.(Cadernos EBAP.)
- 72 **VIEIRA, D. F. V. B. Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em hospital de ensino.** Dissertação (Mestrado em Administração) Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1993.
- 73 **VIEIRA, T. T., ROMAN, A. V., LUCKESI, M. A. V. A competência continuada e a assistência de enfermagem.** 32. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1980. Brasília. Anais...Brasília, 1980. p. 47- 56.

A N E X O S

(INSTRUMENTOS)

ANEXO A**INSTRUMENTO Nº 1 - Preenchido pelo GRH**

Dados Institucionais (preencher uma só vez)

NOME DA INSTITUIÇÃO:

LOCALIZAÇÃO:

NÚMERO DE SERVIDORES -

HOUVE VERIFICAÇÃO DA TAXA DE *TURNOVER* EM 1993? SIM () NÃO ()

ESPECIFICAR O VALOR OBTIDO: GERAL:

ENFERMAGEM:

OUTROS:

ESPECIFICAR A FÓRMULA UTILIZADA PARA MEDIR O *TURNOVER*:

REALIZA ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO? SIM () NÃO ()

HOUVE VERIFICAÇÃO DA TAXA DE ABSENTEÍSMO EM 1994?

ESPECIFICAR VALOR OBTIDO: GERAL:

ENFERMAGEM:

OUTROS:

ESPECIFICAR A FÓRMULA UTILIZADA PARA MEDIR O ABSENTEÍSMO:

REALIZA ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO: SIM () NÃO ()

ANEXO A1

Respostas do Instrumento N° 1 - Respondido pelo chefe do GRH

Data : 10.03.95

NOME DA INSTITUIÇÃO: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

LOCALIZAÇÃO: Rua Ramiro Barcelos, 2350 - Porto Alegre

NÚMERO DE SERVIDORES: 3.763

NÚMERO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM: 1.655

HOUVE VERIFICAÇÃO DA TAXA DE *TURNOVER* EM 1993? SIM (X) NÃO ()

ESPECIFICAR VALOR OBTIDO: GERAL - 0,95% (mês de dezembro)

ENFERMAGEM: - 1.07% (dez.)

OUTROS: -x-

ESPECIFICAR A FÓRMULA UTILIZADA PARA CALCULAR O *TURNOVER*:

$$\frac{\text{Adm.} + \text{Dem.}}{\text{quadro de pessoal}} \times 100$$

HOUVE VERIFICAÇÃO DA TAXA DE ABSENTEÍSMO EM 1994? SIM (X) NÃO ()

ESPECIFICAR VALOR OBTIDO: GERAL: 28.572h/falta no ano

ENFERMAGEM: 11.478h/falta no ano

OUTROS: -x-

ESPECIFICAR A FÓRMULA UTILIZADA PARA MEDIR O ABSENTEÍSMO:

$$\frac{\text{Num. homens /dias perdidos por ausência ao trabalho}}{\text{Efetivo Médio}} \times \text{Num. de dias de trabalho} \times 100$$

REALIZA ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO ? SIM (X) NÃO ()

ANEXO B

INSTRUMENTO Nº 2 - ABSENTEÍSMO (Testagem piloto)

DADOS ESPECÍFICOS DA AMOSTRA

SETOR: Nº. de LEITOS: Nº. de FUNCIONÁRIOS :

DADOS RELATIVOS AO ANO DE 1994

CP	cat.	tur- no	sexo	ida- de	est. civ.	tem. set.	data d	dat. desl.	NF Mj	NF Mnj	Fé- rias	LM 2-15	LM> 15	LG	Lic. gal.	Lic. Nojo	Lic Esp.	AT+ 2d	obs.

FMj - Nº. de faltas médicas justificadas AT + 2d - acidente de trabalho c/ período acima de

NFMnj - Nº. de faltas médicas não justificadas dias

LM 2-15 - Licença Médica > de 2 dias até 15 dias

LG - Licença Gestante **Lic. Gal.** - Licença Gala **Lic. Noj** - Licença Nojo

ANEXO B1

INSTRUMENTO Nº. 2 (Definitivo)

ABSENTEÍSMO

SETOR:

CATEGORIA FUNCIONAL:

AUSÊNCIAS - Dados de 1994

FR	FL	LS	LE	LC

FR = Férias

FL = Folga Legal (licença gestação, licença nojo, licença gala, licença paternidade)

LS = Licença Saúde

LE = Licença Especial

LC = Licença Congresso

ANEXO C**INSTRUMENTO Nº. 3**TURNOVER

Consulta às fichas de desligamento relativas ao ano de 1993.

SETOR:CATEGORIA FUNCIONAL:DESLIGAMENTO:

() Demitido

() Pediu Demissão

MOTIVO:

ANEXO C1

RESULTADO DA CONSULTA ÀS FICHAS DE DESLIGAMENTO

Dados relativos ao ano de 1993

Cargo	Último Local	Foi Demitido	Pediu Demissão	Motivo
Enfermeiro(a)	Unidade inter.	Não	Sim	Dois empregos, optou pelo mais antigo
Auxiliar	Bloco	Não	Sim	Concurso na Prefeitura
Auxiliar	Bloco	Não	Sim	Mudança de cidade
Auxiliar	CTICC	Não	Sim	Queria estudar e não conseguiu remanejo p/ noite
Auxiliar	Bloco	Não	Sim	Cansada de trabalhar. Sem necessid. financeira.
Auxiliar	Unid. internação	Sim	Não	Problemas de saúde. Fez acordo.
Auxiliar	CTICC	Sim	Não	Prov. faltas e atrasos. Negócios com o marido
Auxiliar	CTICC	Sim	Não	Muitas faltas devido a doença da filha
Auxiliar	CTICC	Sim	Não	Acordo

RESULTADO DA CONSULTA ÀS FICHAS DE DESLIGAMENTO

...continuação

Dados relativos ao ano de 1993

Cargo	Último Local	Foi Demitido	Pediu Demissão	Motivo
Auxiliar	CTICC	Sim	Não	Acordo. Mudança de cidade.
Auxiliar	Bloco	Sim	Não	Deixou de corresponder às expect. do cargo.
Atendente	Bloco	Sim	Não	Problema familiar. Pouca tolerância, brigava.
Auxiliar	Bloco	Sim	Não	Deixou de correspond. às expectativas do cargo.
Auxiliar	Bloco	Sim	Não	Mau relacionament. c/ chefia. Provocou demissão com faltas e atrasos.
Auxiliar	CTICC	Sim	Não	Insatisf. com critério de promoção. Provocou demissão. com faltas e atrasos.
Auxiliar	CTICC	Sim	Não	Dificuld. de relacionamento com o grupo. Não aceita regras.
Auxiliar	CTICC	Sim	Não	Mau relacionamento c/ chefia

ANEXO D

INSTRUMENTO Nº 4

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS CHEFIAS DE UNIDADE

SETOR:

1. Quais são as principais razões que os funcionários sob sua supervisão alegam para faltar ao serviço?
2. Quais são as consequências destas faltas para o setor?
3. Que medidas são tomadas no seu setor para evitar essas ausências?
4. Que razões você atribui para os funcionários deixarem seus empregos?
5. Que medidas são tomadas no seu setor para reter o pessoal?

ANEXO D1**RESULTADO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM AS CHEFIAS DE UNIDADE****ENFERMEIRA A**

Tempo que exerce o cargo: um ano e três meses

Principais razões que os funcionários sob sua supervisão alegam para faltar:

1. Doença pessoal
2. Doença familiar

Conseqüências destas faltas para o setor:

1. Sobrecarga de trabalho
2. Aumento do número de horas extras

Medidas tomadas no seu setor para evitar as ausências:

1. Previsão da falta para substituição
2. Conversas individuais
3. Medidas punitivas (advertências e suspensões)

Razões para as pessoas deixarem seus empregos :

1. Busca de um salário melhor
2. Insatisfação com o trabalho
3. Sobrecarga de trabalho
4. Busca de melhores condições de trabalho
5. Outras (mudança de cidade, aposentadoria, stress)

Medidas tomadas no seu setor para reter o pessoal:

1. Reuniões de trabalho para diminuir o nível de ansiedade do pessoal.
2. Melhoria nas condições de trabalho (materiais)
3. Revisão e atualização de rotinas e tarefas
4. Abertura para o pessoal dar sugestões e usar criatividade
5. Melhoria do salário

ENFERMEIRA B

Tempo que exerce o cargo: 2 anos

Principais razões que os funcionários sob sua supervisão alegam para faltar:

1. Doença pessoal
2. Doença familiar
3. Faltas legais (LG, LN, LP, doação de sangue)
4. Não tem com quem deixar filhos

Conseqüências dessas faltas para o setor:

1. Sobrecarga de trabalho
2. Deficiência no atendimento
3. Remanejamentos internos excessivos
4. Cancelamento de cirurgias

Medidas tomadas no seu setor para evitar as ausências:

Em relação a faltas não justificadas:

1. Advertência verbal, por escrito e suspensão, de acordo com a incidência
2. Medida punitiva específica do setor: proibição de fazer horas extras no próprio setor por período de 60 dias
3. Advertência verbal ao funcionário que não avisa com antecedência quando não pode vir

Razões para as pessoas deixarem seus empregos:

1. Busca de melhores condições de trabalho
2. Busca de um salário melhor

Medidas tomadas no seu setor para reter o pessoal:

1. Melhoria das condições de trabalho
2. Maior abertura e facilidade na execução das escalas de folgas, férias, etc.

ENFERMEIRA C

Tempo que exerce o cargo: 3 anos e meio

Principais razões que os funcionários sob sua supervisão alegam para faltar:

1. Doença pessoal
2. Filho doente
3. Faltas sem justificativas
4. Familiar doente

Conseqüência destas faltas para o setor:

1. Sobrecarga de trabalho com conseqüente prejuízo físico e emocional do trabalhador.
2. Desorganização da unidade.
3. Prejuízo da assistência
4. Aumento de horas extras com conseqüente aumento do custo.

Medidas tomadas para evitar as ausências:

1. Em relação a faltas não justificadas:
2. Conversa com funcionário
3. Advertência escrita, suspensão e posterior demissão

Razões para as pessoas deixarem seus empregos:

1. Busca de um salário melhor
2. Enfermeiros buscam trabalho em outras áreas
3. Mudança de cidade

Medidas tomadas no seu setor para reter o pessoal:

1. Conversar com as pessoas buscando ajudá-las em seus problemas pessoais.
2. Encaminhá-las para auxílio psicológico se for o caso
3. Oferecer oportunidade de crescimento técnico científico
4. Possibilidade de participar de eventos relacionados com a área
5. Flexibilidade na execução de escalas de folgas e férias, buscando atender as preferências
6. Estimular o trabalho em equipe, reuniões de equipe de 15 em 15 dias
7. Participar nos rounds à beira do leito
8. Redução do número de pacientes por funcionário, o que possibilita maior envolvimento do funcionário com o paciente
9. Trabalho especializado

ENFERMEIRA D

Tempo que exerce o cargo: 7 anos

Principais razões que os funcionários sob sua supervisão alegam para faltar:

1. Doença pessoal
2. Doença de filhos
3. Dificuldade em acordar (turno da manhã)
4. Greve de ônibus

Conseqüências destas faltas para o setor:

1. Sobrecarga de trabalho, gerando novas faltas por doença
2. Prejuízo na qualidade da assistência

Medidas tomadas no seu setor para evitar as ausências:

1. Liberação de horas extras
2. Acredita que uma solução seria o redimensionamento de pessoal respeitando o princípio da equidade
3. Acredita que o estilo de liderança empregado pela chefia pode amenizar o desgaste do trabalho
4. Ressalta a importância do bom relacionamento no ambiente de trabalho

Razões para as pessoas deixarem seus empregos:

1. Sobrecarga de trabalho
2. Pacientes "pesados"
3. Trabalho repetitivo

Medidas tomadas no seu setor para reter o pessoal:

1. Remanejamentos internos na própria instituição para adequar as pessoas aos melhores locais
2. Flexibilidade de horários e na execução das escalas de folgas e férias, tentando atender as necessidades dos funcionários
3. Atividades socializadoras e integradoras fora do ambiente de trabalho



GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, em reunião conjunta, realizada em 06.04.95, analisaram o projeto:

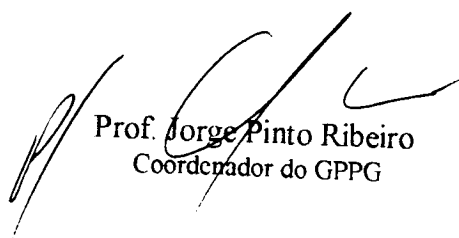
Número: 95/007

Título: Avaliando o turnover e o absenteísmo em serviços de enfermagem hospitalar.

Autores: Enaura Helena Brandão Chaves.

Este projeto foi aprovado, estando adequado metodológica e eticamente, de acordo com as normas de Pesquisa em Saúde (Portaria 01/88 do Congresso Nacional de Saúde).

Porto Alegre, 06 de abril de 1995.


Prof. Jorge Pinto Ribeiro
Coordenador do GPPG

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - CGCMF nº 87020517/0001-20 - Cx. Postal 1247
Telefone (0512) 31.6699 - Telex (051) 5202 APCH-BR - 90210-Porto Alegre - RS

ANEXO F

Consentimento Pós-Informação

O presente projeto de pesquisa tem por objetivo avaliar o absenteísmo e o turnover na área de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A natureza da pesquisa é, essencialmente, acadêmica. Os resultados serão utilizados para a elaboração de Dissertação de Mestrado a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para a coleta dos dados serão utilizadas informações fornecidas pelas enfermeiras chefes de unidade e acesso as entrevistas de desligamento realizadas pelo Serviço de Psicologia Organizacional.

As informações obtidas serão tratadas com extremo sigilo, preservando-se o anonimato dos respondentes, uma vez que suas respostas serão utilizadas globalmente de forma estatística. Não haverá divulgação personalizada das informações. Os resultados serão divulgados ao término da mesma.

Pelo presente consentimento Pós-Informação, declaro que fui informado de forma clara e detalhada sobre o presente projeto de pesquisa que é realizado pela Enfa. Enaura H.B. Chaves, docente da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca da pesquisa e da liberdade de não participar do estudo se eu assim o decidir.

Porto Alegre, 20 de Março de 1995.

Responsável pelas informações

Pesquisadora