

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MARIA BERNADETE JUNKES**

**ÔNUS DO ABSENTEÍSMO DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM QUE ATUAM EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA  
REGIÃO CENTRO SUL DO ESTADO DE RONDÔNIA - BRASIL**

**Tese apresentada como requisito parcial para  
obtenção do Título de Doutor em Ciências da  
Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade de  
Brasília.**

**Orientador: Prof. PhD. Valdir Filgueiras  
Pessoa**

**BRASÍLIA - DF  
2010**

JUNKES, Maria Bernadete

Ônus do absenteísmo de médicos e profissionais de enfermagem que atuam em hospitais públicos da região centro sul do Estado de Rondônia – Brasil. Maria Bernadete Junkes – Brasília: Fundação Universidade Federal de Brasília – Faculdade de Ciências da Saúde, 2010, 127f.

Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, FS/UnB, 2010.

1. Absenteísmo 2. Hospitais Públicos 3. Custos 4. Médicos 5. Enfermeiros

**MARIA BERNADETE JUNKES**

**ÔNUS DO ABSENTEÍSMO DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM QUE ATUAM EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA  
REGIÃO CENTRO SUL DO ESTADO DE RONDÔNIA – BRASIL**

**Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do  
Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de  
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de  
Brasília.**

**Aprovado em 17 de Março de 2010**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. PhD. Valdir Filgueiras Pessoa - Presidente  
Inst. de Ciências Biológicas - UnB

---

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro - Membro  
Fac. de Ciências da Saúde – UnB

---

Prof. Dr. Carlos Alberto B. Tomaz - Membro  
Inst. de Ciências Biológicas - UnB

---

Profa. Dra. Solange Baraldi - Membro  
Fac. de Ciências da Saúde – UnB

---

Prof. Dr. Luis Antonio Baptista – Membro  
Consultor AD HOC – INEP/MEC

*Dedico ao meu pai Darcício (in  
memoriun) que deixou o incentivo, ao  
conhecimento como maior herança.*

*A minha mãe Dilma pelo apoio.  
As filhas Cyntia Mayra e Gabrielly  
Tafsa pela compreensão e paciência  
nas horas ausentes.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos profissionais que atuam no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Saúde da UnB, pela oportunidade.

Aos colegas do curso de doutorado em especial Genaldo Martins de Almeida, Aécio Alves Pereira e Helena Meika pelo apoio, amizade e companheirismo no decorrer do curso.

Aos Professores que se deslocaram da Universidade Federal de Brasília, em especial Dra Wilma Araújo, Dr. Pedro Sadi Monteiro e Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz, um especial obrigado pelo apoio, disponibilidade e amizade.

Ao Professor PhD. Valdir Filgueiras Pessoa, muito obrigado pela confiança, amizade, empenho, competência, compreensão, dedicação, carinho e incentivo durante todo o período com sua excelente orientação.

Ao Professor Dr. Luis Antonio Baptista, muito obrigado por ter aceitado tão gentilmente o convite para fazer parte da banca examinadora como membro externo do programa.

Aos Secretários de Saúde dos Municípios de Cacoal Sr. Luiz Carlos Azambuja e de Vilhena Sr. Vivaldo Carneiro, ao Assessor Executivo/SEMUSA do Município de Ji Paraná Sr. Salvandir de Macedo Uchoa e demais profissionais dessas instituições públicas, que direta e indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho, muito obrigado pelo apoio.

A todos os amigos e colegas de trabalho, que durante esses quatro anos, estiveram dando apoio e incentivo, para que o desânimo não prevalecesse em momento algum, muito obrigado.

Muitas vezes as pessoas são  
egocêntricas, ilógicas e insensatas.

Perdoe-as assim mesmo.

Se você é gentil, as pessoas  
podem acusá-las de egoísta, interesseira.

Seja gentil assim mesmo.

Se você é uma vencedora, terá  
alguns falsos amigos e alguns  
inimigos verdadeiros.

Vença assim mesmo.

Se você é honesta e franca,  
As pessoas podem enganá-la.  
Seja honesta e franca assim mesmo.

O que você levou anos para construir,  
Alguém pode destruir de uma hora para outra.

Construa assim mesmo.

Se você tem paz e é feliz,  
As pessoas podem sentir inveja.

Seja feliz assim mesmo.

Dê ao mundo o melhor de você, mas isso

Pode nunca ser o bastante.

Dê o melhor de você assim mesmo.

Veja você que, no final das contas,  
é entre você e Deus.  
Nunca foi entre você e as outras pessoas.

**Um Poema de Madre Tereza de Calcutá  
(Simone Arrojo)**

## RESUMO

**JUNKES, M. B – Ônus do absenteísmo de médicos e profissionais de enfermagem que atuam em hospitais públicos da região Centro Sul do Estado de Rondônia – Brasil. 2010. 127f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências da Saúde – UnB. Brasília-DF. 2010.**

O estudo buscou investigar o gasto adicional na folha de pagamento, causado pelo absenteísmo justificado por atestados médicos, de profissionais de enfermagem e médicos, em quatro hospitais públicos da região Centro Sul do Estado de Rondônia. Foram verificadas ausências não programadas de até 15 dias, de um total de 600 servidores, nas unidades hospitalares no período de 2004 a 2007, registradas no banco de dados do setor de recursos humanos das instituições. Constatou-se 6.618 ausências não programadas, das quais 5.764 foram justificadas por atestados médicos. O índice total de ausências desses 600 servidores foi de 1,02%, quando comparados ao total de 652.800 dias em que deveriam trabalhar (1.088\*600), enquanto que o índice do absenteísmo justificado por atestados médicos dos profissionais de enfermagem e médicos foi 0,89%. Nesse sentido, o absenteísmo por motivo de doença foi responsável por 87% das ausências não programadas. Quando analisado por categoria funcional, o absenteísmo dos profissionais de enfermagem atingiu o índice de 88% e dos médicos 12%. Quanto ao gasto adicional na folha de pagamento das ausências justificadas por atestados médicos, foi feita uma simulação com base nos vencimentos pagos a esses profissionais no ano de 2007. Os médicos do H1 e H2 atingiram o patamar de R\$179.550,00 de gasto adicional. Este valor foi pago na forma de horas extras e/ou plantões para suprir as ausências dos colegas, o que equivaleu a 7,4% de todos os salários pagos aos médicos no período de 4 anos. Quando convertido esse gasto em salário base, significa que poderiam ter sido economizados 198 salários. Em relação ao salário bruto total que o médico recebe, poderia ter havido uma redução de 34 salários. No H3, a categoria auxiliar de enfermagem teve o maior índice de custo adicional (2,6%) de todos os salários base pagos no período, ou seja, R\$ 44.321,00, representando 95 salários. Também no H4, os auxiliares de enfermagem

foram os que mais se ausentaram com atestados médicos. Isso representou 6,7% dos salários base pagos no período, que somou o valor de R\$ 142.485,00, representando 272 salários que poderiam ser economizados. Os índices de absenteísmo justificados por atestados médicos encontrados foram altos (87%), quando comparados a outras regiões do país, tais como Manaus (57,05%), São José do Rio Preto (75,4%) e Porto Alegre (79,2%). Enquanto o índice do absenteísmo por atestados médicos encontrado foi de 0,89% quando apontado em dias não trabalhados, o índice de gasto adicional simulado na folha de pagamento teve uma variação muito maior, ou seja, para os médicos atingiu um patamar 8,5 vezes a mais (7,4% no H1 e H2). Espera-se que o presente estudo contribua para que os gestores públicos revertam esses gastos em estratégias que motivem seus profissionais como planos de carreira, premiações por assiduidade e outras, diminuindo assim esse tipo de absenteísmo.

Palavras-Chave: absenteísmo; hospitais públicos; enfermeiros; médicos.

## ABSTRACT

JUNKES, M. B – **The burden of absenteeism on physicians and nurses working in public hospitals in the South-Center of Rondônia State – Brazil.** 127f. Doctoral thesis. Health Sciences Faculty – UnB. Brasilia-DF. 2010.

The present study aimed at the additional payroll cost due to doctor-excused absenteeism of physicians and nurses at four public hospitals in the South-center of Rondônia State. From 2004 to 2007, the unscheduled absences (up to 15 days long) of 600 hundred professionals were registered as reported in the human resources data base of each institution. Of all the 6,618 unscheduled absences, 5,764 were warranted by a doctor's note. The total absence of the sample reached 1,02% of the 652,800 working days (1,088 days x 600 professionals). On the other hand, the doctor-excused absenteeism accounted for 0,89% of working days. Therefore, illness-related absences accounted for 87% of unscheduled absences. When data is analyzed according to professional categories, nurses have shown an 88% absenteeism index whereas doctors have shown 12%. Regarding the additional cost due to these absences, a simulation on the salaries earned throughout 2007 was undertaken. Physicians at H1 and H2 increased payroll by R\$179,550.00. This figure is generally paid in overtime hours to other health care professionals to compensate colleagues' absences and it represented 7,4% of all salaries paid in four years. In terms of base salary, it means that 198 salaries could have been saved. In the case of physician's gross total salary, 34 salaries could have been saved. In H3, the nursing assistant class had the higher cost (2,6%) of all base salaries paid in the observed period. It amounted to R\$ 44,321.00 or in other words, 95 salaries. In H4 nursing assistants were also the most absent with doctor's note. It accounted for 6,7% of the base salaries or R\$ 142,485.00, or even 272 salaries. The levels of doctor-excused absenteeism were high when compared to other regions in the country: Manaus (57.05%), São José do Rio Preto (75,4%)

and Porto Alegre (79.2%). While the percentage of absenteeism with doctor's note was found at 0,89% of working days, the figures for additional costs simulated has shown more variation. For physicians, it reached 8,5 times higher (7,4% in H1 and H2). We hope that the present study may be instrumental for public managers to reduce the aforementioned costs in strategies that stimulate professionals such as, career planing, awards for assiduity, and finally to reduce absenteeism.

Keywords: absenteeism; public hospitals; nurses; physicians.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Custos Anuais Da Não Ação Na Área De Saúde Do Trabalhador.....	44
Quadro 02 – Impacto Financeiro .....	45
Quadro 03 – Fórmula de Cálculo do Índice de Absenteísmo.....	72
Quadro 04 – Financiamento das Ações e Serviços de Saúde dos Municípios .....	74
Quadro 05 - Características Básicas dos Hospitais .....	75
Quadro 06 - Quantidade de Funcionários nos Hospitais por Contrato 2004 e 2007 .....	76
Quadro 07 - Quantidade de Médicos e Profissionais de Enfermagem nos Hospitais em 2007 .....	77
Quadro 08 - Remuneração por Contrato - Categoria Funcional.....	78
Quadro 09 – Ausências em Dias dos Profissionais Médicos e Profissionais de Enfermagem nos Hospitais 2004-2007 .....	79
Quadro 10 - Ausências com Atestado Médico no Período de 2004-2007 .....	80
Quadro 11 - Atestados Médicos em Número de Dias no Período de 2004-2007.....	81
Quadro 12 - Índice do Absenteísmo por Funções no Período 2004-2007.....	83
Quadro 13 - Índice do Absenteísmo por Hospitais no Período 2004-2007.....	83
Quadro 14 - Apuração do Gasto em Reais das Ausências por Contrato e Funções no Período de 2004-2007.....	84
Quadro 15 - Valor Adicional em R\$ para Suprir as Ausências de Atestado Médico por Contrato e Funções no Período de 2004-2007.....	86
Quadro 16 – Comparativo em Relação aos Salários Pagos no Período de 2007.....	88

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 01 – Ausências com Atestados Médicos de 2004 a 2007 .....	80
Figura 02 – Atestados Médicos em Porcentagem nos Hospitais.....	81
Figura 03 - Simulação dos Gastos para Suprir as Ausências de Atestados Médicos no Período de 2004 a 2007.....	87

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**LISTA DE QUADROS**

**LISTA DE FIGURAS**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1 ASPECTOS DO ABSENTEÍSMO .....	18
2.1.2 Absenteísmo na Área da Saúde .....	18
2.1.3 Tipos de Ausências do Profissional de Saúde.....	22
2.1.4 Doenças e Acidentes Ocupacionais .....	24
2.1.5 Aspectos Legais dos Acidentes Ocupacionais .....	28
2.1.6 Saúde e Segurança do Profissional de Saúde .....	29
2.1.7 Adoecimento e Morte no Trabalho .....	31
2.2 ÔNUS DO ABSENTEÍSMO .....	33
2.2.1 Aspectos Econômicos Gerais .....	34
2.2.2 Ônus do Absenteísmo em Alguns Países .....	35
2.2.3 Ônus do Absenteísmo no Brasil.....	40
2.2.4 Impacto Financeiro da Saúde para o Governo .....	43
2.3 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR.....	46
2.3.1 Situação dos Hospitais Públicos e Privados no Brasil.....	47
2.3.2 Condições de Trabalho em Hospitais .....	48
2.3.3 Produtividade nos Hospitais .....	50
2.4 POLÍTICAS DO SUS E A SAÚDE DO TRABALHADOR .....	52
2.5 GESTÃO DE CUSTOS.....	53
2.5.1 Classificação de Custos .....	55
2.5.2 Sistemas de Custos Hospitalares .....	56
2.5.3 Orçamento na Área da Saúde.....	57

<b>3 RELEVÂNCIA DO ESTUDO</b> .....	59
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	62
4.1 GERAL.....	62
4.2 ESPECÍFICOS .....	62
<b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	63
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	63
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO .....	63
5.2.1 Aspectos Gerais da Cidade de Cacoal .....	64
5.2.2 Aspectos Gerais da Cidade de Ji Paraná.....	65
5.2.3.Aspectos Gerais da Cidade de Vilhena .....	66
5.2.4 Hospitais Públicos e Privados do Local de Estudo .....	67
5.3 POPULAÇÃO .....	68
5.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO .....	69
5.5 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	69
5.5.1 Coleta de Dados .....	70
5.5.2 Fonte de Coleta de Dados.....	71
5.5.3 Análise dos Dados .....	72
5.5.4 Questões Éticas .....	73
<b>6 RESULTADOS</b> .....	74
6.1 DESCRIÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	74
6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS .....	75
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	89
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	93
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	96
<b>ANEXOS</b> .....	107
ANEXO A – Formulário de Coleta de Dados .....	107

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	109
ANEXO C - Consentimento de Participação .....	111
ANEXO D - Certificado de Aprovação do CEP – FACIMED .....	112
ANEXO E - Artigo Aprovado para publicação pela RLAE. vol. 18 n.3.....	113

## 1 INTRODUÇÃO

O ônus financeiro gerado pelo absenteísmo alcança altos índices nas instituições públicas e privadas, obrigando os administradores a gastar somas adicionais com a folha de pagamento, não constituindo problema tipicamente brasileiro (1).

É válido ressaltar que no Brasil, se forem observadas instituições de saúde, como os hospitais, por exemplo, verifica-se que somente 7% dessas instituições possuem um nível satisfatório de informatização que contribui para os diagnósticos de levantamentos sobre causas do absenteísmo (segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS). Esta deficiência impossibilita conhecer a real situação do absenteísmo, inviabilizando a criação de programas preventivos que atendam a real demanda da população. Outro fato relevante, neste contexto, é o absenteísmo por atestados médicos, ou absenteísmo doença, do qual em estudo publicado pela OPAS, que estima que mais de 70% das empresas apresentam condições ergonômicas desfavoráveis para as tarefas solicitadas, sugerindo que a correlação do índice por doenças relacionadas à atividade podem ser superior ao valor de 30% estimado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2).

Os profissionais de saúde, como os demais trabalhadores, estão expostos aos acidentes de trabalho, às doenças profissionais e às doenças no trabalho. Quando se relaciona às doenças ocupacionais, o comportamento das pessoas varia de uma para outra, e isso depende de como o organismo reage perante determinada patologia. É o caso de alguns profissionais que ficam afastados pela mesma doença, por períodos diferentes. Algumas vezes, a ausência independe da decisão do trabalhador, como ocorre nas doenças e acidentes graves (3).

O trabalho de médicos e profissionais de enfermagem em algumas localidades e/ou regiões implica, em situações de múltiplos empregos devido às condições salariais, com longas jornadas de trabalho, com turnos instáveis e desgastantes (matutino/noturno, ou vespertino/ noturno, domingos e feriados). Nos rodízios, estes profissionais atuam em várias funções, com intensidade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, posições incômodas na separação do trabalho intelectual e manual, no controle administrativo, desencadeando, por conta disso, acidentes e o surgimento de doenças (4).

Deficiências de infra-estrutura nos ambientes de trabalho são causas frequentes das lesões por esforços repetitivos. Plantões de 12 horas, às vezes dobrados, e duplo emprego são outros complicadores. Por isso, instituições ligadas às áreas de saúde ampliam o foco de suas atenções para o absenteísmo, tão recorrente quanto crucial, envolvendo os profissionais que atuam no setor, verificando condições ambientais e materiais e o regime de trabalho a que estão submetidos, por considerarem que são fatores que contribuem para o problema. A realidade é mais grave nos hospitais, onde trabalhadores que têm por missão tentar a cura das pessoas, vivem o paradoxo de serem tão ou mais sujeitos às enfermidades do que os pacientes que estão aos seus cuidados. (5).

Outra causa do absenteísmo é o número insuficiente de recursos humanos, o que resulta em sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores. O absenteísmo também está relacionado diretamente às condições de trabalho, refletindo na qualidade e produtividade do profissional, seja ele servidor público ou de instituições privadas (6).

O número de profissionais envolvidos em atividades ligadas à saúde, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2008 no Brasil, era de 1,3 milhões de profissionais de enfermagem, somados os enfermeiros, auxiliares e técnicos, respondendo por 60,2% de todos os profissionais envolvidos no trabalho relacionado à área de saúde no Brasil. Os enfermeiros inscritos no Conselho somam neste mesmo ano 350 mil. Estes dados permitiram ao país deter o quinto lugar no *ranking* de profissionais envolvidos no trabalho com a área de saúde internacionalmente (7).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Discute-se muito sobre o absenteísmo na área empresarial, devido às ausências dos funcionários afetarem diretamente a produtividade das empresas. Sabe-se que são vários os tipos de ausências que fazem com que os profissionais deixem de exercer suas atividades normalmente. Nesta parte do trabalho, além das conceituações, tipos de afastamentos e políticas institucionais, destacam-se alguns estudos realizados por pesquisadores que consideram o absenteísmo um problema, situado além das fronteiras empresariais.

### 2.1 ASPECTOS DO ABSENTEÍSMO

Várias definições aparecem na literatura para a expressão absenteísmo. Esse termo originou-se da palavra “absentismo”, aplicada aos proprietários rurais que abandonavam o campo para viver na cidade. No período industrial, esse termo foi aplicado aos trabalhadores que faltavam ao serviço (8).

O absenteísmo tem se tornado um problema crucial para as organizações e para seus administradores. Suas causas estão ligadas aos múltiplos fatores que o tornam complexo e de difícil gerenciamento. Seu efeito negativo remonta ao período de 1920-1930 do século XX, em que as ausências dos trabalhadores diminuía a produção, repercutindo diretamente na economia. Ele ocasiona não só custos diretos, mas também indiretos representados pela diminuição na produtividade, redução da qualidade e problemas administrativos (9).

O absenteísmo refere-se às ausências nos momentos em que os empregados deveriam estar trabalhando normalmente e ao somatório dos períodos em que os empregados de determinada organização ausentam-se do trabalho, incluindo atrasos. Nos hospitais, a sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores, desencadeiam queda de qualidade no cuidado prestado ao paciente (10).

Baseado num conceito abrangente (9) descreve:

[...] absenteísmo é a ausência ao trabalho por qualquer razão: doenças, acidentes de trabalho, direitos legais (doação de sangue, participação em júris ou eleições, licença-maternidade, etc.), fatores sociais (como doença de parentes, por exemplo), fatores culturais extras ou intra-empresariais (emendar feriados, copa do mundo, feriados religiosos não oficiais, legalização de uma falta gerada por outra motivação não relacionada à saúde, etc.).

### **2.1.2 Absenteísmo na Área da Saúde**

O estudo do absenteísmo, principalmente com os profissionais da saúde, torna-se relevante para subsidiar a planificação e adequação dos recursos humanos, considerando o caráter de continuidade do trabalho desses profissionais nas 24 horas de atividades de um hospital (11).

O absenteísmo (9) em relação às doenças tem diferença, segundo suas palavras:

[...] em relação às doenças, o comportamento pode variar entre as pessoas, pois uma mesma patologia, com a mesma gravidade, pode motivar ou não um trabalhador a não comparecer ao emprego. Algumas vezes a ausência independe da decisão do trabalhador, como ocorre nas doenças e acidentes graves. Por outro lado, o absenteísmo pode estar demonstrando uma rejeição ao trabalho, insatisfação com o salário, com as políticas da empresa, com as condições de trabalho. Isto é particularmente verdade nas faltas de pequena duração e quase sempre próxima de feriados ou fins de semana.

Com base nesta colocação, dá-se uma atenção especial ao absenteísmo no Brasil, frente à organização do trabalho que, em muitos casos, tem se traduzido em insatisfação, desmotivação e sobrecarga da equipe de trabalho, o que compromete a assistência dada ao cliente, tanto pela equipe que os atende, sendo indicativo preocupante quando ocasionado por doenças ocupacionais em trabalhadores da área da saúde.

As causas do absenteísmo, tais como doenças, faltas não justificadas ou justificadas, problemas com locomoção, razões familiares, desmotivação, políticas inadequadas na empresa, supervisão precária da chefia ou gerência e acidente de trabalho, estão sendo estudadas com maior intensidade nas últimas três décadas (12).

Um estudo no estado de São Paulo aponta que a variável “desgaste profissional” aplicada aos profissionais médicos, com algumas variáveis sócio-demográficas, de formação

técnico-científica e de mercado de trabalho, verificou-se que 83,8% de desgaste profissional. Nos jovens plantonistas, residentes nas capitais, atuantes no setor privado e/ou público, em atividades técnico-burocráticas e que recebem baixa remuneração, são os que apresentam maior desgaste profissional. Essa caracterização visou conhecer detalhadamente quem são esses médicos “mais ausentes”, na perspectiva de se pensar um instrumental metodológico, que possibilite apreender o processo de trabalho/processo de ausências (13).

A prevalência de dores nas costas (54,7%), ombros (42,8%), pescoço (31,3%) e braços (18,6%), verificados no estudo realizado com os 314 dos 523 enfermeiros do Hospital Nacional de Nagoya, pela Universidade Nacional do Japão, em julho de 1994, demonstrou que essas patologias estão associadas com tarefas e itens relacionados à postura dentro da organização no trabalho (14).

Outra situação que contribui para o absenteísmo justificado por atestado médico, é a intimidação no local de trabalho por outros colegas. O resultado desse tipo de assédio, é baixa da auto-estima, desmotivação, chegando inclusive ao desinteresse pelo trabalho. Um exemplo dessa situação foi verificado com profissionais de enfermagem e médicos no estudo realizado em dois hospitais (Varsinais-Suomi e Kanta-Hame), na Finlândia. O índice dessas ausências foi de 5% dentre os profissionais que atuam na área da saúde (15).

Em Minnesota, nos Estados Unidos, em um estudo realizado em 1999, com o absenteísmo relacionado a agressões físicas no local de trabalho, constatou-se que as mulheres são vítimas mais freqüentes de surras e mordidas (47%), resultando uma média de 4 dias de tempo perdido no trabalho. De modo geral, outros tipos de violência como assaltos, roubos e balas perdidas são computados com uma média de 3,5 dias de trabalho perdido por crime em outras categorias profissionais, além do profissional enfermeiro (16).

No estudo retrospectivo realizado em 127 hospitais com dados secundários de 1998 e 1999, na cidade de Ontário, Canadá, em 2004, constatou-se que o índice de falta relacionado com doenças e lesões musculares foi 83% maior, quando comparado com a mão-de-obra canadense. Neste caso, 8,6% dos enfermeiros e médicos faltosos são comparados com 4,7% de outras categorias de trabalhadores (17).

Ausência por enfermidade é também um problema na sociedade norueguesa, e infecções provocadas devido às condições do ar é a causa principal. No estudo realizado em

1999, com 4.931 enfermeiros, constatou-se que a ausência por enfermidades atribuídas à infecção pelo ar está relacionada com o tipo de ala no qual se trabalha e com fatores psicológicos e sociais (18).

Pesquisa conduzida entre 100 enfermeiros de 10 hospitais públicos da Costa Rica, sobre os fatores organizacionais e ocupacionais associados com lesões no trabalho, no ano 2000, apresentou uma correlação significativa das lesões com exposição química, perigos físicos e falta de segurança no ambiente de trabalho. Outras lesões acidentais, como substância respingada na boca ou no olho, queimaduras, lesões nas costas, choque elétrico ou envenenamento são os fatores que mais contribuíram para afastamentos nos 6 (seis) meses anteriores à pesquisa (19).

No Reino Unido, em um estudo realizado no Hospital de Olhos, sobre o impacto nos incidentes de complicações que ocorrem devido à variação de profissionais na equipe cirúrgica, constatou-se que 26% dos casos que surgiram de complicações pós-cirúrgicas, em pacientes, foram devidos à ausência de profissionais sem o necessário planejamento. Como a cirurgia de catarata é um procedimento comum no Reino Unido, essa ausência de enfermeiros e médicos, sem comunicação prévia do centro cirúrgico, foi associada a variações de complicações intra-oculares. A justificativa desse absenteísmo de enfermeiros, considerados na pesquisa com alto nível de experiência, foi reflexo principalmente, da baixa remuneração nessa área cirúrgica (20).

A média de ausência, no Reino Unido, por enfermidades como lesões, acidentes de trânsito e suspensão médica com recebimento parcial ou sem pagamento, atinge em média 3,7% dos profissionais da saúde. Isso motivou os estudos com os 221 funcionários do departamento de limpeza e dos 91 funcionários de um restaurante em um hospital considerado quase experimental, com controle de intervenção durante seis meses. O resultado apontou uma redução, em relação aos doze meses anteriores, em 2,3% (21).

Em uma companhia de seguro de saúde, nos Estados Unidos, pesquisadores consultaram os arquivos de visitas médicas no período de janeiro de 1996 a junho de 2002 e constataram que a prevalência de enxaqueca, desordem causada por cansaço excessivo e depressão entre pessoas com Síndrome de Irritabilidade do Intestino (IBS), foi de 60% a mais do que as pessoas sem IBS (22).

No Brasil, dos 965 enfermeiros profissionais, ativos em janeiro de 2000, em um Hospital Universitário no Estado de São Paulo, que fizeram parte de um estudo, para relacionar os fatores que provocavam o absenteísmo, verificou-se que houve 1988 consultas médicas para esses profissionais, sendo a média de 3,14 consultas por mês, por trabalhador. Essas saídas somaram 5.279 dias perdidos pelos trabalhadores. Quanto a distribuição de afastamentos em função dos grupos de diagnóstico, este foi semelhante a do número de consultas. Foram concedidos afastamentos em 84,2% nos casos de consultas referentes a doenças do aparelho digestivo e, em seguida, 81,4% referente às doenças dos olhos (23).

Dentre os fatores de riscos a que estão expostos os funcionários de saúde no ambiente hospitalar, foi demonstrado que dos 85 auxiliares de enfermagem do Hospital-Escola de Uberaba, MG, o absenteísmo ocorreu em 51,8%, que sofreram acidentes de trabalho, sendo que destes, 81,58% por riscos biológicos. Também foi detectada dor lombar (21,57%), cefaléia (13,73%) rinite e afecções respiratórias (8,82%), além de mialgia, hipertensão e dor em membro (5,9%). Dentre as queixas, algumas podem ter acontecido devido à exposição aos agentes de risco físico, tais como hipertensão, estresse, transtornos de ansiedade, alergias a drogas, medicamentos, excesso de movimentos repetitivos, entre outros (24).

### **2.1.3 Tipos de Ausências do Profissional de Saúde**

Na vigência do contrato de trabalho o empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem sofrer desconto do dia em que ocorreu a falta, bem como do respectivo repouso semanal remunerado, a CLT, no artigo 473, estabeleceu as principais situações, bem como legislação esparsa (25).

1. **Ausência em virtude de falecimento:** o empregado poderá deixar de comparecer ao trabalho até dois dias consecutivos, em caso de falecimento, nos termos do inciso I do artigo 473 da CLT, de cônjuge, ascendente (pais, avós, ...), descendentes (filhos, netos, etc...) irmão ou pessoa que, declarada em sua CTPS, viva sob a dependência econômica do trabalhador. No caso de professores, o parágrafo 3.º, do artigo 320 da CLT, estabeleceu que tais trabalhadores poderão faltar 9 dias consecutivos por motivo de luto em decorrência do falecimento de cônjuge, pai, mãe, ou filho.

2. **Licença gala:** quando o trabalhador for unir-se em matrimônio, poderá deixar de comparecer ao serviço, por até três dias consecutivos. No caso de professores a ausência será de 9 (nove) dias consecutivos nos termos do parágrafo 3.º do artigo 320 da CLT. No caso de o casamento ser no sábado não poderá ser considerado o primeiro dia da licença quando não houver expediente regular na empresa.
3. **Doação de sangue:** o empregado poderá ausentar-se um dia, a cada 12 meses de trabalho, desde que devidamente comprovado através de documentos emitido pelo órgão responsável pela coleta.
4. **Alistamento eleitoral:** o inciso V do artigo 473 da CLT, o empregado poderá faltar até dois dias consecutivos, ou não, para o alistamento eleitoral. A Lei n.º 9.504/97, no seu artigo 98, que os eleitores que forem requisitados para compor as mesas receptoras ou juntas eleitorais, bem como os requisitados para auxiliar seus trabalhos serão dispensados mediante declaração expedida pela Justiça Eleitoral, sem prejuízo do salário, vencimento ou qualquer outra vantagem, pelo dobro dos dias da convocação.
5. **Comparecimento a juízo:** o empregado poderá, nos termos do inciso VIII do artigo 473 da CLT, deixar de comparecer ao serviço, pelo tempo que se fizer necessário, quando tiver que comparecer a juízo. Neste caso o empregado deverá apresentar a certidão de comparecimento para que tenha a falta justificada.
6. **Serviço militar:** durante o tempo que tiver de cumprir a exigência do Serviço Militar, de acordo com os motivos estabelecidos na alínea "c" do artigo 65 da Lei 4.375/64, o empregado poderá ausentar-se do serviço, recebendo a remuneração: "c - apresentar-se, anualmente, no local e data que forem fixados, para fins de exercício de apresentação das reservas ou cerimônia cívica do "Dia do Reservista".
7. **Realização de vestibular:** nos dias em que o trabalhador estiver, comprovadamente realizando provas de exame vestibular, para ingresso em estabelecimento de ensino superior, a sua ausência será justificada.
8. **Licença paternidade:** o parágrafo 1.º do artigo 10, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, estabeleceu que em caso de nascimento de filho, o prazo de licença paternidade será de 5 (cinco) dias. A Portaria n.º 214/88 do Ministério do Trabalho estabeleceu que os 5 dias de afastamento, concedidos ao pai, pelo nascimento de filho, deverá iniciar imediatamente após o parto. No caso de falecimento o período será de apenas 2 (dois) dias.

9. **Empregadas gestantes:** o inciso II do parágrafo 4.º do artigo 392 da CLT determina que empregada gestante possa se ausentar do trabalho pelo tempo necessário para a realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares.
10. **Doença do trabalhador:** o empregado que estiver doente e apresentar atestado não terá descontado o dia de trabalho, o Decreto n.º 27.048/49, combinado com a Lei n.º 605/49 estabelecem a ordem preferencial para aceitação de atestados:
- a) médico da empresa ou do convênio mantido por esta;
  - b) médico da Previdência Social;
  - c) médico do SESI ou do SESC;
  - d) médico de repartição federal, estadual ou municipal incumbida de assuntos de higiene e saúde;
  - e) médico do sindicato a que pertença o empregado; ou por profissional da escolha do trabalhador, quando inexistir, na localidade médicos nas condições especificadas acima.

Saliente-se que no atestado não é obrigatório a colocação código da doença, pois está é informação que diz respeito ao trabalhador e ao seu médico.

#### **2.1.4 Doenças e Acidentes Ocupacionais**

O artigo 19 da Lei 8.213 de 24 de julho de 1991 (26):

[...] acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente. Pode causar desde um simples afastamento, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho, até mesmo a morte do segurado. São cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho – SAT: o segurado empregado, o trabalhador avulso e o segurado especial, no exercício de suas atividades.

Também são considerados como acidentes do trabalho, de acordo com o MPS –Ministério da Previdência Social:

1. Acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado;
2. Doença profissional, assim entendida, a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade;
3. Doença do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.

Nesses dois últimos casos, a doença deve constar da relação de que trata o Anexo II<sup>1</sup> do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6/5/1999.

Não são consideradas, como doença do trabalho, a doença degenerativa, a inerente a grupo etário que não produz incapacidade laborativa, a doença endêmica adquirida por segurados habitantes de região onde ela se desenvolva, salvo se comprovado que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho (26).

Equiparam-se também a acidente do trabalho:

1. Acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para perda ou redução da sua capacidade para o trabalho, ou que tenha produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;
2. O acidente sofrido pelo segurado no local e horário do trabalho, em conseqüência de ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho; ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho; ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, ou de companheiro de trabalho; ato de pessoa privada do uso da razão; desabamento, inundação, incêndio e outros casos decorrentes de força maior;
3. A doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade;
4. Acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho, na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa; na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito; em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo, quando financiada por esta, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra,

---

<sup>1</sup> Regulamento da Previdência Social - D-003.048/1999.

Anexo II - Agentes Patogênicos Causadores de Doenças Profissionais ou do Trabalho, conforme previsto no Art. 20 da Lei 008.213/1991

independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Entende-se como percurso o trajeto da residência ou do local de refeição para o trabalho ou deste para aqueles, independentemente do meio de locomoção, sem alteração ou interrupção voluntária do percurso habitualmente realizado pelo segurado. O empregado será considerado no exercício do trabalho no período destinado à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este (26).

Para que o acidente ou a doença sejam considerados como acidente do trabalho, é imprescindível que seja caracterizado tecnicamente pela Perícia Médica do INSS, que fará o reconhecimento técnico do nexo causal entre o acidente e a lesão, ou entre a doença e o trabalho, ou ainda entre a causa *mortis* e o acidente. Na conclusão da Perícia Médica, o médico-perito pode decidir pelo encaminhamento do segurado para retornar ao trabalho ou emitir um parecer sobre o afastamento (26).

Os profissionais da área de saúde, como os demais trabalhadores, estão sujeitos aos riscos profissionais (genérico, específico e genérico agravado) e, portanto, expostos aos acidentes do trabalho, às doenças profissionais e às doenças do trabalho. Sendo assim, além do acidente-tipo, pode-se dizer que estão expostos às doenças profissionais, inerentes ao desempenho de suas atividades laborais, que se apresentam como síndrome típica em outros trabalhadores de mesma situação, que têm um fator etiológico conhecido e que estão relacionadas em ato do Ministério da Previdência Social (27) nas seguintes categorias:

1. Doenças infecciosas e parasitárias;
2. Dermatites por contato;
3. Enfermidades decorrentes de radiações ionizantes;
4. Enfermidades por gases irrespiráveis;
5. Enfermidades por vícios ergonômicos.

Dentre todas essas enfermidades infecciosas, a transmissão ocupacional do HIV e do vírus da hepatite A e B, pelo seu caráter dramático e grave, exige não só a sua inclusão dentro do acidente-tipo, mas estabelecem, desde o próprio local de trabalho, rotinas e cuidados

rigorosos para prevenir a infecção. Nos casos de acidente com material contaminado, deve-se estabelecer o uso da quimioprofilaxia.

De acordo com a legislação específica em vigor, o Anexo V da NR-15 da portaria 3214/78, prescreve que, nas atividades onde trabalhadores possam ser expostos a radiações ionizantes, os limites de tolerância, os princípios, as obrigações e controles básicos para a proteção do homem e do seu meio ambiente, são os constantes da Norma CNEN-NE-3.01: “Diretrizes Básicas de Raioproteção”(28).

Lesão por Esforço Repetitivo (LER) responde por 70% das doenças relacionadas ao trabalho. Começa com uma pequena dormência na mão, que vai se tornando constante. Evolui para a ausência de força física. A incapacidade começa, então, a rondar a vida do trabalhador, e o afastamento do emprego é inevitável. Quadros como esses se alastraram como uma epidemia no mercado de trabalho brasileiro: são as doenças osteomusculares, conhecidas como LER (Lesão por Esforço Repetitivo) ou DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Cerca de 70% dos 62 mil casos de doenças ocupacionais registrados entre 2001 e 2003 pela Previdência Social são desse tipo e deixam inválidos, em média, cinco mil trabalhadores por ano (28).

Dentre as morbidades que causam afastamento (CID – Classificação Internacional de Doença 10<sup>a</sup>. Revisão), destacam-se: doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; doenças do sangue e órgãos hematopoéticos; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; transtornos mentais e comportamentais; doenças do sistema nervoso; doenças de olho e anexos; doenças de ouvido; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças da pele e tecido subcutâneo; doenças osteomusculares; doenças do aparelho geniturinário; gravidez, parto e outros (26).

No estudo realizado no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), pertencente à rede pública de saúde do Distrito Federal - Brasil, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), destinado ao atendimento de diversas especialidades, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2004, no Núcleo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho do hospital, observou-se a ocorrência de 698 afastamentos por problemas de saúde entre 350 profissionais de enfermagem, sendo que destes, 45 eram enfermeiros (12,9%) e 305 auxiliares de enfermagem (87,1%). A causa mais freqüente foi a respiratória (17,6%); seguida dos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (15,5%); doenças

osteomusculares e do tecido conjuntivo (14,7%). O maior quantitativo de dias não trabalhados está relacionado com fatores que influenciam o estado de saúde (24,6%), seguida dos problemas do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo (16,1%) e (12,9%) do grupo das doenças respiratórias (30).

### **2.1.5 Aspectos Legais dos Acidentes Ocupacionais**

Na NR-32<sup>2</sup>, publicada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, em dezembro de 2005, define-se a implementação de medidas de segurança e proteção à saúde, bem como de prevenção dos riscos aos quais os profissionais estão expostos nos hospitais, clínicas, laboratórios, universidades, serviços médicos ocupacionais de empresas e outros estabelecimentos de saúde. No Estado de São Paulo, por exemplo, desde 2000 já está em vigor a Resolução n.º. 90, do CREMESP<sup>3</sup>, que aborda a saúde ocupacional dos médicos e a prevenção dos riscos biológicos, físicos, químicos e ergonômicos, além de dar ênfase aos aspectos psicossociais relacionados ao exercício cotidiano da Medicina.

Todos os trabalhadores acidentados regidos pela CLT, inclusive os sujeitos ao Regime Jurídico Único dos Funcionários da União, dos Estados e dos Municípios, devem ser devidamente notificados em setores competentes.

Os empregados em instituições privadas, quando acidentados, devem ter comunicados seus acidentes em formulário próprio, denominado Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em 24 horas. Para os empregados no serviço público, a prova do acidente será feita no prazo de 10 dias, improrrogável quando as circunstâncias o exigirem, conforme recomenda o artigo 214 da Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que trata do Regime Jurídico dos Servidores Civis Públicos da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. No que se refere aos funcionários públicos dos Estados e Municípios, observam-se especificamente cada situação prevista em seus Regimes Jurídicos (27).

---

<sup>2</sup> Norma Regulamentadora para Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde no Brasil.

<sup>3</sup> Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CREMESP n.º. 90, de 21 de março de 2000. Diário Oficial do Estado. Poder Executivo, São Paulo/ SP, n. 71, 13 abr. 2000. Seção 1, p. 62-3.

A legislação trabalhista, em suas normas regulamentadoras, recomenda a disponibilidade de medicamento para a profilaxia, a vacina para hepatite B e a gamaglobulina hiperimmune nos locais de trabalho. Assim, o Regime Jurídico Único dos Funcionários da União, em seu artigo 213, estabelece textualmente que “o servidor acidentado em serviço que necessite de tratamento especializado poderá ser tratado em instituição privada, à conta de recursos públicos” (27).

### **2.1.6 Saúde e Segurança do Profissional de Saúde**

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, realizada na cidade de Florianópolis, SC, sobre a questão saúde-segurança do trabalhador brasileiro, apontou-se que o processo saúde-doença dos servidores públicos não teve alteração básica nos últimos anos, a não ser pela incorporação de novos ofícios e, conseqüentemente, de novas patologias no âmbito do serviço público. Com os dados fornecidos no ano de 2003 pelo Ministério do Planejamento, para cada mil servidores públicos federais, 2,6% se afastaram do trabalho por mais de 3 (três) dias, sendo na maioria das vezes, por causas desconhecidas. Ademais, relata-se que lesões por esforço repetitivo responderam, nesse período por 17,8%, os casos de depressão, superando a marca de 5% (31).

Os servidores públicos em especial, pelo fato de não terem um controle eficiente e personalizado por parte dos setores a que pertencem, em muitos casos, não há coleta de dados suficientes para se fazer estatísticas quanto aos fatores que contribuem para o absenteísmo de curta duração; também não se avaliam as condições de trabalho do servidor. Em muitos casos, pela falta desse controle, o Estado continua pagando, mesmo com o seu afastamento, enquanto que para os segurados pelo Regime Geral de Previdência Social existe toda uma estrutura diferenciada que exige de imediato, notificação impressa sobre o motivo do afastamento. Assim, com essa deficiência instalada, promoveu-se o definhamento da estrutura destinada a cuidar da manutenção da saúde do servidor, provocando, neste início de século XXI, um histórico de saúde-doença mais insidioso do que o existente no Regime Geral de Previdência. Tal situação do Estado é comprovada segundo estudos, indiretamente pelo

elevado índice de aposentadorias solicitadas por invalidez no serviço público, que atingiu seu auge em 2004, com 27,3% a mais do que nos anos anteriores (31).

Como consequência dessa falta de compromisso, o Estado apresenta perda de eficiência, impedindo um planejamento da máquina administrativa de forma mais eficaz, apresentando também perdas financeiras e econômicas em que a relação custo-benefício pode chegar a 1:16, isto é, para cada R\$ 1,00 gasto em saúde do trabalhador, existe um potencial de economia no processo da ordem de R\$ 16,00. E, finalmente, a redução do tempo de vida laboral do servidor (devido às aposentadorias por invalidez), obriga ter um adicional no custo das despesas de pessoal, em razão da renovação do quadro de pessoal antes do tempo previsto. No âmbito da sociedade, tem-se uma redução dos serviços disponibilizados, pois o afastamento sobrecarrega os servidores remanescentes, diminuindo ou a qualidade do serviço prestado ou a quantidade de atendimentos realizados (32).

Assim, com o objetivo de incluir de forma efetiva o trabalhador do serviço público federal na política de saúde do trabalhador, o Governo, por intermédio da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, promove o reordenamento jurídico e a reestruturação operacional de um sistema nacional de saúde integral do servidor público, abarcando a saúde ocupacional (incluindo perícia, readaptação e reabilitação e vigilância dos ambientes de trabalho), saúde suplementar e previdência, conjugados com uma política de benefícios ao servidor (32).

A instituição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em setembro de 2002, pela Portaria 1.679/02, com atribuição prioritária de regulamentar a implementação de uma política de atenção à saúde dos trabalhadores, pressupõe um modelo de atenção integrado, da intervenção sobre o ciclo da produção social do processo saúde-doença do trabalho, da promoção, da assistência e da vigilância, articulando todos os dispositivos, equipamentos e serviços da rede SUS, por meio da construção de uma rede de abrangência nacional, com conexões organizadas nos diferentes níveis de gestão, com produção de informação e implantação de Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (31).

Para ilustrar essa questão saúde e segurança no trabalho, pode-se observar que no estudo realizado na Costa Rica, pela *Caja Costarricense de Seguro Social-CCSS* (Sistema Costa-Riquenho de Previdência Social), sobre os fatores de risco a que estão expostos os

funcionários dos hospitais públicos entre 1997 e 2000, foi verificado que dos 19 mil funcionários, 23% estavam expostos a perigos de ordem física e 81% expostos a perigos biológicos, sendo que 52% desses funcionários trabalham em hospitais nacionais, 27% em hospitais regionais e 21% em hospitais periféricos (19).

No Brasil em estudo realizado com os 645 profissionais médicos cancerologistas, membro da Sociedade Brasileira de Cancerologia no Brasil, foi apontado que devido a falhas na estrutura física do ambiente de trabalho, houve o desenvolvimento da síndrome da estafa profissional (*burnout*). Destacou-se que 96,1% apresentaram sintomas característicos de despersonalização grave, 55,8% para exaustão emocional e 23,4% para a realização pessoal, o que contribui para o absenteísmo nas unidades em que prestam serviços (33).

### **2.1.7 Adoecimento e Morte no Trabalho**

Informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para o planejamento e intervenções em saúde, além de omitir a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de trabalho. Como dado ilustrativo, no período de 1996 a 2000, a Previdência Social registrou, entre os 22 milhões de trabalhadores formais (35% da População Economicamente Ativa - PEA), um total de 1.963.955 acidentes de trabalho, sendo 102.321 com óbitos ou incapacidade permanente, com uma média de 3.788 óbitos/ano. O coeficiente médio de mortalidade entre 1997 e 2001 foi de 17,39 por 100 mil trabalhadores (34).

Comparando-se o coeficiente de mortalidade no Brasil com o de outros países estudados por TAKALA (1999), *apud* (35), no início da década de 1990, observou-se que na Finlândia era de 3,2; na França, de 7,4; no Canadá, de 6,93; e na Espanha, de 10,2 por 100 mil trabalhadores, demonstrando que o risco de morrer devido aos acidentes de trabalho, no Brasil, pode ser até 5 vezes maior. Entre 2000 e 2002, o INSS concedeu 42.384 benefícios por incapacidade permanente para o trabalho (uma média de quase 40 casos de aposentadoria por invalidez, por dia), devido a seqüelas de acidentes e doenças do trabalho. No mesmo período, foram registrados 58.978 casos de doenças relacionadas ao trabalho. A atuação dos serviços

de referência de saúde do trabalhador do SUS teve papel importante no aumento desses registros, ocorridos a partir do final da década de 80 do século XX.

Apesar de elevados, esses números não refletem a realidade, que é ainda mais grave. Recente estudo epidemiológico de amostragem domiciliar realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, na cidade de Botucatu (SP), com padrão de vida e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) superiores à média nacional, foi relatada a ocorrência de 4,1% de acidentes de trabalho na população, dos quais apenas 22,4% tiveram registro previdenciário. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas, anualmente (35).

Cabe ressaltar que acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são agravos considerados evitáveis. Mas devido as condições de infra-estrutura no ambiente de trabalho, observou-se que os trabalhadores mais jovens e pessoas idosas que estão nesse mercado formal são mais vulneráveis a esses acidentes e doenças por inexperiência em alguns casos, na função ao qual se inseriu. A exemplo, disso em 1997, na cidade de Campinas (SP), com uma população de cerca de um milhão de habitantes, a vigilância em saúde do trabalhador do SUS local estimou incidência anual de aproximadamente 100 amputações traumáticas em menores de 18 anos, devido a acidentes de trabalho (35).

Considerando que, no Brasil, os segurados pelo Seguro de Acidentes do Trabalho - SAT representam cerca de 35% do total de trabalhadores, caso a exposição a fatores de risco de acidentes presentes no trabalho seja semelhante para os demais trabalhadores, os números globais de acidentes de trabalho no país poderiam, de uma forma simplificada, ser multiplicados por três. Com vínculo de trabalho regido pela Consolidação da Legislação Trabalhista - CLT e cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT), o índice a ser utilizado para “correção” das estatísticas de acidentes de trabalho é ainda maior. As informações disponíveis mostram que a incorporação de novas tecnologias e de métodos gerenciais, nos processos de trabalho, melhora o perfil de saúde dos trabalhadores (35).

## 2.2 ÔNUS DO ABSENTEÍSMO

O custo da rotatividade de pessoal agrupa custos primários (todas as despesas com desligamentos e substituições), secundários (custos intangíveis: perda na produção, clima ambiental) e terciários (perdas de negócios e investimentos extras). Há ainda efeitos sociais como queda salarial e baixo poder aquisitivo, maior carga tributária e paternalismo estatal. A médio e longo prazos, o prejuízo se reflete na organização, no mercado e na economia nacional – na sociedade e no indivíduo (10).

O custo mais evidente é na área de benefícios de licença por doença, onde nesses casos há os custos ocultos associados com o absenteísmo como a perda de produtividade do trabalhador ausente, as horas extras pagas aos outros empregados que o substituem, a diminuição da produtividade total dos empregados, os custos incorridos para garantir a ajuda temporária, as possíveis perdas de clientes insatisfeitos e outros problemas com a moral dos demais empregados (36).

São considerados custos ocultos, inclusive, a perda de motivação, caso em que, normalmente, o trabalhador é vítima de estresse nos relacionamentos com pessoas difíceis, principalmente sob assédio moral por suas chefias. Algumas ausências vêm sendo correlacionadas com a raiva de colegas e o ambiente físico. Na verdade, a ciência médica tem provado que infecções virais e até o câncer, e acidentes no ambiente de trabalho, são parcialmente psicogênicos, ou seja, em parte, são causados por condições emocionais ou psicológicas (37).

### 2.2.1 Aspectos Econômicos Gerais

As mudanças que estão surgindo dentro da economia de mercado, neste início do século XXI, não estão bem delineadas e esclarecidas para a população economicamente ativa. Sabe-se que em alguns setores produtivos as inovações estão avançadas, como no campo da informática, nos processos automatizados e na robótica. Isto justifica a necessidade de

aumentar a produtividade e de reduzir custos, o que geralmente vem acompanhado da redução do número de postos de trabalho e de negociações com os trabalhadores. Nos hospitais, esse aumento de produtividade está relacionado ao número de atendimentos a pacientes e demais procedimentos. Como a demanda por atendimento aumenta ano a ano, as contratações de profissionais não acompanha esse crescimento, isso faz com que ocorra nos hospitais, uma diminuição das pausas de descanso e o aumento da carga de responsabilidade dos trabalhadores (31).

As conseqüências dessa produtividade forçada, no que se refere aos impactos sobre a saúde e segurança dos trabalhadores, têm sido traduzidas em verdadeiras epidemias, observadas universalmente. Uma delas são as doenças ocupacionais por movimentos repetitivos, incluídas no grupo da LER (Lesões por Esforços Repetitivos). Outras doenças pouco específicas e mal conhecidas têm aparecido sob a forma discreta ou grave de manifestações de estresse ou de sofrimento mental, decorrentes das novas exigências impostas aos trabalhadores e da solicitação de mais atenção, disponibilidade e responsabilidade por toda uma linha de produção (38).

No Reino Unido, de acordo com o Relatório de Consultoria de Cuidado Médico (IHC-*Report by Healthcare Consultancy*), 13,4 milhões de atestados médicos emitidos no ano de 2002 foram por problemas de ansiedade e depressão; 12,3 milhões, devido aos problemas nos membros superiores; e 93% dos empregados citaram que faltaram ao trabalho devido à gripe e resfriados. Conforme divulgado pelo IHC (*Report by Healthcare Consultancy*), metade das ausências ao trabalho nada tem a ver com a saúde, e.g., acompanhar filhos em eventos escolares, assistir a jogos de final de campeonato e viagens, entre outros. Isso gerou um custo global em torno de £11.5 (onze milhões e 500 mil libras esterlinas), considerando aproximadamente 40 milhões de dias perdidos a cada ano no Reino Unido, para absenteísmo no trabalho. Com base nesses dados, muitas organizações colocaram de lado 3% de orçamento, aproximadamente, para absenteísmo. Isto dá uma média de cerca de oito dias/ano por empregado (39).

Outro exemplo de mudança na política de trabalho, para amenizar a questão do absenteísmo, foi feita no Hospital Confidencial de Hollywood, na Austrália Ocidental, que reduziu para 2,24% (índice que é mais baixo do que as normas comparáveis), apontando uma economia significativa pela redução no número total de dias perdidos, que era de 4.067 dias, entre 1994-1995, para 203 dias, em 1999-2000, com a utilização EEO – *Equal Employment*

*Opportunity* (lei federal da Oportunidade Igual de Emprego) – que implantou o programa de família-amiga, do qual os parentes dos pacientes ajudam os funcionários do hospital nos procedimentos de auxílio ao paciente, como dar banho, fazer companhia no quarto, etc.,(40).

## 2.2.2 Ônus do Absenteísmo em Alguns Países

De modo geral, o ônus do absenteísmo para países de mercados emergentes é, provavelmente, maior que os resultados dos cálculos baseados na produtividade perdida de um dia ou nos salários reais. O absenteísmo considerado um problema, devido aos seus custos fiscais diretos e seus efeitos potencialmente perturbadores tanto no curto quanto no longo prazo, já existe a décadas. Estima-se que o absenteísmo custe mais de US\$ 40 bilhões às organizações norte-americanas e US\$12 bilhões às firmas canadenses. No nível do trabalho, uma ausência de um dia de um funcionário de escritório, por exemplo, podem custar a um empregador norte-americano algumas centenas de dólares em redução de eficiência e maior carga de trabalho de supervisão (41).

A imediata consequência financeira de intimidação no local de trabalho aponta que o número de dias perdidos no serviço nacional de saúde Britânica foi de 2% dos dias de ausências do quadro de funcionários. Já o custo anual de faltas relacionadas à intimidação foi de cerca de €1,2bilhões de euros<sup>4</sup>, nos hospitais estudados, com 7.375 profissionais entre médicos, enfermeiros e outros (15).

O custo de agressão no local de trabalho, em Minnesota, de profissionais-enfermeiros, no ano de 1996, foi de US\$ 11.417<sup>5</sup> por indivíduo, constatando um índice de lesão de US\$ 288,9<sup>6</sup> para cada 100.000 enfermeiros profissionais. Em termos de custo, verificou-se que os 88 enfermeiros que se ausentaram do trabalho por agressão física, gerou uma perda de US\$ 1.004.718<sup>7</sup> no ano aos cofres públicos. Quanto aos profissionais médicos, o gasto foi de US\$ 6.822<sup>8</sup> por indivíduo, com um índice de US\$ 85,94<sup>9</sup> para cada 100.000 profissionais dessa categoria, o que gerou um gasto adicional no valor total de US\$ 54.573<sup>10</sup> no ano (16).

---

<sup>4</sup> R\$ 2.904.000.000 (conversão de euros para real de R\$ 2,42 para € 1.00 em 19/03/2010).

<sup>5</sup> R\$ 20.093,92 (conversão de R\$ 1,76 para US\$ 1.00 em 19/03/2010).

<sup>6</sup> R\$ 508,46

<sup>7</sup> R\$ 1.768.303,68

<sup>8</sup> R\$ 12.006,72

Desde 1980, a Suécia é o país que tem apresentado a maior taxa de ausência relacionada a doenças, em relação aos outros países europeus. O número de pessoas que têm recebido por doenças em 2002, por exemplo, foi de aproximadamente 862.000 (quase 10% dos 9 milhões de habitantes), com um crescimento médio de 18,68%, desde 1999. Em 2002, o índice de dias/ano em enfermidades atingiu o limite de 300 dias de trabalho em algumas empresas. Essa crescente tendência está relacionada à idade das pessoas, ao meio ambiente, à quantidade de trabalho e principalmente ao tamanho das compensações e às formas de pagamento do seguro social ou do seguro do empregador (42).

Em 2001, o absenteísmo por doença resultou em uma perda direta de produção de €44,76 bilhões de euros para a economia da Alemanha, equivalente a aproximadamente R\$ 118 bilhões de reais. Este resultado foi quase semelhante ao constatado em 2002. Já no Reino Unido, no ano de 2001, o absenteísmo por doença, segundo a Confederação da Indústria Britânica, resultou em uma perda direta de produção no valor de £11 bilhões de libras esterlinas, mais ou menos R\$ 56 bilhões de reais. Esse valor é questionado e pode até triplicar, totalizando £34 bilhões de libras esterlinas (2).

Na União Européia, o absenteísmo, devido a incapacidade para o trabalho por doença, acidente ou lesão, na década de 1990, tinha um custo total estimado entre 1.5% e 4% do PIB, conforme os Estados-membros. Isso equivalia dizer que, entre custos diretos, indiretos e ocultos, os países comunitários pagavam, em média, pelo absenteísmo, o equivalente à sua taxa de crescimento econômico num ano normal. No caso de Portugal, em 1995, o seu custo foi o equivalente ao orçamento do Sistema Nacional de Saúde (600 milhões de contos) (43).

O absenteísmo é um dos gastos mais elevados nos negócios da Irlanda. Em 2003, a *International Society Music Education* (ISME) realizou um estudo, em 400 empresas, que empregam um total de 14 mil pessoas. Os resultados mostraram que a taxa de ausências era de 2,4% nas companhias menores, cujos os empregados se ausentaram em média 6 (seis) dias no ano, em decorrência dos retornos logo após feriados e de outros tipos de ausências. Se considerados os 900 mil empregados no setor pesquisado, isso significa que são perdidos 5,4 milhões de dias de trabalho ao ano, devido ao absenteísmo (44).

---

<sup>9</sup> R\$ 151,25

<sup>10</sup> R\$ 96.048,48

Em comparação a 2005, de acordo com a Associação de Pequenas Empresas (SFA) da Irlanda, o absenteísmo atingiu 5,8 milhões de dias, ou seja, 3,1% de dias não trabalhados, em consequência das ausências (sete dias por empregado). Esse nível está custando às pequenas e médias empresas um total de € 692 milhões<sup>11</sup>. O problema é combinado com o fato de que as empresas de pequeno porte exigem dos trabalhadores a capacidade máxima de produtividade. Em uma empresa com 10 empregados, se 2 (duas) pessoas se ausentarem ao mesmo tempo, isso representa queda de 20% na produtividade, uma perda significativa (44).

Na empresa de grande porte na Irlanda, por exemplo, com 500 empregados, com um salário médio de € 35.000<sup>12</sup> anual, o custo direto do absenteísmo é de 5,7%, ou seja, € 997.500<sup>13</sup>. Se esses custos fossem simplesmente reduzidos ao nível de absenteísmo de 1%, as economias diretas seriam de € 175.000<sup>14</sup>, anualmente (44).

Na cidade de Janesville, Wisconsin (EUA), em 2002, as companhias gastaram 15% da folha de pagamento com o absenteísmo. Para uma empresa que possui 5.000 funcionários e com um salário médio de US\$ 40.000<sup>15</sup> anualmente, isso acrescenta um total de até US\$ 30<sup>16</sup> milhões ao ano. Contudo, as empresas começam a reconhecer que o absenteísmo é uma despesa normal, um custo implícito, já fazendo parte da contabilidade de custo indireto de produção (44).

Neste sentido, os custos do absenteísmo, que eram 14,3% da folha de pagamento em 2000 em Janesville, têm se elevado porque os trabalhadores estão ficando mais tempo afastados; por isso o índice chega a 20%, quando se analisa o trabalhador com mais idade. Os trabalhadores, na verdade, não sabem qual é o custo do absenteísmo provocado nas empresas por sua ausência, relacionada a um dia não trabalhado (45).

O Departamento de Estatística do Trabalho dos Estados Unidos, em 2005, apresentou dados que apontam perdas na ordem de 2,8 milhões de dias não trabalhados nas empresas, anualmente, por causa de ferimentos e patologias que acometem os trabalhadores. O custo para essas companhias chega, em alguns casos, a comprometer entre 10% a 20% de toda sua produtividade (46).

---

<sup>11</sup> R\$ 1.674.640,00 (conversão de euros para real de R\$ 2,42 para € 1.00 em 19/03/2010).

<sup>12</sup> R\$ 84.700,00 (conversão de euros para real de R\$ 2,42 para € 1.00 em 19/03/2010).

<sup>13</sup> R\$ 2.413.950,00

<sup>14</sup> R\$ 463.750,00

<sup>15</sup> R\$ 70.400,00 (conversão do dólar para real de R\$1,76 para US\$ 1.00 em 19/03/2010).

<sup>16</sup> R\$ 52.800.000,00

O que mais causa preocupação aos empregadores americanos é que cerca de dois entre três funcionários que faltam ao trabalho não estão fisicamente doentes. As doenças representam 35%, e os outros 65% são por outras razões (familiares 21%, necessidades pessoais 18%, direitos de mentalidade 14% e estresse 12%). Esse levantamento de 2005, pela *CCH INCORPORATED*<sup>17</sup> ainda apontou a taxa de ausência de 2,3%, em 2005, levemente inferior a 2,4%, em 2004. Em relação ao custo médio por empregado, em 2004, foi de US\$ 610<sup>18</sup>, tendo aumentado para US\$ 660<sup>19</sup> em 2005. Para algumas empresas, esse custo médio, em 2005, atingiu até US\$ 1 milhão no ano (47).

Na Índia, a ausência entre médicos e outros funcionários do quadro de saúde é muito alto, chegando, em alguns estados do país, a atingir 67% do absenteísmo. Isto porque os investimentos na área da saúde diminuíram de 25% para 17%, no período de 1991 a 2001. O valor gasto pelo governo indiano, por pessoa, está muito abaixo do necessário para o desenvolvimento de um país (48).

Em estudos realizados com 251 profissionais da área da saúde, em 2 (dois) asilos na Pennsylvania, nos anos de 2003 e 2004, constatou-se que enfermeiros faltaram mais ao trabalho, devido a insatisfação em relação aos salários que recebiam, e os auxiliares justificaram as faltas pelas condições de trabalho (49).

Especialistas e médicos, na Venezuela, perdem 1/3 de seus contratos, enquanto residentes registram um índice de faltas de cerca de 13% e enfermeiros registram um índice de ausências de 7%, devido a doenças (50).

O Banco Mundial, em 2003, divulgou uma estimativa de ausência entre o quadro de funcionários médicos, em países subdesenvolvidos, por meio de visitas às unidades hospitalares, sem qualquer tipo de aviso prévio, e constataram a extensão do problema: 42% para Bangladesh, 27% para Honduras, 43% para Índia, 26% para Peru e 35% para Uganda. Esse alto nível de ausência tem mostrado um corte na qualidade tanto dos serviços como dos pacientes (50).

---

<sup>17</sup> Empresa de assessoria líder em serviços de informação, software e ferramentas de workflow para efeitos fiscais, contábeis, jurídicos e profissionais de negócios.

<sup>18</sup> R\$ 1.073,60 (conversão do dólar para real de R\$1.76 para US\$ 1.00 em 19/03/2010).

<sup>19</sup> R\$ 1.161,60

Na Holanda, aproximadamente 93% dos custos contabilizados nas empresas são causados pelo absenteísmo de trabalhadores; isso em termos econômicos varia de 0,28 a 1,7% do total do Produto Nacional Bruto do país (PNB). Estudos já divulgados, apontam que uma das causas desse absenteísmo são provocados por dores lombares. E como a licença médica é amparada por uma lei que regula o pagamento do salário durante esse período de afastamento, o funcionário não se preocupa com sua rápida recuperação. Isso levou investigadores, em Amsterdam, Holanda, a aplicar um projeto de uma experiência controlada e randomizada, desenvolvido pela Universidade de Sherbrooke, no Canadá, comparando ergonomia participativa com cuidado habitual, juntamente com uma análise de efetividade de custo, em administração de dores lombares. Como resultados obtiveram uma reabilitação mais rápida desses funcionários, bem como o retorno ao emprego sem receio de novos sintomas, diminuindo a perda de produtividade das empresas (51).

No período de fevereiro de 2001 a abril de 2003, foi realizado um estudo envolvendo 9.282 pessoas nos Estados Unidos, pelo qual foi dado um incentivo de US\$ 50<sup>20</sup> para cada participante, para verificar a prevalência e efeitos de humor no desempenho do trabalho. As patologias desordem bipolar e grande desordem depressiva tiveram significativa responsabilidade, apontando uma média de 65,5 dias de trabalho perdidos por trabalhador. A projeção de nível individual foi estimada em 96,2 milhões de dias de trabalho perdido e US\$ 14,1 bilhões de salários equivalentes à produtividade perdida por ano associada com desordem bipolar, e 225 milhões de dias de trabalho e US\$ 36,6 bilhões de salários equivalentes à produtividade perdida por ano associada com grande desordem depressiva (52).

A deficiência de desempenho no trabalho por depressão afeta negativamente os empregados, resultando em perdas de produtividade no nível de 1 (um) dia para cada 18 (dezoito) trabalhados, conforme aponta um estudo realizado em Boston, no período de 2001-2004, com trabalhadores que desempenhavam atividades por pelo menos 15 horas semanais, com uma estimativa de custo na ordem de US\$ 44<sup>21</sup> a US\$ 51<sup>22</sup> bilhões anualmente (53).

No período de 1995-2001, foi realizado um estudo na companhia francesa de eletricidade e gás, com o objetivo de determinar se características psicossociais e relações

---

<sup>20</sup> R\$ 88,00 (conversão do dólar para real de R\$1.76 para US\$ 1.00 em 19/03/2010).

<sup>21</sup> R\$ 77.440.000,00 (conversão do dólar para real de R\$1.76 para US\$ 1.00 em 19/03/2010).

<sup>22</sup> R\$ 89.760.000,00

sociais exercem efeitos no incidente de ausências relacionadas a enfermidades nos funcionários. Constatou-se que as ausências para os homens, com período de 7 (sete) dias, foi de 57%. Já para períodos intermediários de 7-21 dias, esse índice aumentou para 75% de ausências. As mulheres apresentaram um aumento de 30% a mais do que os homens. Os maiores problemas de as mulheres se ausentarem foram devidos às dores musculares (15%), desordem psiquiátrica e problemas respiratórios (11%). O que mais causou ausência dos homens foi o suporte social no trabalho e insatisfação social (54).

O impacto dos sintomas de refluxo gastrintestinal (GERS) registrado na Espanha em 2002, com 2500 sujeitos, apontaram que 7,7% da população ativa ausentam-se no trabalho devido a essa patologia, enquanto que nos Estados Unidos esse percentual é de 4,5%. De outro lado, essa perda significa que na Espanha a média de faltas é de 7 (sete) dias por ano e nos Estados Unidos é de somente 4,6 dias por ano (55).

Entre as condições relacionadas a ambientes físico e social, na Nigéria, em 2007, foi realizado um estudo no Hospital Central da cidade de Benim com 474 colaboradores, onde constatou-se um índice de absenteísmo de 1,7%. Nesta investigação, entre profissionais de enfermagem, as ausências representaram 70,8% do total, com um número médio de dias em torno de 4,1 dias. Por outro lado, entre os médicos, esse índice caiu para 46,9%, do qual a duração média em dias ficou em torno de 1,7. Quanto aos fatores que originaram o absenteísmo, 92,1% responderam ser o estresse, 66,7% não estavam satisfeitos com as condições físicas de trabalho, 64% responderam estar descontentes com o ambiente de trabalho e 54,6% se ausentaram por algum motivo de saúde. Outro fato registrado, é que 53% de toda a população pesquisada ausentaram-se do trabalho ao menos uma vez no ano. Isso demonstrou a necessidade de melhorias no ambiente de trabalho, tanto da parte física quanto social, para que haja uma redução no absenteísmo (56).

### **2.2.3 Ônus do Absenteísmo no Brasil**

Estudos realizados com os trabalhadores da área da saúde em 1998, em específico com profissionais de enfermagem do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, RS, mostram que o

índice de absenteísmo-doença atingiu 79,2% das 3.643 ausências não previstas por licença saúde, correspondendo a 2.886 dias de trabalho perdidos (11).

Outro estudo, realizado (57), indica índices de 64,4% das faltas por enfermidade em Belo Horizonte, MG. Já em outro hospital do Estado de São Paulo, na cidade de São José do Rio Preto, (58), constataram 75,4% de afastamento de trabalho ocasionados por agravos à saúde.

Também foi verificada a capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem em um hospital no Rio Grande do Sul, concluindo-se que, em relação ao tempo de afastamento nos últimos 12 meses (2003/2004), por problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame, 32,1% dos indivíduos declararam que não se afastaram nem um dia; 33,3%, até nove dias; 21,8%, entre dez e vinte e quatro dias; 10,3%, de vinte e cinco a noventa e nove dias; e 2,6% declararam que estiveram afastados mais de cem dias, sendo que a idade média pesquisada dos trabalhadores variou de 35 a 68 anos (59).

Com o objetivo de identificar os problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, no Estado do Paraná, foi realizado um levantamento retrospectivo, no período de 01 de julho de 1997 a 30 de junho de 1998, constatando-se que, das 494 licenças-saúde, as faltas equivaleram a 1.491 dias de trabalho perdidos em um ano (4).

Quanto a um comparativo do absenteísmo, por atestados médicos e odontológicos, realizado no período de janeiro a junho de 2002, na cidade de Araçatuba, no Estado de São Paulo, envolvendo a Prefeitura Municipal que tem um total de 3.490 servidores, com uma amostra de 1.311 atestados médicos e uma indústria de produtos acrílicos que conta com 656 profissionais, com uma amostra de 331 atestados médicos. Verificou-se que na prefeitura houve um total de 5.002 dias perdidos de trabalho (Índice de Absenteísmo - IA=1,43%), enquanto na indústria foi de 704 dias (IA= 1,07%). Observou-se que 93,7% dos afastamentos deram-se por atestados médicos e 6,3% por atestados odontológicos na indústria; enquanto que na prefeitura os atestados médicos representaram 96,7%, os atestados odontológicos representaram 3,3%. Nesse caso reflete que na empresa privada o absenteísmo foi proporcionalmente menor do que na empresa pública (60).

Em 1998, foi realizado um estudo sobre os gastos indiretos do absenteísmo, provocado pela enxaqueca em um hospital público do Estado de São Paulo (Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto). Constatou-se que, dos 91% dos funcionários que apresentaram a patologia, a perda na produtividade foi de 56,9%, sendo que o número médio de dias perdidos no mês atingiu 6,5 dias. O total do custo estimado no ano foi de US\$ 815.622,54<sup>23</sup>, o que contabilizaria US\$ 199,42<sup>24</sup> por empregado no ano (61).

Em um hospital escola da cidade de Maringá (PR), verificou-se que a causa mais freqüente de ausência não programada ao trabalho da equipe de enfermagem, em uma Unidade de Terapia Intensiva de Adulto, foi o absenteísmo-doença (67,0%), seguida pelo absenteísmo-voluntário (16,9%) e o absenteísmo-legal (16,1%). Dos 158 dias perdidos de trabalho por absenteísmo-doença, 38 foram perdidos pelos enfermeiros e 120 pelo pessoal de enfermagem de nível médio. Também foram observados que os enfermeiros obtiveram uma média de 1,21% de dias perdidos ao mês, e o pessoal de enfermagem de nível médio de 1,98%. Esta diferença significa que apesar de haverem ocorrido à mesma proporção de números de atestados médicos, o pessoal de nível médio tem licenças mais longas e, conseqüentemente, tem perdido mais dias de trabalho do que os enfermeiros. O maior período de ausência pode estar relacionado com a deficiência na liderança, necessidade de organização do serviço, conflitos interpessoais exacerbados e relações informais fortes no grupo (62).

Na região norte, em um centro psiquiátrico de Manaus (AM), constatou-se no período de 2004-2005, por meio de consulta documental, registro dos trabalhadores ausentes das atividades laborais por, pelo menos um dia. Constatou-se 415 registros de ausência dos profissionais de enfermagem, tidas por 74,29% dos trabalhadores de enfermagem da instituição. A taxa de absenteísmo profissional foi em média de 2,79%. Verificou-se ainda, que o principal motivo do absenteísmo foi doença. Quanto ao registro de 298 ausências não programadas, 57,05% foram justificadas por atestados médicos, que resultaram em 464 dias de afastamento. Esses dados sugerem estudos na busca da conquista de melhorar a saúde do trabalhador, possibilitar melhor qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente melhor assistência à saúde do usuário do SUS (63).

---

<sup>23</sup> R\$ 1.435.495,67 (conversão do dólar para real de R\$1,76 para US\$ 1.00 em 19/03/2010).

<sup>24</sup> R\$ 350,97

## 2.2.4 Impacto Financeiro da Saúde para o Governo

Como o foco do estudo é o servidor público dos hospitais da Região Centro Sul do Estado de Rondônia, é necessário uma visão econômica do perfil de agravos ocupacionais já registrados dessa clientela em relação a fatores que contribuem para o absenteísmo doença. Em levantamento realizado pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em 2004, obtiveram-se os seguintes parâmetros do servidor público em relação ao trabalhador vinculado ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS (32):

1. Acidentam-se 44% menos;
2. Adoecem por causa do trabalho 9,5 vezes mais;
3. Acidentam-se no percurso da casa para o trabalho (acidente de trajeto) 4,2 vezes mais;
4. O índice de absenteísmo por causas não ocupacionais do servidor público é de 25,92% para os homens e 13,75% para as mulheres, com uma média de 20%;
5. A taxa de aposentadoria por invalidez atingiu em 2004, 27%, quando o RGPS no mesmo ano apresentou uma taxa de 16%;
6. O serviço de perícia médica existe em 64% dos órgãos do poder executivo civil federal; o mesmo só atende no máximo 14,37% dos servidores públicos lotados nos estados da federação;
7. 22% dos servidores públicos possuem ou recebem ações no âmbito da segurança do trabalho;
8. O índice de servidores que trabalham em ambientes tidos como insalubres chega a 90,52%;
9. 41,85% dos servidores possuem planos de saúde suplementar, e destes 90,8% têm plano com contrapartida do governo federal;
10. 66% dos servidores têm relato de estresse ou cansaço por causa do trabalho;
11. Os servidores que relatam caso de assédio moral são 3,83%;
12. 4% dos servidores públicos do executivo federal relatam ter sofrido assédio sexual;
13. A idade média de falecimento do servidor é de 63 anos (idade de instituição de pensão);
14. Não existe fluxo de informação regular e, quando existente, não possui um grau adequado de confiança;

15. Falta padronização de procedimentos, inclusive para a concessão de adicionais e periciais [por exemplo: o Ministério da Saúde (MS) possui manual de perícia médica próprio; o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) utiliza o do MS conjugado com o do Estado Maior das Forças Armadas (EMFA); o Ministério da Justiça (MJ) utiliza o do Tribunal de Contas da União (TCU)];
16. Aponta-se que não existe o acompanhamento de acidentes em serviço (o CenPRA, a FIOCRUZ e o INMETRO, RJ, são exceções);
17. O maior índice de agravos ocupacionais para os homens são, respectivamente, lesões (29,5%), álcool e drogas (22,6%), e para as mulheres, LER/DORT (27,9%) e depressão (16,1%).

De acordo com os dados divulgados pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão na 3ª. Conferência do Trabalhador em 2005, na cidade de Florianópolis, SC, os custos para a manutenção de um sistema de saúde ocupacional, plenamente implantado e operacional, já demanda um nível de complexidade organizacional elevado, com os seguintes custos anuais conforme demonstrados no quadro 01:

Quadro 01 – Custos Anuais na Área de Saúde do Trabalhador

<b>Custos Diretos<sup>25</sup></b>	<b>Custo em (R\$ 1,00)</b>
Aposentadoria por invalidez	2.027.589.238,00
Aposentadoria por invalidez passível de reversão	235.171.119,00
Afastamento por doenças do trabalho <sup>26</sup>	39.958.251,00
Afastamento por acidentes de trabalho <sup>27</sup>	6.580.148,00
Afastamento por acidentes de trajeto <sup>28</sup>	30.074.590,00
Afastamento por causas não ocupacionais <sup>29</sup>	22.160.979,00
<b>TOTAL</b>	<b>2.361.534.325,00</b>

Fonte: SRH Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2004)<sup>30</sup>.

Se considerar o resultado dos dados apresentados, torna-se relevante abordar outra questão: o impacto financeiro causado por esses afastamentos. Para exemplificar, o quadro 02 apresenta um comparativo entre duas classes de servidores: os da educação e saúde. No

<sup>25</sup> Considerando uma remuneração média de R\$ 3.238 (conforme boletim estatístico da SRH).

<sup>26</sup> Média de afastamento de 51,4 dias por ano.

<sup>27</sup> Média de afastamento de 16,3 dias por ano.

<sup>28</sup> Média de afastamento de 63,4 dias por ano.

<sup>29</sup> Média de afastamento de 20,4 dias por ano.

<sup>30</sup> Levantamento realizado pela Diretoria de Saúde do Trabalhador, em que, considerando somente o número de horas perdidas na Secretaria de Saúde e de Educação, representa cerca de 50% da força de trabalho ativo do GDF e se demonstra custo anual de R\$ 184.115.614,80 (cento e oitenta e quatro milhões, cento e quinze mil, seiscentos e quatorze reais e oitenta centavos).

âmbito da saúde, o Governo trabalha com base em duas frentes distintas que se complementam: a saúde suplementar e a ocupacional.

Quadro 02 – Impacto Financeiro

<b>Custo</b>	<b>Unidade</b>	<b>Índice</b>	<b>Valor</b>	<b>Impacto</b>
<b>Direto</b>	Horas perdidas – Sec. Educ. <sup>31</sup>	2.000.000	1.576,20 <sup>32</sup> /mês	39.405.000,00
	Horas perdidas – Sec de Saú.	1.200.000	3.200,00 <sup>33</sup> /mês	48.000.000,00
<b>Direto</b>	Professores - substitutos Temporários	2.083	870 <sup>34</sup> /mês x 13 mês	23.558.730,00
<b>Indireto</b>	Redução da prod. pagto. Horas extras na Sec. de Saúde	1.800.000	40,00/h	72.000.000,00
<b>Indireto</b>	Atend. hospitalar/ambulatorial do servidor afastado	6.666 <sup>35</sup>	172,90 <sup>36</sup>	1.151.884,80
<b>TOTAL</b>				<b>184.115.614,80</b>

Fonte: Lacaz (2005)(31).

Os valores apresentados no quadro 02, quanto aos custos diretos das horas perdidas dos profissionais da educação, por exemplo, atinge um valor inferior aos dos profissionais da saúde, devido a remuneração ser diferenciada. Por outro lado, vale lembrar, que quando um professor falta, é utilizado o sistema de compensação (outro colega ministra aula no seu horário, depois quando retorna utiliza o horário que era do colega). Quando o profissional da saúde falta, para outro colega lhe substituir, somente com pagamento de horas extras, por isso a diferença nos custos indiretos apontados na área da saúde, que além da redução de produtividade, deficiência no atendimento hospitalar, ainda é computado o gasto adicional, que neste caso foi apresentado o montante de 72 milhões de reais somente na Secretaria de Saúde.

<sup>31</sup> Considerando somente professores.

<sup>32</sup> Salário médio bruto de professor – 20 horas.

<sup>33</sup> Salário médio bruto de médicos – 20 horas.

<sup>34</sup> Salário professor 20 horas – início de carreira.

<sup>35</sup> Predição de número bruto de servidores afastados, considerando o número de horas perdidas por um afastamento de seis meses.

<sup>36</sup> Considerando os CID's de ocorrências mais comuns, utilizando tabela do SUS.

### 2.3 ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Como toda empresa que pertence ao sistema econômico, os hospitais são empresas pertencentes ao setor terciário, classificados assim pela prestação de serviços. Contudo, ocupa um posto preferencial dentro do esquema geral de atenção à saúde. Sobressai por reunir requisitos necessários a uma boa gerência que planeja, pesquisa, avalia, projeta, desenvolve e compete por qualidade.

Oferece serviço de similares ao de hotelaria, estimula-se um maior espírito de humanidade e compreensão, desenvolve-se a pesquisa como uma tarefa diária; estimulam-se as iniciativas para criar técnicas e sistemas de assistência para combater a enfermidade; aplicam-se rigorosos parâmetros de educação; se lida com uma população heterogênea, não apenas de clientes e usuários, mas também de familiares, visitantes, vendedores, além dos funcionários da instituição; desenvolvem-se atividades industriais de fabricação de medicamentos, de roupas de uso da própria instituição e de materiais de curativo. Além disso, abordam-se problemas físicos, psicológicos, morais, religiosos, comerciais, trabalhistas, judiciais, científicos, educativos, enfim, como ocorre em instituições destinadas a esse tipo de atividade (64).

É importante que os hospitais também tenham sua equipe médica comprometida com as políticas de gestão implantadas. Tanto no serviço público do Brasil, como em outros países, a colaboração dos trabalhadores reflete no bom desempenho das atividades oferecidas a comunidade. Um exemplo dessa situação foi apontado pelo estudo realizado no sistema nacional de saúde de Portugal em que os responsáveis pela saúde estão cientes dos vários problemas em relação aos profissionais que atuam nos hospitais e das dificuldades dos serviços públicos. Os gerentes responsáveis descrevem como bom desempenho a importância de participar das atividades da comunidade, ser responsável pelo paciente, ser assíduo, pontual, produtivo, ter um bom relacionamento com colegas e com os demais membros das equipes de saúde (65).

Quando se trata uma instituição sob a ótica econômica, necessariamente exige-se uma correlação entre mão-de-obra e nível de produtividade. Devido a isso é importante que faça parte da empresa uma população sadia, que permita a elaboração de planos de

desenvolvimento com garantia de êxito. Uma ilustração bem peculiar é a dos países desenvolvidos, nos quais se contam as horas trabalhadas como parâmetro de referência para que sejam determinados os índices de produção. Quanto aos hospitais em particular, quando se convertem em empresas, passam a ter características diferenciadas das demais instituições privadas. No caso de hospitais públicos, por exemplo, passam a ser empresas públicas com autonomia, descentralizados e responsáveis pelos serviços que prestam de acordo com os recursos disponibilizados pelo estado. Nesse sentido, consideram-se rentáveis, do ponto de vista econômico e social, pelos serviços prestados com a qualidade que a população exige de uma empresa social de saúde (66).

Um problema enfrentado pela administração hospitalar pública é a má distribuição de profissionais, do qual é um problema governamental. A exemplo disso, o estudo realizado sobre as estratégias integradas para lidar com a distribuição inadequada de médicos na Tailândia, em quatro décadas de experiência, apontou que a concentração de profissionais médicos é geralmente maior em cidades desenvolvidas, com padrão de vida melhor, altos salários, reconhecimento social e grande satisfação de trabalho. Países como Bangladesh, Brasil, China e Paquistão têm mais médicos do que enfermeiros. Na Tailândia constatou-se que uma das estratégias para se ter os profissionais suficientes na zona rural foi a consignação do curso de graduação com um contrato compulsório de três anos em hospitais. Após a qualificação, esses profissionais podem atuar no local de sua preferência (67).

### **2.3.1 Situação dos Profissionais em Hospitais do Brasil**

Uma grande parte das atividades dos profissionais que atuam em hospitais públicos e privados exige muitos esforços físicos, considerando-se que as pessoas permanecem de pé na maior parte do dia e que seu trabalho físico pode ser extenuante como o trabalho dos médicos e dos profissionais de enfermagem, do pessoal de manutenção, etc., (64).

O hospital (público ou privado) a partir do ano de 2000, em função de novas políticas implementadas pelo Ministério da Saúde, apresenta-se como uma empresa, cuja finalidade primeira é a promoção, proteção e manutenção da saúde da população por meio da prestação de serviços. Esta finalidade dos serviços de saúde tem sofrido um processo de

mercantilização, de acordo com interesses do capital, ao longo da história. A medicalização da sociedade se enquadra dentro destes interesses, domesticando o corpo e impondo padrões de normalidade. Nesse processo ocorreu uma diferenciação das instituições médicas, de acordo com os diferentes tipos de ações e diferentes clientela, o que constituiu as características de “privado” ou “estatal” existentes nestes serviços (13).

Uma situação verificada nos hospitais que chama a atenção é a questão da rotatividade de profissionais, que compromete os resultados esperados em relação a produtividade dos hospitais no Brasil. No estudo realizado no ano de 2003, na rede hospitalar do município de Uberaba, MG, foi constatado que o excesso de tarefas a serem desenvolvidas nas instituições hospitalares levou a apresentar uma maior rotatividade de recursos humanos. Outro fato constatado foi o quadro relativamente grande de profissionais do sexo feminino com idade média de 38 anos, atuando nas funções de enfermeiro, técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem, no que diz respeito à estabilidade que os profissionais adquirem nos hospitais públicos, contribuindo indiretamente na questão de ausências, por não sofrerem advertências (68).

### **2.3.2 Condições de Trabalho em Hospitais**

As condições de trabalho vividas por muitos trabalhadores da saúde, especialmente em instituições hospitalares, têm acarretado agravos à saúde, geralmente provenientes do ambiente de trabalho, da forma de sua organização e das atividades insalubres que executam. Essas situações têm causado prejuízo não só aos trabalhadores, mas também às instituições empregadoras e assistenciais de todo o mundo. Observa-se que os hospitais são organizações complexas, tanto pelos serviços prestados, como pela diversidade de trabalhadores, sendo que os usuários dessas instituições também passam por delicadas situações para a resolução do processo saúde-doença (69).

Caracteriza-se como trabalho hospitalar (70):

[...] a concentração de condições de trabalho de risco, representadas por trabalho nos finais de semana, por carga horária semanal superior a 40 horas, por trabalho

noturno, por cuidado de enfermos, por manipulação de produtos químicos, por radiações ionizantes, por transporte de cargas, entre outros.

A equipe de saúde, por exemplo, encontra-se exposta aos riscos provenientes das precárias condições de trabalho. Tais riscos são os responsáveis pelo aparecimento de enfermidades e de acidentes de trabalho que elevam o índice de absenteísmo, principalmente na categoria de enfermagem. Isso confirma que os riscos ocupacionais, que afetam os profissionais de enfermagem, de assistência médica e os demais colaboradores, estão de alguma forma relacionados a agentes físicos, químicos e biológicos e a fatores ergonômicos e psicossociais (71).

O ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado insalubre, por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infecto-contagiosas e concentrar realização de procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde. Além de prover cuidado básico de saúde a um grande número de pessoas, muitos são, freqüentemente, centros de ensino e pesquisa.

As instituições hospitalares no Brasil começaram a se preocupar com a saúde dos trabalhadores no início da década de 70, no século XX, quando pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) enfocaram a saúde ocupacional de trabalhadores hospitalares. Essa motivação foi resultado das evidências constatadas, de que os trabalhadores da área de saúde, submetem-se a riscos ocupacionais, sofrem acidentes de trabalho e adoecem, não atribuindo esses problemas às condições insalubres e a riscos oriundos do trabalho (72).

Esse ambiente de trabalho hospitalar contribui para o aparecimento de patologias e agravos ocupacionais. Isso foi constatado no estudo realizado no Japão, em 785 PHNs (Centros de Saúde Pública), sobre a síndrome de *burnout*, na equipe de enfermeiros que atuam diretamente com atendimento psiquiátrico, foi apontado que a prevalência foi significativamente alta (59,2%) em relação aos demais enfermeiros que atuam com outros atendimentos (51,5%) (73).

Sendo o ambiente hospitalar considerado insalubre, um cuidado maior pode ser adotado pelos profissionais em relação a sua própria saúde e segurança. Essa situação foi comprovada pelo estudo realizado em uma instituição hospitalar localizada na cidade de

Cascavel, PR, que atende clínicas básicas de atenção a saúde hospitalar com 52 leitos, onde foi verificado o conhecimento dos trabalhadores do hospital no desenvolvimento de suas atividades. Constatou-se que eles conhecem os riscos de forma genérica e que esse conhecimento não se transforma numa ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais (74).

A exemplo dessa situação, em outro estudo realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho em 2002, foi percebido o quanto era falho o sistema de monitoração ocupacional deles, considerando que mais da metade dos trabalhadores da instituição que lidam diretamente com radiações ionizantes não eram monitorados. Apontam que dois fatores poderiam justificar essa falta de controle da instituição: o primeiro seria a descentralização dos contratos de prestação de serviço de monitoração, ficando sob responsabilidade de cada Serviço; o segundo seria a distribuição e classificação errônea dos trabalhadores, uma vez que não havia na instituição quem pudesse orientar tal controle. O resultado reflete diretamente em problemas, sendo que um deles é o absenteísmo doença do qual os gestores administrativos tem conhecimento, mas não tomam as devidas providências (75).

### **2.3.3 Produtividade nos Hospitais**

Hospitais utilizam o conceito de produtividade no sentido empírico e popular “horas por paciente por dia”. Contudo, há também que se considerar a questão dos custos diretos e indiretos que os hospitais têm no seu resultado final, baseado no aumento ou queda dessa produtividade, decorrente do absenteísmo.

Em longo prazo, a efetiva contenção de custos depende do aumento da produtividade, em que, salários e benefícios representam aproximadamente 60% do total dos custos hospitalares; portanto a gerência da produtividade dos empregados terá o maior impacto na contenção dos custos. A experiência obtida no trabalho-produtividade em hospitais públicos, de acordo com alguns indicadores no ano de 1995, é de que os custos com recursos humanos têm oscilado entre 50% e 60% dos custos totais (76).

No estudo sobre a relação entre produtividade e absenteísmo, em uma clínica de saúde mental (Centro Médico Veterano *Affairs*, USA), no período de 01 de outubro de 1998 a 30 de

setembro de 1999, constatou-se que todo empregado acumula de 4 a 6 horas de saídas por enfermidade própria ou de algum familiar para cada 80 horas trabalhadas. As saídas são intercaladas para não haver desconto em folha de pagamento. Como a clínica é um órgão federal, a produtividade é baseada em auto-registro, onde os profissionais enfermeiros e médicos registram os dados após o contato com o paciente. Os registros das ausências eram um pouco maior que 1,5 semanas ao ano, e, no período acompanhado subiu de 27 horas para 144 horas, ou seja 3,5 semanas. A produtividade medida aumentou também de 107, no ano anterior, para 432, atingindo uma média de atendimentos de 2,19 a 5,43 pacientes-dia (77).

A produtividade é prejudicada a partir do momento em que há a informação de ausência de funcionários. Se essa informação chega no início do plantão, por exemplo, a situação é mais complicada, tornando-se mais estressante se o enfermeiro ou médico tiver que atender algum paciente em situação de urgência, quando deve priorizar as ações assistenciais, apesar de haver necessidade de atender às resoluções imediatas da questão administrativa (78).

Os enfermeiros são conhecidos por expressar pouco interesse na economia de incentivos e falta de incentivos, não se dando conta de nenhuma influência de estratégias de remuneração sobre sua conduta profissional. Em estudo realizado com 95 indivíduos em Londres e Genebra, constatou-se que os enfermeiros têm sua produtividade baseada na assistência aos doentes e não se preocupam com as questões econômicas de incentivos que os cercam. Também se observou que os enfermeiros preferem um maior investimento para melhorar as condições no trabalho do que incentivos individuais (79).

A produtividade nos hospitais do nordeste brasileiro é influenciada pelas diretrizes do SUS, que estabelece a quantidade de atendimentos a serem realizados por dia. Devido à carência de recursos, no ano de 2002, foi realizado um estudo sobre a viabilidade de se formarem consórcios entre os municípios para um melhor atendimento da saúde pública com as especificidades de rendimentos e referências heterogêneas de municipalidade, que diminuiriam os custos nos hospitais, tendo um número de profissionais enfermeiros que atendessem a demanda (80).

A visão dos enfermeiros iranianos sobre sua produtividade, apresentada no estudo realizado com 26 participantes que tinham entre 5-29 anos de experiência, em diversas funções no Hospital de Educação afiliado à Universidade Médica Tehran, apontou que a

educação, o gerenciamento, a supervisão e a coordenação dos superiores têm impacto significativo sobre a produtividade. Por outro lado, a falta de recursos humanos é o principal fator negativo na produtividade dos mesmos e na eficácia quanto ao cuidado. No Irã, os profissionais médicos e enfermeiros alegam que, em relação a outros países, sua produtividade é muito pobre. Acreditam que usam de 15-20% de sua produtividade no cuidado aos pacientes e 80% direcionam-se para tarefas técnicas e burocráticas, o que consideram um desperdício (81).

Na Noruega, a produtividade dos médicos e enfermeiros é medida pela alocação de recursos. O Serviço Nacional de Saúde da Noruega tem passado por um período de crescimento em relação a atendimentos na ordem de 8,2% a 9,5% durante o período de 1995-2004. Todavia, enquanto gastos do governo em saúde são de 44% nos Estados Unidos, e 54% na Suíça, na Noruega esse percentual atinge 84%. Desempenho e gastos de hospital não estão somente relacionados ao volume de pacientes, mas também com a qualidade e intensidade do tratamento. A baixa produtividade em hospitais tem sido explicada por acúmulo de atendimentos, particularmente nas funções de enfermagem e serviços médicos (82).

#### 2.4 POLÍTICAS DO SUS E A SAÚDE DO TRABALHADOR

Para o SUS, são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados; trabalhadores domésticos, avulsos, rurais, autônomos, temporários, servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços.

Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar, o aprendiz ou estagiário e aqueles temporários ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego. Este conceito de trabalhador, ampliado e abrangente, expressa o princípio de universalidade do SUS (35).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde do SUS são:

1. Atenção integral à saúde dos trabalhadores envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis;
2. Fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho;
3. Assistência integral à saúde dos trabalhadores, adequação e ampliação da capacidade institucional;
4. Articulação intra e intersetoriais;
5. Estruturação de rede de informações em saúde do trabalhador;
6. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;
7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos;
8. Participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador.

Com a preocupação e o compromisso de alterar essa situação e no cumprimento de seu dever, o Governo Federal está aglutinando a experiência acumulada em saúde e segurança do trabalhador pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, para elaborar a proposição de uma Política de Segurança e Saúde do Trabalhador, para que se desenvolvam ações integradas nessa área, de forma mais racional e universal (35).

Sendo assim, toda pesquisa na área da saúde, poderá subsidiar políticas públicas, uma vez que o direito universal à saúde é assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil, em seu Art.196 como “[...] um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...]”]; e também no texto da Carta Magna que, em seu artigo 198, afirma que “[...] As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único[...]” e em seu artigo 200 define que “[...] ao Sistema Único de Saúde compete [...] executar as ações de saúde do trabalhador [...]”. A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador, da seguinte forma:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho[...].

## 2.5 GESTÃO DE CUSTOS

Há uma divergência em terminologias que definem a palavra custo. Porém, é necessário definir e citar alguns conceitos e classificações, neste estudo, para fins de entendimento do texto (83):

1. **Custos** : é o valor de bens e serviços consumidos na produção de outros bens ou serviços (i.g. O custo com antibióticos utilizados para dar alta a um paciente com pneumonia);
2. **Despesas**: é o valor dos bens ou serviços não relacionados diretamente com a produção de outros bens ou serviços consumidos em um determinado período (i.g. Despesas com frete de equipamentos biomédicos para manutenção);
3. **Gastos**: é o valor dos bens ou serviços adquiridos pelo Hospital (i.g. O valor da aquisição de uma licitação de fios cirúrgicos);
4. **Desembolso**: é o pagamento resultante das aquisições dos bens e serviços pelo hospital (i.g. Pagamento pela aquisição de um lote de bolsas hemoterápicas);
5. **Perda**: é o valor dos bens ou serviços consumidos de forma anormal e involuntária (i.g. Danos provocados por sinistros);
6. **Desperdício**: é o consumo involuntário, que por alguma razão não foi direcionado à produção de um bem ou serviço (i.g. Violar pacotes esterilizados e não utilizar todo o seu conteúdo).

É importante ressaltar ainda, que um determinado bem em certo instante pode perfeitamente ser classificado em um determinado conceito e com o desenvolver do processo produtivo poderá mudar de categoria, ou mesmo estar incluído em mais de uma categoria (83).

Os sistemas tradicionais focalizam a gestão dos custos em três elementos: materiais utilizados na produção, mão-de-obra empregada e custos indiretos de fabricação, tendo os dois primeiros como elementos principais na composição dos custos do produto. Esses sistemas possuem a capacidade de fornecer informações gerenciais tais como (84):

1. **Apuração de custos**: por intermédio de métodos de acumulação por centros/custos, por ordem de produção/serviço ou por unidades de esforço de produção;

2. **Decisões:** método de análise de margem, estruturado de forma a permitir a realização de análise de custos fixos, lucro e margem de contribuição, e ponto de equilíbrio;
3. **Controle:** métodos fundamentados no custo-padrão e na contabilidade de custos por responsabilidade.

Os custos hospitalares são um instrumento de trabalho fundamental para a otimização das operações do hospital, alertando a administração para quaisquer resultados que exijam correção, auxiliam na determinação do preço de venda, nas decisões de investimento em imobilizado, na expansão de instalações hospitalares, na definição dos volumes de estoque de materiais e medicamentos, etc., (85).

### 2.5.1 Classificação de Custos

Na contabilidade, o método de apropriação de custos também é definido pela palavra custeio, em que existem diversos métodos apresentados na literatura especializada. Neste caso, apresenta-se uma breve abordagem entre os métodos de custeio mais usuais: o Custeio Pleno, o Custeio por Absorção, o Custeio Variável e o Custeio ABC (*Activity Based Costing*) (86):

1. **Custeio por absorção:** consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção: todos os gastos relativos ao esforço de fabricação são distribuídos para todos os produtos feitos;
2. **Custeio Pleno (RKW):** é aquele em que todos os custos e despesas de uma entidade são levados aos objetos (produto e/ou serviços) de custeio, com base em rateios;
3. **Custeio Variável:** somente os custos variáveis são alocados aos produtos ou serviços, uma vez que os custos fixos são considerados despesas do período, tendo seus valores alocados diretamente ao resultado. O Custeio Variável é também chamado de Custeio Marginal ou ainda de Custeio Direto, visto que os custos variáveis, na sua maioria, são diretos. Em razão da obrigatoriedade legal de uso do Custeio por Absorção, o Custeio

Variável é geralmente utilizado para fins gerenciais, como ferramenta de auxílio a administração para tomada de decisões;

**4. Custeio ABC (Custo Baseado em Atividades):** é um custeio por absorção, mas o objeto de custeio não é o produto, e sim as atividades envolvidas na produção do produto ou na prestação de algum serviço. O custeio ABC é adequado para organizações complexas, em que os produtos consomem os recursos de forma muito heterogênea. As entidades hospitalares parecem ser bons exemplos desse tipo de organizações;

**5. Custeio Padrão:** é um custeio predeterminado para a produção de um procedimento médico ou, preferencialmente, para um grupo significativo do mesmo procedimento médico durante um período específico, do futuro imediato. O custeio padrão deve prover-se de eficiência e qualidade.

### 2.5.2 Sistema de Custos Hospitalares

Com referência aos custos na área de saúde, esses envolvem aspectos relacionados aos crescentes gastos públicos na área, aos problemas relacionados ao financiamento desses gastos, necessidade e disseminação de métodos adequados de apuração ou mensuração de custos, à importância de seu gerenciamento, de seu controle e de seu uso para decisão, à análise e escolha de programas e ao estabelecimento de políticas para a área (87).

Um sistema de custos sob orientação gerencial deve ser constituído de forma a preencher as diferentes necessidades internas no processo de gerenciamento da instituição hospitalar. Nesse sentido, o sistema de custos adequado ao suprimento das informações de que necessitam as instituições de saúde, no presente cenário de assistência médico-hospitalar, podem ser resumidas no seguinte elenco de informações (85):

**1. Custo dos Serviços Prestados:** apuração dos custos dos serviços relacionados à atividade produtiva com o objetivo de suprir as necessidades de natureza contábil e principalmente o processo de tomada de decisões;

**2. Apropriação de Custos por Centros de Custo:** esta orientação compreende o cálculo do custo por meio da estruturação dos centros de custos, propiciando o alcance dos serviços sob a unidade de diária, taxa de sala, consultas, exames, atendimento de pronto socorro, dentre outros;

**3. Custo do Procedimento Médico-Hospitalar:** determinação do custo dos procedimentos existentes no hospital com o objetivo de avaliação dos resultados operacionais específicos e geração de um importante instrumento de verificação da eficácia dos recursos utilizados na consecução dos tratamentos.

Nos hospitais, onde os fatores de produtividade e competitividade diferem das abordagens adotadas pelas empresas de modo geral, a gestão estratégica de custos assume um papel vital. Os leitos ociosos nos hospitais constituem um exemplo desta abordagem. Esses leitos, apesar de não estarem sendo utilizados, não podem ser desativados, pois a demanda do hospital não pode ser tratada semelhante aos modelos aplicáveis às empresas. Os hospitais lidam com vidas humanas e estes leitos devem estar disponíveis para emergências (88).

### **2.5.3 Orçamento na Área da Saúde**

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como missão "contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde". Os recursos destinam-se a prover, nos termos do artigo 2º da lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as despesas do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração indireta, bem como as despesas de transferência para a cobertura de ações e serviços de saúde a serem executados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

No Brasil, a contabilidade dos gastos de saúde agregados ainda é muito precária. O registro de gastos, em geral, se restringe ao pagamento de serviços prestados, não sendo efetuada, por exemplo, uma contabilidade dos gastos em pesquisa e capital. A vinculação do orçamento do Ministério da Saúde ao da Previdência Social, no orçamento da seguridade social, tem implicado nos últimos anos, com a elevação das despesas da Previdência Social,

que os gastos em saúde sejam determinados de forma diferenciada a cada ano através da Lei das Diretrizes Orçamentárias (89).

A transferência Fundo a Fundo consiste no repasse de valores, regular e automático, diretamente do FNS para os Estados e Municípios, independentemente de convênio ou instrumento similar, de acordo com as condições de gestão do beneficiário, estabelecidas na Norma Operacional Básica - NOB 01/96 e Normal Operacional de Assistência a Saúde - NOAS 01/2001. Destina-se ao financiamento dos programas do SUS e abrange recursos para a Atenção Básica (Piso da Atenção Básica - PAB fixo e PAB variável) e para os procedimentos de Média e Alta Complexidade (34).

Para simular a situação orçamentária da saúde no Brasil em 2025 considerando o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema suplementar, por exemplo, foi realizado um estudo, onde tem-se que considerar quatro parâmetros: crescimento do PIB, distribuição de renda, crescimento populacional e relação entre inflação geral e inflação de gastos em saúde. O país investiu 2007, o equivalente a cerca de 8% do PIB, sendo que cerca de 3,5% correspondem a investimentos do governo; o restante é dividido entre o setor privado e os consumidores. De outro lado, o crescimento da população, segundo o IBGE atingirá 230 milhões em 2025, combinado à redução das faixas etárias mais jovens, aumentará a demanda de serviços, especialmente os de maior custo. Com o envelhecimento da população, os tratamentos tendem a ser mais longos e os procedimentos mais complexos. Se o país crescer, entre 2% e 2,5%, esse número deverá subir para 14%. Se não houver crescimento econômico, os problemas tendem a serem maiores (90).

### 3 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Diante dos levantamentos bibliográficos e da vivência na região Centro Sul do Estado de Rondônia, são várias as situações que demonstram a importância de estudos sobre o ônus do absenteísmo na área de saúde:

1) Os economistas e administradores que discutem essa relação, absenteísmo com produtividade, em sua maioria, estão restritos ao setor empresarial, que envolve as indústrias, a prestação de serviços como o comércio de modo geral, instituições financeiras, empresas de telemarketing, instituições de ensino, e não atentam para a área da saúde, seja do setor público ou do setor privado. Este último diferencia-se pela necessidade que os empresários têm de apurar os custos de produção, que influenciam no preço final de bens e serviços. Já o setor público, em razão de sua abrangência, tem dificuldades para apresentar propostas que subsidiem políticas de redução do absenteísmo (74);

2) Verifica-se que em determinadas regiões do país os estudos concentram-se nos fatores que causam o absenteísmo dos profissionais da área de saúde, principalmente dos que atuam na equipe de saúde (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), com doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e demais agravos, relacionando-as com as atividades profissionais desempenhadas nos hospitais públicos e universitários, sem apresentar os referidos custos (91);

3) São escassos os levantamentos sobre os custos gerados pelo absenteísmo no país, indicador este de extrema relevância utilizado para subsidiar implantação de políticas necessárias para aplicação de recursos voltados para a saúde dentro das empresas. Apesar de raríssimas exceções (algumas grandes multinacionais), as empresas brasileiras, por diferentes motivos, não gerenciam estas questões (2);

4) O absenteísmo é considerado um problema de gerência hospitalar de graves conseqüências, como a queda da qualidade assistencial de enfermagem. Em análise da produção científica sobre o absenteísmo, em equipe de enfermagem hospitalar mediante pesquisa bibliográfica e eletrônica, estudos já mostraram recomendações sobre a necessidade de maior incentivo ao desenvolvimento de pesquisas em busca de soluções para o problema do absenteísmo doença nos hospitais (92);

5) Além dos fatos abordados, justifica-se ainda a realização desse tipo de estudo, frente à divulgação de editais a nível federal, tendo como exemplo, os de seleção pública de propostas promovidas pelo Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Ciência e Tecnologia e CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), para pesquisas direcionadas ao Estudo da Avaliação Econômica e Análise de Custos (Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT-n. 36/2005);

6) No aspecto local, conforme dados do Ministério da Previdência Social, o Estado de Rondônia tem cadastrado 686 profissionais de enfermagem (COREN-RO) e 1.230 médicos (atuando em diversas especialidades) no Conselho Regional de Medicina (CREMERO). Desses últimos, 527 atendem somente na capital. O Estado conta ainda com 90 unidades hospitalares, das quais 75% são públicas e 25% são privadas. Esses dados tornam a pesquisa relevante no sentido de ser apresentado um diagnóstico em relação ao desempenho do profissionais de saúde (93);

7) Ainda sob a óptica regional, o Brasil é constituído por regiões que têm características diferenciadas. Entre outros fatores, a Região Norte destaca-se também pela carência de pesquisas na área da saúde. Decorre disso a importância de investigar o ônus provocado aos cofres do setor público pelo absentéismo justificado por atestados médicos, dos trabalhadores de saúde que atuam em hospitais.

De acordo com essas informações, a proposta de pesquisa aborda a questão econômica na área de saúde, envolvendo os profissionais que desempenham as atividades prioritárias dentro de hospitais públicos, monitorados pelos municípios, que resultam em acréscimos de gastos ao erário público, pelas ausências desses profissionais.

Para validar essa discussão de pesquisa, o estudo foi desenvolvido em hospitais públicos situados na Região Centro Sul do Estado de Rondônia, no qual são poucos os dados divulgados por pesquisadores. Considerado um estado novo, os arquivos com dados financeiros inventariados para pesquisas são escassos na área da saúde, principalmente no que se refere a análises financeiras. Isso torna a pesquisa relevante na sua concepção, sendo que os resultados poderão contribuir para implantação de programas que auxiliem na assistência aos profissionais que atuam na prestação de serviços.

Com base nas questões apontadas, a investigação pretende responder ao seguinte questionamento: qual o gasto financeiro adicional na folha de pagamento, decorrente do absenteísmo, por ausências justificadas com atestados médicos, de servidores médicos e profissionais de enfermagem que atuam em hospitais públicos na Região Centro Sul do Estado de Rondônia?

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 GERAL:

Conhecer os gastos financeiros, decorrentes do absenteísmo de médicos e profissionais de enfermagem que atuam em hospitais públicos da região Centro Sul do Estado de Rondônia.

### 4.2 ESPECÍFICOS:

1. Verificar o tempo em dias que predominam as ausências por atestados médicos nas unidades hospitalares selecionadas para o estudo, no período de 2004 a 2007;
2. Verificar se existe relação das ausências com patologias e/ou agravos ocupacionais, proximidade de finais de semana e feriados, durante 4 anos (2004/2007), dos hospitais objeto do estudo;
3. Simular os gastos operacionais implícitos, gerados na folha de pagamento, decorrentes do absenteísmo por atestados médicos, no período de 4 anos (2004/2007), desses hospitais públicos que foram alvos da pesquisa.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados coletados, de 2004 a 2007, das instituições hospitalares, foram retirados do banco de dados dos respectivos departamentos de recursos humanos, no período de janeiro a novembro de 2008.

### 5.1 TIPO DE PESQUISA

A investigação baseou-se em variáveis quantitativas discretas e contínuas, de forma retrospectiva.

Quanto ao objetivo, caracterizou-se como retrospectivo e analítico, na forma de levantamento bibliográfico, pesquisa aos sítios (*web*), banco de dados dos estabelecimentos selecionados para a pesquisa, ocupando-se com o porquê dos fatos/fenômenos/processos, visando o aprofundamento da realidade para além das primeiras aparências (94).

O estudo foi retrospectivo com apoio de observação, do qual não houve intervenção do pesquisador na exposição ou não do indivíduo a determinado fator. A própria condição em que o indivíduo se insere é que foi determinante para o resultado obtido (95).

### 5.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

Uma vez validado o instrumento de pesquisa, o mesmo foi aplicado nos estabelecimentos hospitalares identificados como representativos, no intuito de conhecer os gastos financeiros adicionais, decorrentes do absenteísmo por atestados médicos de profissionais de enfermagem e de médicos que atuam nos hospitais da Região Centro Sul do Estado de Rondônia.

Sendo assim, a pesquisa foi realizada em hospitais públicos situados nos municípios de Cacoal, Ji-Paraná e Vilhena, RO. A escolha desses locais deveu-se ao fato de existirem, nesses sítios, uma rede estruturada de serviço destinada ao atendimento médico-hospitalar e, também, por contar com o maior número de profissionais na área de saúde (médicos e profissionais de enfermagem), o que faz com que haja maior demanda a ser atendida.

### **5.2.1 Aspectos Gerais da Cidade de Cacoal**

O município de Cacoal localiza-se a uma latitude 11°26'19" sul e a uma longitude 61°26'50" oeste, estando a uma altitude de 200 metros. Localizado na parte central do estado, as margens da BR 364, distante 477 km da capital Porto Velho, com extensão territorial de 3.793 km<sup>2</sup>, representando 1,6% do estado, limitando-se ao norte com o Estado do Mato Grosso (Aripuanã); oeste com o município de Presidente Médice e Ministro Andreazza; ao sul com Rolim de Moura e a leste/nordeste com o município de Espigão do Oeste. Sua população em 2008, de acordo com o IBGE é de 78.675 habitantes e uma densidade de 19,7 hab./Km<sup>2</sup>. Teve sua emancipação política em 26 de setembro de 1977, pela lei no. 6.448/77, de 11 de outubro de 1977. É a quarta maior cidade do estado e possui o quinto maior PIB entre os municípios rondonienses. É a cidade com o melhor índice de saneamento básico do estado de Rondônia.

O município é movido principalmente pelas grandes indústrias do setor madeireiro, agropecuário e comércio. É um dos municípios mais prósperos do estado por sua sólida economia em expansão. As principais atividades econômicas são a agropecuária e o comércio. Além disso, o município tem se consolidado como um pólo no setor de serviços, principalmente de educação e saúde. Em abril de 1998, o município por meio da Portaria n. 2.509 (Diário Oficial da União) foi habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, e passa a assumir toda a responsabilidade das ações de saúde, conforme determina a Norma Operacional Básica – NOB. Na área da saúde conta 04 laboratórios públicos municipais e 04 laboratórios da rede privada conveniados ao SUS, 04 unidades de saúde da rede privada e filantrópica, conveniadas ao SUS, 25 unidades de saúde da rede pública, dentre eles os 02 hospitais que fazem parte da pesquisa (96).

### 5.2.2 Aspectos Gerais da Cidade de Ji Paraná

Ji-Paraná é um município brasileiro do estado de Rondônia. Com uma população de 111.010 habitantes, a cidade é a 2ª mais populosa do estado de Rondônia, 17ª mais populosa da Região Norte do Brasil. A cidade é movida principalmente pelas grandes indústrias do setor madeireiro, industrial e laticínios. O município foi o primeiro do estado de Rondônia a investir em alta tecnologia de comunicação de dados, quando conectou através de uma rede sem fio o prédio principal a sub-prefeitura. Localiza-se a uma latitude 10°53'07" sul e a uma longitude 61°57'06" oeste, estando a uma altitude de 170 metros. Possui uma área de 6.897 km<sup>2</sup> representando 2,9% do estado, seu território tem como limite as cidades de: Vale do Anari ao norte, Theobroma ao noroeste, Ouro Preto do Oeste e Vale do Paraíso ao oeste, Teixeiraópolis e Urupá ao sudoeste, Presidente Médici ao sul e Ministro Andreazza ao sudeste.

Em 1977, através da Lei No. 6.448, de 11.10.77, o Presidente Ernesto Geisel, concede a emancipação política à Vila de Rondônia, que passou a se denominar Ji-Paraná, dividindo sua sede administrativa em dois setores urbanos distintos, conhecidos como primeiro distrito (zona norte) e segundo distrito (zona sul). Em 22 de novembro a instalação oficial do município com a designação do primeiro prefeito.

O município possui uma boa rede de saúde pública e privada, contando com um Hospital Municipal que atende além da população desse município, mais de quinze municípios do estado mandam seus doentes para a cidade. Além do Hospital Municipal, Ji-Paraná em 2005 tinha 21 estabelecimentos de saúde municipais, um estadual, 36 privados e várias clínicas particulares. Conta com um centro odontológico público municipal que atende toda população carente do município, com extrações e obturações, fora os mais de 30 consultórios odontológicos particulares.

No entanto o Hospital Municipal sofre alguns problemas como excesso de pacientes e falta de profissionais qualificados na área de saúde, fazendo com que muitas pessoas tenham que esperar longas horas na fila para serem atendidas, ou então acabam sendo transferidas para outros centros médicos. A cidade conta ainda com a 1ª Santa Casa de Misericórdia do estado de Rondônia, tendo em 2008 um atendimento clínico com diversas especialidades, contando ainda com um Laboratório de Análises Clínicas, Centro de Reabilitação Fisioterápica,

aparelhos de Ultra-som e Raio-X, a instituição foi fundada com objetivo de proporcionar um tratamento de saúde igualitário a todos (96).

### **5.2.3 Aspectos Gerais da Cidade de Vilhena**

Vilhena conta com uma população em 2007 de 76.746 hab., sendo que 63.346 habitantes residem na zona urbana. A área total do município é de 11.519 km<sup>2</sup> com densidade de 5,5 hab/km<sup>2</sup>. Encontra-se a 705 km (setecentos e cinco quilômetros) de Porto Velho (capital de Rondônia) e a 727 Km (setecentos e vinte e sete quilômetros) de Cuiabá (capital do Mato Grosso). Sua posição geográfica é de 12°44'45" de latitude e 60°08'12" de longitude Oeste, a uma altitude média de 663 m (seiscentos e sessenta e três metros). Seu clima é quente e úmido, com temperaturas médias de 23 °C (vinte e três grau centígrados), com friagens, no meio do ano, que chegam a 9 °C (nove graus centígrados). O período chuvoso vai de setembro a maio com precipitações pluviométricas anuais de 1.800 a 2.400 mm (um mil e oitocentos a dois mil e quatrocentos milímetros).

É um Município que se destaca como importante pólo estratégico, por localizar-se num entroncamento rodoviário que interliga todo o cone sul do Estado de Rondônia, dos quais fazem parte os Municípios de Corumbiara, Cerejeiras, Colorado do Oeste, Cabixi e Pimenta Bueno e o Noroeste de Mato Grosso com Municípios de Aripuanã, Juruena, Castanheiras, Juína, Brasnorte e Comodoro. Sua emancipação político-administrativa foi efetivada pela Lei nº 6.448, de 11 de novembro de 1977, tendo seu primeiro Prefeito efetivo, tomado posse à 23/11/77. É a quinta maior cidade do estado, detém o terceiro maior PIB entre os municípios de Rondônia. Conhecida por seu clima relativamente agradável e pouco comum na região amazônica, a cidade ostentava em 2000 o melhor IDH-M (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) 0,77 do estado de Rondônia, sendo a única cidade interiorana da região Norte do Brasil a liderar esse índice em seu estado.

As condições físicas e sanitárias da rede de saúde são regulares, sendo comum o atendimento de doentes vindos de outros locais do cone sul do estado e cidades próximas do estado do Mato Grosso. A situação da saúde do município é delicada, devido ao grande

número de atendimentos realizados pela rede física, mantida exclusivamente pela prefeitura de Vilhena. A rede de saúde pública é formada pelo Hospital Regional Adamastor Teixeira de Oliveira (fundação SESP), Centro de Atendimento Emergencial Neo-Natal, vários postos e centros de saúde, dentre outros. No entanto, a modernização do atendimento e a ampliação da rede física na área de saúde, têm sido o principal motivo para a procura da população de outros municípios, causando grandes problemas devido ao excesso de pacientes, pois o sistema de saúde público tem dificuldades para suprir a demanda (96).

#### 5.2.4 Hospitais Públicos e Privados do Local de Estudo

Para visualização dos locais de estudo, foi feita uma apuração de informações junto ao DATASUS (2007), que aponta o nome, endereço, quantidade de médicos e profissionais de enfermagem, bem como quantidade de leitos em cada hospital que estão em funcionamento nas cidades selecionadas para objeto do estudo.

##### Cacoal (Região Centro Sul, RO):

Nome do Hospital	Natureza Jurídica	Qtde. de Profissionais	Qtde. de Leitos
Hospital dos Acidentados Cacoal	Instituição Privada	08	17
Hospital e Maternidade São Paulo	Instituição Privada	22	23
Hospital Geral e Ortopédico	Instituição Privada	16	13
Hospital Mun. Materno Infantil Cacoal	Instituição Pública	97	47
Unidade Mista de Cacoal Pronto Socorro	Instituição Pública	75	45
Clinica Santa Helena	Instituição Privada	08	26

##### Ji Paraná (Região Centro Sul, RO):

Nome do Hospital	Natureza Jurídica	Qtde. de Profissionais	Qtde. de Leitos
Hospital Cândido Rondon	Instituição Privada	10	58
Hospital Clismar Ji Paraná	Instituição Privada	12	16
Hospital das Clínicas 6 de Maio	Instituição Privada	07	10
Hospital Modelo	Instituição Privada	06	11
Hospital Municipal	Instituição Pública	277	120
Hospital Stella Maris Ji Paraná	Instituição Privada	08	32

##### Vilhena (Região Centro Sul, RO)

<b>Nome do Hospital</b>	<b>Natureza Jurídica</b>	<b>Qtde. de Profissionais</b>	<b>Qtde. de Leitos</b>
Hospital Bom Jesus	Instituição Privada	11	18
Hospital e Mat. Santa Helena	Instituição Privada	12	33
Hospital R. Adamastor T. Oliveira	Instituição Pública	212	148

Dentre os hospitais identificados, realizou-se um levantamento detalhado para delimitar aqueles que participariam da pesquisa efetivamente, por terem características similares quanto à estrutura física de equipamentos, número de colaboradores, serviços de atendimento, etc., para os quais foram encaminhados os requerimentos de solicitação para participação na pesquisa, sendo eles:

#### **Cacoal:**

<b>Nome do Hospital</b>	<b>Natureza Jurídica</b>	<b>Qtde. de Profissionais</b>	<b>Qtde. de Leitos</b>
Hospital Mun. Materno Infantil Cacoal	Instituição Pública	97	47
Unidade Mista de Cacoal Pronto Socorro	Instituição Pública	75	45

#### **Ji Paraná:**

<b>Nome do Hospital</b>	<b>Natureza Jurídica</b>	<b>Qtde. de Profissionais</b>	<b>Qtde. de Leitos</b>
Hospital Municipal	Instituição Pública	277	120

#### **Vilhena:**

<b>Nome do Hospital</b>	<b>Natureza Jurídica</b>	<b>Qtde. de Profissionais</b>	<b>Qtde. de Leitos</b>
Hospital R. Adamastor T. Oliveira	Instituição Pública	180	130

### **5.3 POPULAÇÃO**

Para atender aos fins dessa pesquisa foram selecionados todos os servidores (médicos e profissionais de enfermagem) que estão e/ou estiveram atuando nas unidades em estudo no período 2004/2007. Para tanto, levou-se em conta que, no caso de o profissional atuar em mais de uma unidade, apenas um local foi considerado.

### **5.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO**

As variáveis investigadas neste estudo foram as do absenteísmo por atestado médico e falta, levando em consideração a sua frequência e o tempo de afastamento (01 a 15 dias) por serem de responsabilidade das instituições, além desse período o INSS assume o pagamento dos vencimentos. Já as variáveis independentes foram selecionadas com base na bibliografia estudada, com destaque para identificação de:

1. Motivo de licença – aspecto que induz ao afastamento ou ao diagnóstico, sendo caracterizado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças;
2. Número de dias relacionado à licença médica;
3. Trabalhador - categoria profissional e função do colaborador dentro da instituição (médicos e profissionais de enfermagem).

## 5.5 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

O procedimento iniciou-se a *priori* com o administrador responsável pela unidade hospitalar, procedendo-se uma exposição dos objetivos da pesquisa e demais considerações acerca da metodologia a ser adotada no estudo por meio de requerimento impresso, minuta do projeto de pesquisa, carta de apresentação da pesquisadora emitida pelo coordenador do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – FS/UnB, cópia do certificado de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - FACIMED, instituição de ensino superior localizada na cidade de Cacoal, RO, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e contato *in loco*. Na ocasião, reafirmou-se ao mesmo que seriam mantidos em sigilo os nomes dos profissionais da instituição e todos os dados coletados, cuja divulgação pudesse infringir o Código de Ética (Anexo B e C).

Na seqüência, já com a devida autorização, procedeu-se a obtenção de dados junto ao departamento de Recursos Humanos e com o responsável indicado pelo gestor dos hospitais, com destaque para:

- a) listagem dos profissionais (médicos e profissionais de enfermagem) que desenvolvem atividades nas unidades pesquisadas, priorizando a verificação da ocorrência dos afastamentos;
- b) planilhas em que constam as anotações de faltas dos funcionários, anotando e identificando os tipos de ausências existentes e/ou recorrentes das instituições hospitalares;
- c) coletaram-se dados referentes à caracterização dos hospitais, abrangendo os setores de atendimento, administração, especialização de pronto atendimento, até o nível de produtividade.

No que tange aos gastos operacionais apresentados na análise e discussão dos dados dessa pesquisa, vale lembrar que devido à existência de “n” valores para cada categoria na folha de pagamento do servidor do hospital público, como também devido aos registros de plantões, horas extras, adicionais por tempo de serviço e outros auxílios, foram simulados valores baseados no salário médio por categoria, fornecido pelo departamento de recursos humanos relativos aos médicos e profissionais de enfermagem (auxiliar de enfermagem, técnico em enfermagem e enfermeiro), e não nas especificidades agregadas em cada folha de pagamento.

### **5.5.1 Coleta de Dados**

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi adaptado (12), tendo como variáveis: motivo de licença, função (profissionais de enfermagem e médicos), tempo de afastamento, gênero, tempo de serviço, valor de remuneração. Pelo fato dos dados serem secundários e retrospectivos, as informações foram obtidas por meio de anotações existentes nas fichas de controle de frequência, e demais dados arquivados junto às pastas individuais dos profissionais pesquisados.

O levantamento foi realizado no período de Janeiro a Novembro de 2008, nas secretarias de saúde e finanças dos municípios de Cacoal, Ji Paraná e Vilhena, que são os

pólos de referência no atendimento e promoção de saúde, na região Centro-Sul do estado de Rondônia, bem como nos respectivos departamentos de recursos humanos dessas instituições hospitalares.

Houve limitações decorrentes da falta de anotações nos atestados médicos, arquivados junto às pastas individuais dos profissionais, que indicasse pelo CID – Código de Identificação de Doenças, a causa que gerou o agravo ocupacional quando justificado o absenteísmo por atestado médico.

### 5.5.2 Fonte de Coleta de Dados

Foram verificadas condições ambientais, dentre as quais estrutura física, segurança, localidade, epidemias e endemias do período e se há alguma relação destas com a sazonalidade da região. Observou-se ainda, outras variáveis que identificam fatores associados aos afastamentos, como gênero, tempo de serviço e a ocupação (médicos e profissionais de enfermagem).

Para subsidiar o cálculo do índice de absenteísmo doença, foi aplicada a fórmula com base na metodologia proposta (10), conforme apresentado no quadro 03, a qual contempla os mais variados tipos de ausências ao trabalho não previstas, como faltas, licença-médica, licença-maternidade, licença por acidente, licença - INSS e outros tipos de licença e suspensões. Nesse caso, aplica-se a divisão do total de dias das ausências não previstas ao trabalho, pelo número de dias úteis trabalhados no período, descontados os dias relativos às férias, feriados e aos finais de semana, que nesse caso somam-se 272 dias ao ano, multiplicado pelo número de profissionais da categoria que se está pesquisando. Esse resultado multiplica-se por 100 para apresentar o índice em porcentagem.

#### Quadro 03 – Fórmula de Cálculo do Índice de Absenteísmo

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Total de dias das ausências não previstas ao trabalho}}{\text{N}^\circ \text{ médio de func.} * \text{N}^\circ \text{ de dias de trabalho no período}} \times 100$$

Nº médio de func. \* Nº. de dias de trabalho no período

Fonte: (10), p. 200) adaptado pela autora.

É importante observar que nos processos de dimensionamento dos médicos e profissionais de enfermagem, é necessário conhecer o índice de absenteísmo, para estabelecer o percentual de mão-de-obra necessário para a cobertura dessas ausências, sob a denominação de Índice de Segurança Técnica (IST). Esses dados têm como suporte a elaboração das planilhas de gastos operacionais, decorrentes dos custos fixos apurados nas instituições trabalhadas.

### **5.5.3 Análise dos Dados**

As informações foram organizadas conforme as necessidades do objeto de estudo, tendo como subsídio, para apoio de compreensão e análise, o material bibliográfico. Após a coleta dos dados, procedeu-se a apuração com base nos critérios de:

1. Consolidação das informações;
2. Identificação, em cada item, dos pontos comuns e agrupamento das similaridades;
3. Tabulação e apresentação gráfica de dados considerados relevantes para o melhor entendimento;
4. Discussão das categorias com vistas aos objetivos propostos;
5. Análise reflexiva dos dados coletados para o estudo, com o intuito de identificar os fatores relevantes.

Os dados foram ordenados por intermédio do programa *Microsoft Excel 2007*, sendo que para a análise dos resultados, foi utilizado o método descritivo, e apresentado em frequências absolutas e percentuais.

### **5.5.4 Questões Éticas**

Quanto aos profissionais pesquisados, não houve necessidade de esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa, bem como de assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>37</sup>, pelo fato dos dados coletados serem secundários, ou seja, já constavam em banco de dados dos arquivos nos departamentos de recursos humanos dos hospitais alvo da pesquisa. Foi preservado o sigilo quanto à apresentação da folha de pagamento para a referida pesquisa por solicitação dos secretários de saúde de cada município. Devido a isso, não constam em anexo, nenhuma cópia que subsidie informações adicionais aos valores fornecidos pelos responsáveis do departamento de recursos humanos.

Assim, o estudo foi baseado no que preconiza a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece normas para realização de pesquisa envolvendo seres humanos, apontando as quatro referências básicas da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, que visa a assegurar os direitos e deveres, no que diz respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estudo. Para tanto, essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da IES FACIMED (Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, Rondônia), no dia 05 de março de 2007, sem ressalvas (Anexo D).

## **6 RESULTADOS**

---

<sup>37</sup> Anexo B.

Nessa parte são apresentados os resultados obtidos nos respectivos departamentos de recursos humanos das instituições hospitalares que foram objeto alvo da pesquisa, do qual foi realizada a consolidação de informações.

## 6.1 DESCRIÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Os hospitais públicos são financiados pelas ações executadas, ou seja, conforme a produtividade (procedimentos realizados) registrada em planilhas apropriadas, que são elaboradas e enviadas pelo próprio Ministério da Saúde, o município recebe os recursos destinados à área saúde. Para melhor visualização dessa situação, foi apresentado no quadro 4 um resumo do total das despesas com saúde nos municípios no período de 2006 e 2007 por estarem mais recentes, para que o leitor possa ter idéia dos percentuais destinados em cada indicador. Esse levantamento de dados é feito ao final de cada período (ano) de acordo com as informações prestadas ao SIOPS- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Quadro 04 - Financiamento das Ações e Serviços de Saúde dos Municípios

<b>HOSPITAIS</b>	<i>H1 e H2</i>		<i>H3</i>		<i>H4</i>	
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Indicadores de Ações em %</b>						
Financ. de Recursos da Saúde:	54,70%	60,52%	50,45%	46,47%	69,69%	63,44%
Transf. de Outras esferas do Gov.	(98,13% da União)	(100% da União)	(98,19% da União)	(99,84% da União)	(95,93% da União)	(99,41% da União)
Recursos Próprios do Município	15,05%	16,12%	22,15%	25,65%	16,18%	17,71%
Gastos por Hab em R\$, sendo:	226,89	214,33	282,02	323,32	196,81	258,30
Com pessoal ativo	60,67%	60,47%	55,05%	54,70%	56,32%	55,90%
Com medicamentos	2,15%	3,58%	6,52%	4,48%	----	1,98%
Com serviços de terceiros	10,41%	12,37%	4,75%	5,07%	23,54%	28,84%
Com investimentos	2,85%	0,68%	1,23%	1,59%	1,60%	3,16%
Com outras despesas	23,91%	22,90	32,46%	34,16%	18,54%	10,12%
Transferências das Receitas:						
Provenientes de Impostos Mun.	9,30%	9,63%	11,38%	13,41%	9,63%	15,31%
Transf. de outras esferas do Gov.	75,93%	70,92%	84,25%	80,99%	68,02%	76,45%
Transf. p/ a Saúde do Total de Rec.	16,28%	18,40%	16,94%	17,38%	21,07%	26,52%

Fonte: Secretaria de Saúde dos Municípios dos hospitais H1, H2, H3 e H4(2008).

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

Para facilitar a descrição dos resultados, optou-se por denominar os hospitais públicos de H<sub>1</sub> e H<sub>2</sub> os quais estão situados no município de Cacoal, H<sub>3</sub> localizado na cidade de Vilhena e de H<sub>4</sub> localizado da cidade de Ji Paraná. Neste sentido, as características de cada unidade hospitalar encontram-se descritas no quadro 05.

Quadro 05 – Características Básicas dos Hospitais

<b>H1</b>	<b>H2</b>	<b>H3</b>	<b>H4</b>
<b>Leitos:</b> 47 ativos	<b>Leitos:</b> 45 ativos	<b>Leitos:</b> 130 ativos	<b>Leitos:</b> 120 ativos
<b>Atendimentos:</b> destina-se ao atendimento de crianças e gestantes, incluindo também as de alto risco;	<b>Atendimentos:</b> urgências e emergências, realizando procedimentos de média complexidade;	<b>Atendimento:</b> urgências e emergências, realizando procedimentos de média complexidade;	<b>Atendimento:</b> urgências e emergências, realizando procedimentos de média complexidade;
<b>Outros procedimentos:</b> realiza atendimento e internações nas clínicas básicas (médica, pediátrica, obstetrícia e cirurgia); procedimentos de orientação às parturientes individualmente quanto ao aleitamento materno, triagem neonatal, planejamento familiar, entre outros, iniciando-se a prevenção primária;	<b>Outros procedimentos:</b> incluem consultas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, internações, atendimento pré-hospitalar e hospitalar em emergência e traumas; realiza procedimentos de apoio e diagnóstico com exames laboratoriais, radiodiagnóstico e ultrasonografia;	<b>Outros procedimentos:</b> incluem consultas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, internações, atendimento pré-hospitalar e hospitalar em emergência e traumas; realiza procedimentos de apoio e diagnóstico com exames laboratoriais, radiodiagnóstico, ultrasonografia, eletrocardiograma e eletocefalograma;	<b>Outros procedimentos:</b> incluem consultas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, internações, atendimento pré-hospitalar e hospitalar em emergência e traumas; realiza procedimentos de apoio e diagnóstico com exames laboratoriais, radiodiagnóstico, endoscopia, eletrocardiograma e ultrasonografia;
<b>Profissionais nas seguintes especialidades:</b> cirurgia geral, ortopedista, anestesista, clínico geral, bioquímico, enfermeiro, nutricionista, ginecologista, obstetra, pediatra e outros.	<b>Profissionais nas seguintes especialidades:</b> cirurgia geral, ortopedista, anestesista, clínico geral, bioquímico, enfermeiro, nutricionista, ginecologista, obstetra, pediatra e outros.	<b>Profissionais nas seguintes especialidades:</b> cirurgia geral, ortopedista, cardiologista, neurocirurgia, anestesista, clínico geral, bioquímico, enfermeiro, nutricionista, ginecologista, obstetra, pediatra e outros.	<b>Profissionais nas seguintes especialidades:</b> cirurgia geral, ortopedista, anestesista, clínico geral, bioquímico, enfermeiro, nutricionista, ginecologista, obstetra, pediatra e outros.

Fonte: Depto. de Administração dos hospitais H<sub>1</sub>, H<sub>2</sub>, H<sub>3</sub> e H<sub>4</sub> – Adaptado pela autora (2008).

Quanto aos profissionais que atuam nesses hospitais, os mesmos foram admitidos por concursos, em nível federal, estadual e municipal, sendo que deste último aparecem alguns denominados comissionados, que são aqueles que atuam no serviço público nomeados por portarias pelos gestores municipais, ou seja, cargos de confiança. Esses comissionados

ocupam funções que vão desde auxiliares de serviços gerais, motoristas, auxiliares de saúde, auxiliares de cozinha, inclusive diretor geral do hospital, que no estudo simplesmente são considerados municipais.

No quadro 06 é apresentado um demonstrativo em quantidade dos profissionais que atuavam nas instituições hospitalares no ano de 2004 e no ano de 2007, por ser considerado o início e o final do período pesquisado. Ressalta-se que houve contratações e remanejamento na esfera municipal, ocasionando uma variação na quantidade dos profissionais nos hospitais, devido à demanda constatada dentro dessas instituições, conforme justificado pelo responsável do departamento de recursos humanos. Nesse caso, em 2007, no H1, são 59 homens e 145 mulheres, no H2 são 81 homens e 147 mulheres, o H3 conta com 89 homens e 207 mulheres e por último o H4 abrange 98 homens e 209 mulheres.

Baseado nas quantidades apresentadas pelos quatro hospitais no ano de 2004, onde o H1 tem 204 profissionais, H2 conta com 171, H3 com 283 e por último o H4 contando com 243 profissionais ao todo, observa-se que há uma média considerada entre esses hospitais, apresentando estatisticamente uma média de 225 profissionais atuando nesses hospitais, com o  $dp = 48,46$ . Já como as alterações no ano de 2007 em três hospitais, passamos a uma média de 259 profissionais atuando com um  $dp = 50,53$ .

Quadro 06 - Quantidade de Funcionários nos Hospitais por Contrato em 2004 e 2007

Tipo de Contrato	2004				Total	2007				Total
	H1	H2	H3	H4		H1	H2	H3	H4	
Federal	95	19	26	12	152	95	19	26	22	162
Estadual	29	60	59	28	176	29	60	61	59	209
Municipal	80	92	198	203	573	80	149	209	226	664
Total	204	171	283	243	901	204	228	296	307	1.035

Fonte: Depto. Recursos Humanos – H1, H2, H3 e H4 (2008).

Face o estudo se restringir à categoria específica de médicos e profissionais de enfermagem, o quadro 07 demonstra a quantidade desse público alvo da pesquisa, respeitando o tipo de contrato de admissão nas quatro instituições hospitalares tendo aproximadamente um  $dp = 80,51$  na quantidade de médicos e profissionais de enfermagem, e apresentando um  $dp = 157$ , quando relacionado os tipos de contratos.

Quadro 07: Quantidade de Médicos e Profissionais de Enfermagem nos Hospitais em 2007

Contrato	Função	H1	H2	H3	H4	Total por Contrato
Federal	Médico	01	-	04	08	59
	Enfermeiro	-	-	-	-	
	Téc. Enfer.	-	-	03	-	
	Aux. Enfer.	29	-	10	04	
Estadual	Médicos	05	04	07	05	90
	Enfermeiro	04	01	04	03	
	Téc. Enfer.	-	-	03	-	
	Aux. Enfer.	06	10	27	11	
Municipal	Médico	22	34	44	55	451
	Enfermeiro	03	02	14	15	
	Tec. Enfer.	06	01	29	22	
	Aux. Enfer.	21	23	75	85	
Total		97	75	220	208	600

Fonte: Depto. Recursos Humanos – H1, H2, H3 e H4 (2008).

Quanto aos vencimentos dos profissionais, esses também se diversificam, pelo fato que nos contratos de trabalho assinados após a efetivação do profissional, têm-se uma remuneração que é composta pelo salário denominado básico, e algumas outras vantagens como gratificações e horas extras que são acrescidas, oportunizando ao profissional ter um aumento de receita ao final do período trabalhado. Essa diferença, entre o salário básico e o salário total recebido, pode atingir valores em torno de mais de 600%, dependendo da função exercida. Para exemplificar, a média mensal da remuneração dos médicos nos três municípios corresponde a R\$ 2.415,00 com um  $dp = R\$ 1.186,00$  quando se refere aos salários base, e quando se verifica em relação ao salário recebido essa média se altera para R\$ 7.537,22 com um  $dp = R\$ 3.826,00$  aproximadamente. No quadro 08 são demonstradas essas remunerações pagas.

Quadro 08 - Remuneração por Contrato e Categoria Funcional

Contrato	Função	H1 e H2 - R\$	H1 e H2 - R\$	H3 - R\$	H3 - R\$	H4 - R\$	H4 - R\$
		Sal. Base	Sal. Total	Sal. Base	Sal. Total	Sal. Base	Sal. Total

Federal	Médico	1.342,32	9.092,32	1.342,32	9.092,32	1.342,32	9.092,32
	Téc. Enfer.	598,00	3.856,00	598,00	3.856,00	598,00	3.856,00
	Aux. Enfer.	402,62	3.108,67	402,62	3.108,67	402,62	3.108,67
Estadual	Médicos	1.566,00	6.168,00	1.566,00	6.168,00	1.566,00	6.168,00
	Enfermeiro	903,54	3.887,57	903,54	3.887,57	903,54	3.887,57
	Tec. Enfer	624,45	1.439,28	624,45	1.439,28	624,45	1.439,28
	Aux. Enfer.	450,45	1.188,48	450,45	1.188,48	450,45	1.188,48
Municipal	Médico	908,17	5.347,67	4.195,00	5.309,00	2.142,00	11.955,00
	Enfermeiro	875,10	1.254,60	1.029,00	1.433,00	1.953,00	2.630,00
	Tec. Enfer	492,75	1.167,90	624,00	965,00	840,00	980,00
	Aux. Enfer	370,55	1.198,42	468,00	784,00	525,00	793,00

Fonte: Depto. Recursos Humanos – H1, H2, H3 e H4(2008).

Baseado no que se propõe nesse estudo, torna-se relevante apontar as ausências dos médicos e profissionais de enfermagem, lembrando que para cálculo do gasto adicional, somente as ausências justificadas por dos atestados médicos, serão consideradas. No entanto, o quadro 09 demonstra todas as ausências (6.618 dias) nos 4 hospitais dos profissionais durante o período de 2004 a 2007, tanto as justificadas com atestado médico( 5.764 dias) , quanto as ausências não justificadas (854 dias). Cabe ressaltar que as ausências originadas de férias, licenças-maternidade, licença-nojo, etc., não estão computadas nessa apuração. A correlação entre as faltas não justificadas e os atestados médicos apresenta-se positiva tendo  $r = 0,91$ ; por outro lado também é positiva a correlação entre faltas com ausências não programadas com  $r = 0,81$  e por último confirma-se essa correlação de ausências não programadas com os atestados médicos onde  $r = 0,99$ .

Quadro 09 – Ausências em Dias dos Profissionais Médicos e Profissionais de Enfermagem nos Hospitais 2004-2007

Tipo de Contrato (Total/dia)	Período	H1			H2			H3			H4		
		Aus.	Ate.	Fal.	Aus.	Ate.	Fal.	Aus.	Ate.	Fal.	Aus.	Ate.	Fal.
Federal (991dias)	2004	158	158	-	-	-	-	17	15	2	42	42	-
	2005	323	322	01	-	-	-	40	34	6	56	56	-
	2006	54	53	01	-	-	-	107	86	21	81	81	-
	2007	06	06	-	-	-	-	-	-	-	107	107	-
Estadual (1.155 dias)	2004	02	-	02	101	101	-	202	196	6	70	70	-
	2005	23	10	13	90	48	42	119	116	3	76	76	-
	2006	05	04	01	31	23	08	61	48	13	128	128	-
	2007	10	08	02	03	02	01	149	140	9	85	78	07
Municipal ( 4.472 dias)	2004	83	71	12	126	115	11	261	253	8	528	513	15
	2005	146	143	03	163	108	55	272	250	22	1111	1080	31
	2006	137	115	22	177	140	37	449	227	222	353	248	105
	2007	15	14	01	51	45	06	382	359	23	218	75	143
Total (6.618 dias)		<b>962</b>	904	58	<b>742</b>	582	160	<b>2059</b>	1724	335	<b>2855</b>	2554	301

Fonte: Depto. Recursos Humanos – H1, H2, H3 e H4 – adaptado pela autora (2008).

É interessante observar que as ausências justificadas por atestado médico representam 94% do total das ausências no H1, 79% no H2, 84% no H3 e 90% no H4 registradas nos quatro anos. Baseado nesse número apurado de ausências, a explicação dada pelos responsáveis dos departamentos de recursos humanos, é que os profissionais da esfera federal e estadual têm um controle sobre as ausências menos rígido do que os profissionais municipais. O número de ausências justificadas por atestados médicos (5.764) sobre o total de ausências não prevista do período desses profissionais (6.618), atingiu um percentual de 87%. Significa que o absentismo doença neste caso foi de 87% nos quatro hospitais durante o período de 4 anos.

Com base ainda no quadro 09, para melhor entendimento e visualização do leitor, foi definida a questão das ausências por quantidade emitida de atestados médicos, nas categorias funcionais de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos em enfermagem, conforme apresentado no quadro 10.

Quadro 10 - Ausências em Dias com Atestado Médico no Período de 2004-2007

CARGO EXERCIDO	2004-2007				Total
	H1	H2	H3	H4	
Médico	30	218	121	310	679
Enfermeiro	-----	-----	188	447	635
Aux. Enfermagem	868	354	1.192	1.624	4.038
Téc. Enfermagem	6	10	223	173	412
Total	904	582	1.724	2.554	5.764

Fonte: Depto. Recursos Humanos – H1, H2, H3 e H4 – adaptado pela autora (2008).

Nesse quadro 10, observa-se que no H2 os médicos apresentam um número de 218 atestados médicos, o que chega a representar 37,5% (Figura 01), de todos os atestados do hospital. Esse dado é significativo em relação aos demais hospitais. As ausências dos profissionais auxiliares de enfermagem do H1 representaram 96% (Figura 01), em comparação ao total de atestados emitidos no hospital das quatro categorias descritas.

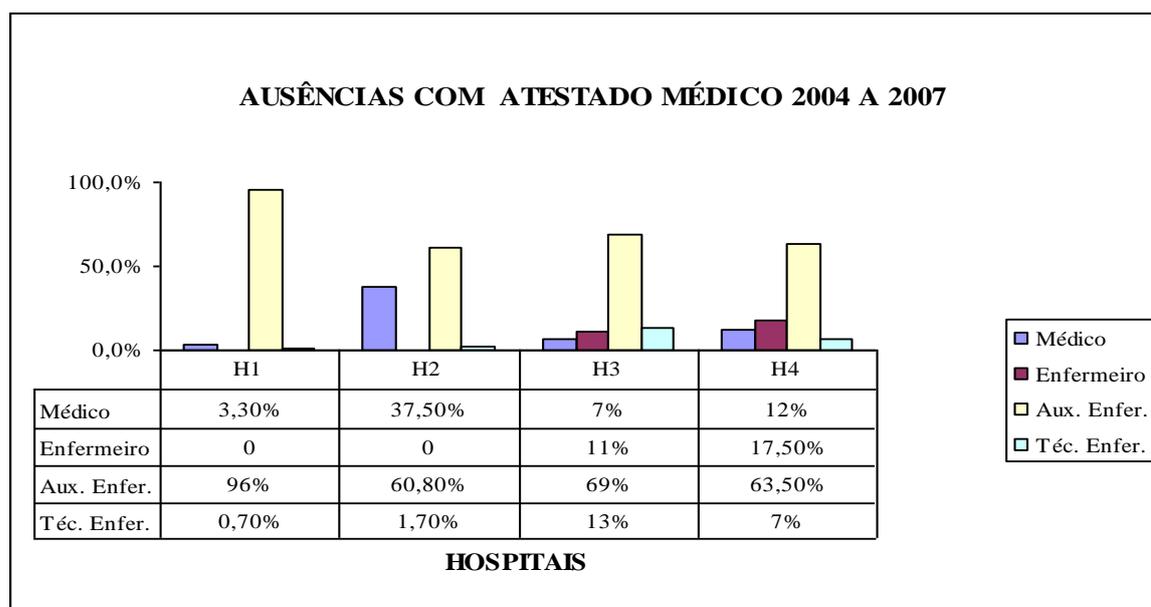


Figura 01 Ausências com Atestados Médicos de 2004 a 2007

Como foi analisado o período em dias, o quadro 11 apresenta a duração, em dias, do afastamento desses profissionais nos quatro hospitais, no período de 2004 a 2007, de forma conjunta. Sabe-se que para análise de gastos adicionais será descartado o período superior a 15 dias, pelo motivo de que tal período não representa mais custo para o hospital e sim para o INSS, conforme preconizado pela legislação trabalhista. A coluna de 16 a 20 dias, é

acrescentada pelo fato que se computa para efeito de cálculo 15 dias, e somente tiram-se os dias excedentes.

Quadro 11 - Atestados Médicos em Número de Dias no Período de 2004-2007.

Atestados Médicos	1 a 3 dias	4 a 6 dias	7 a 9 dias	10 a 12 dias	13 a 15 dias	16 a 20 dias	Total
H <sub>1</sub>	111	25	10	4	8	15	173
H <sub>2</sub>	72	12	7	2	20	4	117
H <sub>3</sub>	118	39	31	22	34	10	254
H <sub>4</sub>	493	66	46	22	39	8	674
<b>Total</b>	<b>794</b>	<b>142</b>	<b>94</b>	<b>50</b>	<b>101</b>	<b>37</b>	<b>1.218</b>

Fonte: Depto. Recursos Humanos – H<sub>1</sub>, H<sub>2</sub>, H<sub>3</sub> e H<sub>4</sub> – adaptado pela autora (2008).

Constatou-se no levantamento feito das ausências por dias de afastamento, a emissão de 1.218 atestados médicos no período. No caso do H<sub>1</sub> a quantidade foi de 173, no H<sub>2</sub> de 117, no H<sub>3</sub> de 254 e no H<sub>4</sub> de 674 atestados. Verifica-se que a predominância dos atestados médicos é de 1 a 3 dias, totalizando 794, o que representa 65,2% do total dos atestados médicos emitidos durante o período de 2004 a 2007. Se for visualizado na Figura 02, pode ser constatado que no H<sub>1</sub> esse percentual atingiu 64,2%, no H<sub>2</sub> de 61,5%, no H<sub>3</sub> de 46,5% e no H<sub>4</sub> chegou a atingir um patamar de 73,1%. Quanto ao período acima de 16 dias, somente não fazem parte do custo os 4 dias excedentes.

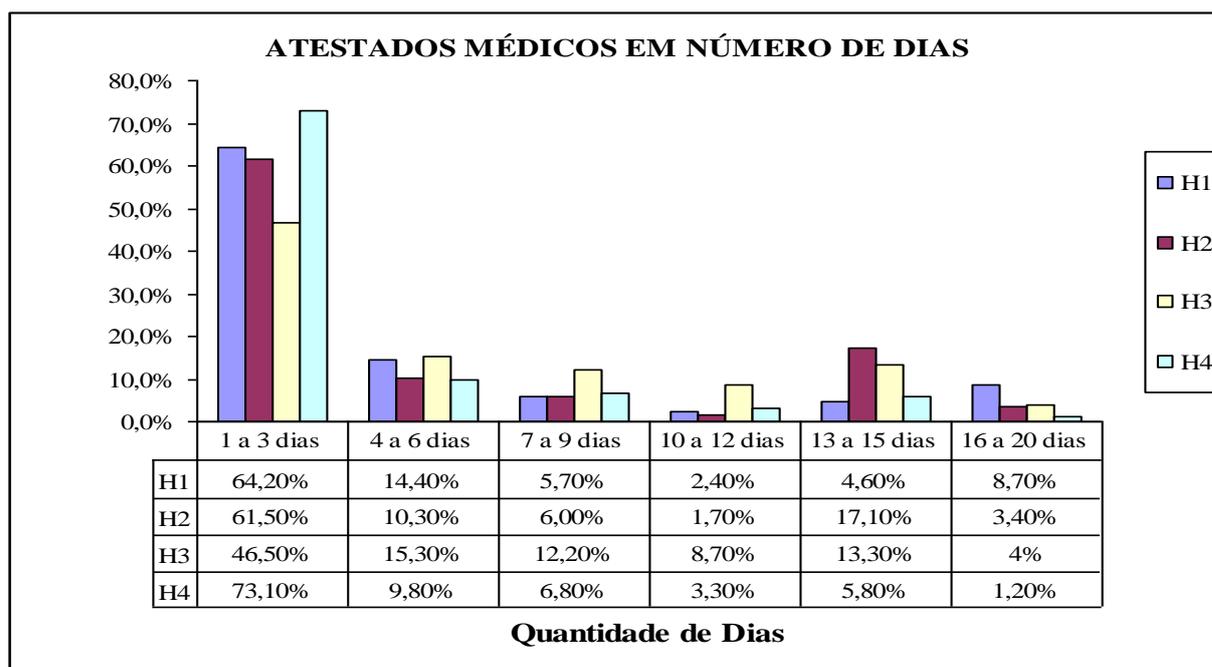


Figura 02 Atestados Médicos em Porcentagem nos Hospitais

Também foi observado, que nos atestados médicos, de até três dias, não há uma predominância significativa de algum dia específico da semana que evidenciam um maior número de justificativas das ausências. Somente aos sábados é que se constatou uma variação de 10% a mais de ausências em relação aos outros dias da semana. Na verdade, os dias de menor ausência, verificados nas planilhas, foram em feriados nacionais e regionais.

Devido às limitações na coleta de dados, só foi possível verificar os agravos e patologias no H<sub>1</sub> e H<sub>2</sub>. Os agravos ocupacionais que geraram essas ausências, conforme encontrado na base de dados coletados, pela identificação do CID – Classificação Internacional de Doenças, que acompanha a documentação dos profissionais no departamento de recursos humanos, aponta que 48% estão relacionados a doenças osteomusculares, conhecidas como LER (Lesão por Esforço Repetitivo) ou DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Ademais, 12% apresentam quadro de inflamação leve (amigdalite) e 15% dos afastamentos foram por depressão, sendo que o período de afastamento foi superior a 10 dias. Apareceram patologias como a dengue, em 5%, e os outros 20% corresponderam a cefaléia.

Com base nos dados apontados, a próxima etapa foi verificar o Índice do Absenteísmo desses profissionais. Baseado nesses dados relativo a quantidade de atestados emitidos, pode-se considerar que durante o período de quatro anos, os dias úteis trabalhados foram de 1.088 dias. Como são quatro instituições, observaram-se no H<sub>1</sub> 904 ausências não programadas com atestado, no H<sub>2</sub> somaram-se 582, no H<sub>3</sub> foram 1.724 e no H<sub>4</sub> totalizaram 2.554 ausências. O índice de absenteísmo por atestados médicos foi encontrado com base na metodologia (10); como se apurou 5.764 dias de ausências não previstas ao trabalho, pelos 600 profissionais de enfermagem e médicos, obteve-se um índice de 0,89%. Por outro lado, quando verificado o total de ausências no período desses profissionais, apurou-se 6.618 dias não trabalhados, o que eleva esse índice de absenteísmo para 1,02%.

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Total de dias das ausências não previstas ao trabalho}}{\text{N}^{\circ} \text{ médio de func.} \cdot \text{N}^{\circ} \text{ de dias de trabalho no período}} \times 100$$

Nº médio de func. \* Nº. de dias de trabalho no período

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{5.764}{272 * 4 * 600} = \frac{5.764}{652.800} \times 100 = 0,89\%$$

Atestados médicos 272\* 4 \* 600

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{6.618}{1.088*600} = \frac{6.618}{652.800} \times 100 = 1,02\%$$

Baseado nesse cálculo optou-se por apresentar de maneira geral, o índice do absenteísmo originado de atestado médicos, por funções encontradas nos quatro hospitais de maneira conjunta, para observar o quantitativo em dias que os profissionais deveriam ter permanecido trabalhando, caso não tivessem se ausentado. O quadro 12 apresenta esse índice por categoria com o tempo em dias que contribuíram para o absenteísmo doença.

Quadro 12 - Índice do Absenteísmo por Funções no Período 2004-2007

Função	Ausências Atestado Médico	Dias Trab. no Período	Total de Dias Trab.	Índice % Absenteísmo
Médicos	679	1.088*189	205.632	0,33%
Enfermeiros	635	1.088*46	50.048	1,27%
Aux. Enfer.	4.036	1.088*301	327.488	1,24%
Téc. Enfer.	414	1.088*64	69.632	0,59%
Total	5.764		652.800	0,89%

Fonte: Depto. Recursos Humanos – H1, H2, H3 e H4 – adaptado pela autora (2008).

Devido estar envolvido no estudo 4 instituições distintas, considera-se que o índice do absenteísmo de cada um desses hospitais deve ser apresentado, para que o leitor possa ter um parâmetro comparativo entre os hospitais. No quadro 13 é demonstrado o número de ausências justificadas por atestados médicos

Quadro 13 - Índice do Absenteísmo por Hospitais no Período 2004-2007

Hospitais	Total de dias Das ausências	Dias Trab. no Período	Total de Dias Trab.	Índice % Absenteísmo
-----------	-----------------------------	-----------------------	---------------------	----------------------

H1	904	1.088*97	105.536	0,86%
H2	582	1.088*75	81.600	0,71%
H3	1.724	1.088*220	239.360	0,72%
H4	2.554	1.088*208	226.304	1,13%
Total	5.764			0,89%

Fonte: Depto. Recursos Humanos – H1, H2, H3 e H4 – adaptado pela autora (2008).

Quando a análise se direciona para a questão financeira para verificar o ônus provocado pelas ausências, o índice do absentéismo toma outras dimensões. O quadro 14 apresenta em detalhes, o valor em reais (R\$) dos dias não trabalhados por categorias distintas, pelo fato que a remuneração é diferenciada nas esferas dos contratos de admissão dos profissionais, levando-se em consideração que os valores são relativos aos vencimentos do período de 2007. Para tanto, é apresentado o valor que a classe de médicos e profissionais de enfermagem recebeu no período dos quatro anos. Nesse sentido, dividiu-se o valor dias não trabalhados (ausências) pelo salário total dos 4 anos, e obteve-se o índice do absentéismo.

Quadro 14 - Apuração dos Gastos em R\$ das Ausências por Contrato e Funções no Período de 2004-2007

<b>Tipo de Contrato</b>	<b>Função</b>	<b>Número de dias Ausentes por atestados</b>	<b>Valor recebido por dia de trabalho</b>	<b>Valor Dias Não Trab. (Ausências)</b>	<b>Salário total dos 4 anos</b>	<b>Índice do Absenteísmo s/ os valores pagos</b>
Federal	Médico	142	44,75	6.355,00	837.608,00	0,76%
	Enfermeiro	----	-----	-----	-----	----
	Téc. Enfer.	39	20,00	780,00	86.112,00	0,90%
	Aux. Enfer.	779	13,42	10.455,00	831.008,00	1,26%
Estadual	Médicos	69	52,20	3.602,00	1.578.528,00	0,23%
	Enfermeiro	94	30,12	2.831,00	520.128,00	0,55%
	Téc. Enfer.	18	20,11	362,00	89.856,00	0,40%
	Aux. Enfer.	867	15,00	13.005,00	1.168.085,00	1,12%
Municipal H1 e H2	Médico	196	30,27	5.933,00	2.440.704,00	0,25%
	Enfermeiro	-----	-----	-----	----	-----
	Tec. Enfer.	18	16,45	296,00	165.564,00	0,18%
	Aux. Enfer.	537	12,35	6.632,00	782.602,00	0,85%
Municipal H3	Médico	82	139,85	11.468,00	8.859.840,00	0,13%
	Enfermeiro	142	34,30	4.871,00	691.488,00	0,71%
	Tec. Enfer.	194	20,80	4.035,00	868.608,00	0,47%
	Aux. Enfer.	671	15,60	10.468,00	1.684.800,00	0,63%

Municipal H4	Médico	190	71,40	13.566,00	5.654.880,00	0,24%
	Enfermeiro	399	65,10	25.975,00	1.406.160,00	1,85%
	Tec. Enfer.	145	28,00	4.060,00	887.040,00	0,46%
	Aux. Enfer.	1.182	17,50	20.685,00	2.142.000,00	0,97%
TOTAL		5.754		145.377,00	30.695.011,00	<b>0,48%</b>

Fonte: Depto. Recursos Humanos - H1, H2, H3 e H4 – adaptado pela autora (2008).

Os valores pagos nos quatro anos é o resultado da soma das ausências dos profissionais, multiplicado pelo valor pago de horas extras, conforme demonstrado no quadro 15. No caso dos médicos do H1 e H2, por exemplo, somaram-se todos os dias de ausências nas esferas federais, estaduais e municipais, e multiplicou-se por um único valor, devido à categoria receber plantões  $(30 + 22 + 196 = 248 * 700,08 = \text{R\$ } 173.620,00)^{38}$ , e em seguida somou-se o salário normal ao qual teve direito, pelo fato das ausências estarem justificadas, o que resultou no valor de R\$ 179.554,00.

Quanto aos demais profissionais de enfermagem no H1 e H2, também se procedeu da mesma maneira, somou o total de dias ausentes, depois multiplicou-se por 08 horas, pelo fato do recebimento ser estipulado em horas e não em dias, diferentemente dos médicos (*i.g.* Aux. Enfer =  $509+174+537= 1.220 * 8 = 9.760 * \text{R\$ } 3,50 = \text{R\$ } 34.160,00$ ), agregando-se o valor normal que não foi descontado no período de ausências justificadas, para se chegar ao valor adicional na folha de pagamento.

Em relação ao H3 e H4, os médicos e os profissionais de enfermagem recebem plantões. Devido a esta particularidade, foram multiplicados os dias ausentes pelo valor de cada plantão, levando-se em consideração somente as horas relativas a cada categoria. O índice sobre o gasto adicional foi encontrado com base na remuneração efetuada pelo salário base inicial dos profissionais do município, no período de 2004 a 2007.

<sup>38</sup> 30 Total de ausências dos médicos federais que atuam no H1 e H2;  
22 Total de ausências dos médicos estaduais que atuam no H1 e H2;  
196 Total de ausências dos médicos municipais que atuam no H1 e H2.

Quadro 15 – Valor Adicional em R\$ para Suprir as Ausências de Atestado Médico por Contrato e Funções no Período de 2004-2007

<b>Contrato</b>	<b>Função</b>	<b>Número em dias pagos</b>	<b>Valor H.E. pago</b>	<b>Total pago</b>	<b>Valor adicional folha pag.</b>	<b>Gasto adicional %</b>
Municipal H1 e H2	Médico	248	700,08/12h	173.620,00	179.554,00	7,4%
	Enfermeiro	-----	6,57/h	----	-----	---
	Tec. Enfer.	18	3,96/h	570,00	865,00	0,5%
	Aux. Enfer.	1.220	3,50/h	34.160,00	40.783,00	5,2%
Municipal H3	Médico	121	168,00/8h	20.328,00	31.796,00	0,4%
	Enfermeiro	188	58,00/8h	10.904,00	15.775,00	2,3%
	Tec. Enfer.	223	38,40/8h	8.564,00	12.599,00	1,5%
	Aux. Enfer.	1.192	28,40/8h	33.853,00	44.321,00	2,6%
Municipal H4	Médico	310	470,00/12h	145.700,00	159.266,00	2,8%
	Enfermeiro	447	150,00/12h	67.050,00	93.025,00	6,6%
	Tec. Enfer.	173	82,00/12h	14.186,00	18.246,00	2,1%
	Aux. Enfer.	1.624	75,00/12h	121.800,00	142.485,00	6,7%

Fonte: Depto. Recursos Humanos – H1, H2, H3 e H4 - adaptado pela autora (2008).

Verificou-se que, em relação aos hospitais H1 e H2, os médicos apresentaram o maior índice 7,4% conforme demonstrado na Figura 03, de toda a remuneração paga à categoria, ou seja, poderia ter sido economizado 198 salários básicos ou ainda 34 salários acrescidos de gratificações e adicionais. Em seguida, os auxiliares de enfermagem, com 5,2% (Figura 03) de adicional na folha de pagamento, o que resultou em 110 salários básicos, ou ainda em 34 salários quando acrescidos de gratificações e adicionais.

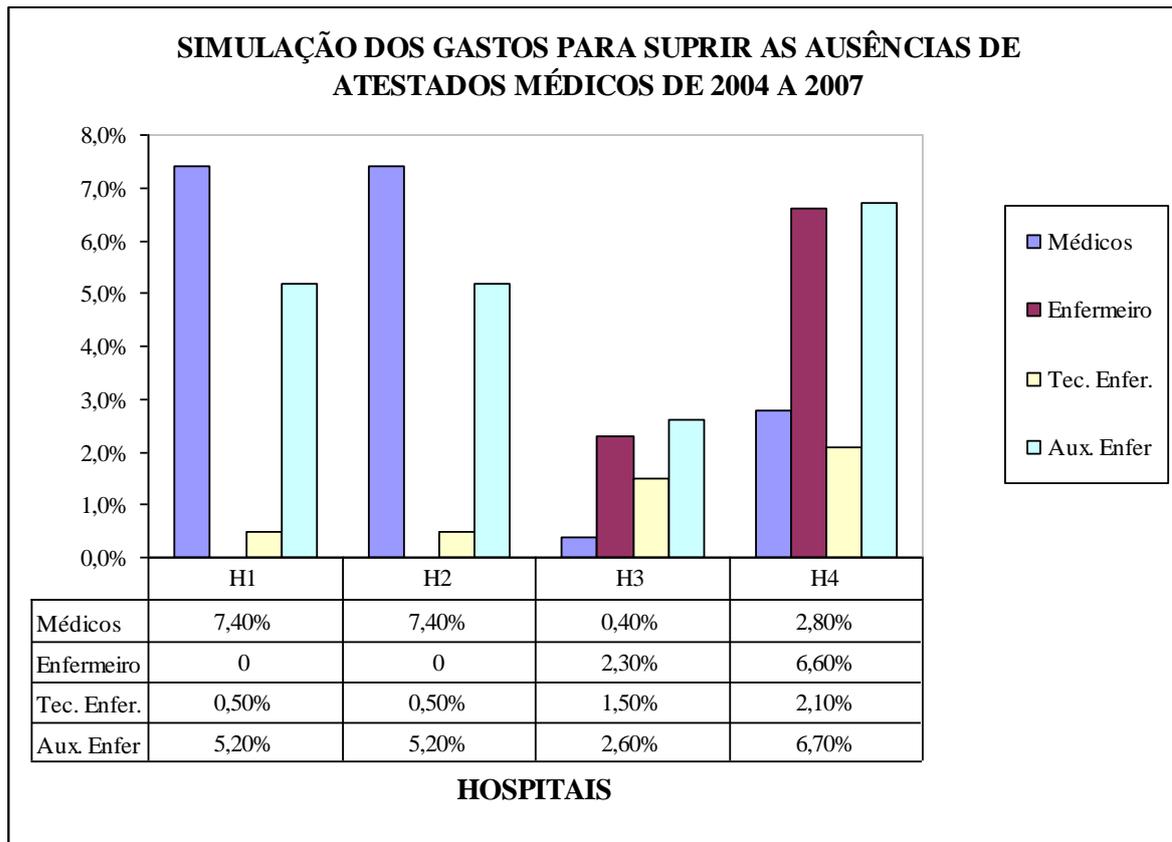


Figura 03 Simulação dos Gastos para Suprir as Ausências de Atestados Médicos no Período de 2004 a 2007

Quanto ao H<sub>3</sub> e H<sub>4</sub>, os maiores índices concentram-se nos profissionais de enfermagem, com índices de 2,6% (Figura 03) no H<sub>3</sub> e de 6,6% (Figura 03) no H<sub>4</sub>. Isso leva à constatação que, em relação aos salários, o H<sub>3</sub> representa, por exemplo, 95 salários básicos e 57 salários brutos aos auxiliares de enfermagem. Como os salários desses profissionais, objeto da pesquisa, são bem diferenciados nos municípios, o quadro 16 apresenta uma simulação, comparando valores na folha de pagamento que oneram os municípios em relação aos servidores da área da saúde.

Quadro 16 – Comparativo em Relação aos Salários Pagos no Período de 2007

Contrato	Função	Custo adicional folha pag.	Salário Básico	Relação c/ Sal. Base	Sal. Total Rec	Relação c/ Sal.Total
Municipal H1 e H2	Médico	179.554,00	908,17	198	5.347,67	34
	Enfermeiro	-----	875,10	----	1.254,60	----
	Tec. Enfer.	865,00	492,75	2	1.167,90	0,8
	Aux. Enfer.	40.783,00	370,55	110	1.198,42	34
Municipal H3	Médico	31.796,00	4.195,00	8	5.309,00	6
	Enfermeiro	15.775,00	1.029,00	15	1.433,00	11
	Tec. Enfer.	12.599,00	624,00	20	965,00	13
	Aux. Enfer.	44.321,00	468,00	95	784,00	57
Municipal H4	Médico	159.266,00	2.142,00	75	11.955,00	14
	Enfermeiro	93.025,00	1.953,00	48	2.630,00	36
	Tec. Enfer.	18.246,00	840,00	22	980,00	19
	Aux. Enfer.	142.485,00	525,00	<b>272</b>	793,00	<b>180</b>
<b>Total</b>		<b>738.715,00</b>	-----	-----	-----	-----

Fonte: Depto. Recursos Humanos – H1, H2, H3 e H4 – adaptado pela autora (2008).

Os valores demonstrados no quadro 16 apesar de serem simples simulação, são resultados do que acarreta em gasto adicional financeiro aos municípios, para poderem suprir a mão de obra dos profissionais que por algum motivo deixaram de comparecer ao trabalho. Esse adicional é pago na forma de horas extras e/ou plantões, sendo na região Centro Sul do Estado de Rondônia independente do tipo de contrato (federal, estadual ou municipal), recai exclusivamente aos cofres municipais.

## 7 DISCUSSÃO

O cálculo do absenteísmo se faz por meio da obtenção de três elementos essenciais: total de dias das ausências não previstas, número de funcionários ausentes e número de dias de trabalho no período.

No H<sub>1</sub> o índice do absenteísmo foi de 0,86%, no H<sub>2</sub> de 0,71%, no H<sub>3</sub> de 0,72% e no H<sub>4</sub> de 1,13%. Por unidade hospitalar, tem-se no H<sub>1</sub> 2,33 dias/ano/ausência servidor, no H<sub>2</sub> 1,94 dias/ano/ausência servidor, no H<sub>3</sub> 1,96 dias/ano/ausência servidor e no H<sub>4</sub> 3,01 dias/ano/ausência servidor. Essa média de dias/ano de modo geral é aceitável dentro dos parâmetros divulgados no país, fazendo parte das estatísticas já apontadas (31), está de encontro aos direitos garantidos ao servidor pela CLT, do qual o trabalhador tem direito a usufruir de uma ausência justificada por mês e até 11 ausências no ano (25).

O índice do absenteísmo dos médicos e profissionais de saúde encontrado no período de 4 anos (1,02%) é considerado significativo em comparação aos outros estudos(60). Foi demonstrado também que os 600 profissionais juntos, durante o período de 2004 a 2007, deixaram de trabalhar 652.800 dias úteis. Vale lembrar que o ano tem 365 dias, do qual subtraindo os feriados, período de férias e finais de semana, tem-se um total de 272 dias úteis no ano. Assim, as ausências não previstas ao trabalho desses servidores quando computadas no total em dias, representou 6.618 dias.

Por outro lado, quando as ausências desses servidores foram justificadas por atestados médicos, o índice do absenteísmo recuou para 0,89%, ou seja, as ausências não previstas somaram um total de 5.764 dias. A diferença entre esses percentuais apresentados em relação ao absenteísmo refere-se às faltas não justificadas pelo servidor, que foram de 854 dias de ausências (0,13%). Quando analisados por função, o absenteísmo dos médicos foi de 11,8% (679 dias), dos enfermeiros de 11% (635 dias), dos auxiliares de enfermagem de 7,0% (4.038 dias) e dos técnicos em enfermagem de 7,2% (412 dias).

Esses índices são altos, quando comparados àqueles encontrados em países da América do Sul, como por exemplo, a Venezuela, que apresentou percentuais de 13% para médicos residentes e 7% para enfermeiros (50), ou até mesmo na Índia, cujo valor análogo foi de 67% para profissionais da saúde (48). Vale à pena ressaltar que, neste último país, ocorreu uma diminuição de investimento na área da saúde na década 1991-2001. Ademais, os índices

de absenteísmo doença nos hospitais da Região Centro Sul do Estado de Rondônia de 87%, sobre o total de ausências do período, são maiores também àqueles relatados por alguns hospitais da rede Sul-Sudeste: 79,2% em Porto Alegre (4), 75,4% em São José do Rio Preto (58) e 67% no hospital-escola situado na região Noroeste do Estado do Paraná (62). Também são altos quando comparados ao levantamento no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre em 2003-2004 (59) e no centro psiquiátrico de Manaus (AM), onde no período de 2004-2005, das ausências não programadas, 57,05% foram justificadas com atestados médicos, com os profissionais de enfermagem representando o índice médio de 2,9% (63).

Os atestados médicos emitidos totalizaram 1.218, sendo que, por período de afastamento em dias, prevaleceu o período de 1 a 3 dias (794 atestados médicos), em seguida os de 4 a 6 dias de afastamento (142 atestados médicos) e em terceiro lugar os de 13 a 15 dias de afastamento (101 atestados médicos). Isso demonstra que os atestados com menor tempo representaram 65,2% de todos os atestados emitidos no período de 4 anos (2004-2007).

Os agravos ocupacionais que geraram as ausências detectadas neste estudo foram fundamentados na identificação do CID – Classificação Internacional de Doenças - que acompanha a documentação dos profissionais no departamento de recursos humanos, apontando que 48% dos agravos estão relacionados a doenças osteomusculares, conhecidas como LER (Lesão por Esforço Repetitivo) ou DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Ademais, 12% apresentam quadro de inflamação leve (amigdalite) e 15% dos afastamentos foram por depressão, sendo que o período de afastamento foi superior a 10 dias. Apareceram patologias como a dengue, em 5%, e os outros 20% corresponderam a cefaléia.

Verificou-se que esses dados relacionados aos agravos ocupacionais, vão ao encontro de estudos realizados no Hospital Universitário no Estado de São Paulo, no ano de 2000, onde dos 1988 atestados médicos emitidos, 84,2% referia-se às doenças do aparelho digestivo (24), bem como do Hospital Escola de Uberaba-MG, no ano de 2002, em que os atestados médicos indicaram 21,57% de dor lombar, 13,73% de cefaléia, 8,82% de rinite e afecções respiratórias, 5,9% de hipertensão e dor em membro e, o restante, ocasionados por acidentes de trabalho por riscos biológicos (23).

O resultado do índice do absenteísmo por funções, apontou que os 189 médicos atingiram 0,33%, os 46 enfermeiros e os 301 auxiliares de enfermagem atingiram 1,27% e

por último, os 64 técnicos em enfermagem alcançaram 0,59%. Significa que dos 5.764 dias apurados de ausências justificadas por atestados médicos, os auxiliares de enfermagem foram responsáveis por 4.036 ausências, em seguida os médicos com 679 ausências, os enfermeiros com 635 e por último os técnicos em enfermagem com 414 ausências. Esses resultados dos auxiliares de enfermagem elevados são comparados ao estudo realizado no Hospital Regional da Asa Norte (HRAM) de Brasília, que em 2004 os auxiliares de enfermagem foram responsáveis por 87,1% dos afastamentos por atestados médicos (30).

Com os dados descritos de modo geral, as ausências justificadas com atestados somaram 5.764 dias no período de 4 anos, nos 4 hospitais públicos, onde 600 servidores entre médicos e profissionais de enfermagem exercem diariamente suas funções. Nesse sentido constatou-se que o número médio de dias de ausência foi de 9,6 nos 4 anos, o que reflete em 2,4 dias de ausências por ano/servidor. Esses dados podem ser comparados a estudos já realizados pelo Ministério do Planejamento no ano de 2003, em que foi divulgado na 3ª Conferência Nacional do Trabalhador, realizada na cidade de Florianópolis, SC, em que os funcionários públicos se afastam em média 3 dias/ano (31)

Enquanto o índice do absenteísmo por atestados médicos encontrado foi de 0,89%, quando apontado em dias não trabalhados, o gasto adicional na folha de pagamento teve uma variação considerável. Observou-se que os médicos no H<sub>1</sub> e H<sub>2</sub> atingiram o patamar de 7,4%, e os auxiliares de enfermagem no H<sub>4</sub> um índice de 6,7%, o que, relacionado com o índice do absenteísmo, implica em um valor sete vezes maior. Já o dos profissionais médicos representou 8,3 vezes maior.

Considerando-se os gastos adicionais pagos na modalidade de horas extras e/ou plantões, aos servidores que compensaram as ausências apuradas no período de 4 anos dos 4 hospitais, o resultado foi de R\$ 738.715,00. Fazendo uma média desse valor por período, tem-se o valor de R\$ 184.679,00 por ano, o que levaria cada hospital a ter um gasto adicional de R\$ 46.170,00, ou ainda de R\$ 3.800,00 por mês em cada unidade hospitalar. Ademais, quando verificado a média de gastos individualmente por servidor (600 /4 hospitais = 150 servidores) daria o valor de R\$ 25,33 por servidor/mês, somente com as ausências justificadas com atestados médicos de curto prazo (até 15 dias) dessas duas categorias funcionais.

Essa diferença entre o índice do absenteísmo por atestados médicos e o índice de gasto adicional, não é demonstrada em folha de pagamento e raras vezes levada ao

conhecimento dos gestores. Nesse caso, as considerações de gastos apresentados nessa pesquisa vão de encontro com estudos que comprovam a realidade de gastos mais evidentes na área de benefícios de licença por doença, onde os custos implícitos estão associados à perda de produtividade (36).

O absenteísmo poderia ser minimizado nos hospitais do município, com implantação e adequação de políticas que possibilitem um ambiente melhor de trabalho, práticas de incentivo pelos gestores, culturas que privilegiam a participação, bem como intervindo na promoção da saúde do trabalhador e no adequado dimensionamento dos profissionais de saúde, conforme estratégias já sugeridas em estudos anteriores na região norte (62).

Um exemplo de mudança na política de trabalho foi feita no Hospital Confidencial de Hollywood, na Austrália Ocidental, que reduziu para 2,24% o índice de absenteísmo com a utilização EEO – *Equal Employment Opportunity* (Lei Federal da Oportunidade Igual de Emprego) – que implantou o programa de família-amiga, do qual os parentes dos pacientes ajudam os funcionários do hospital nos procedimentos de auxílio ao paciente, como dar banho, fazer companhia no quarto, etc.,(40).

Como o absenteísmo tem gasto elevado para as instituições, destaca-se a carência de estudos que possam indicar suas reais causas. Esse gasto elevado poderia ser melhor administrado com planejamento adequado das funções de cada trabalhador da empresa e com a apresentação dessa informação ao gestor e sua equipe, reforçando a responsabilidade de todos no alcance das metas institucionais, entre as quais o controle da qualidade assistencial e dos custos e a satisfação dos clientes e profissionais (92).

Também poderia ser aplicado para minimizar o absenteísmo por atestados médicos, as estratégias que o governo implantou por intermédio da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, de saúde integral ao servidor público, abarcando a saúde ocupacional (incluindo perícia, readaptação e reabilitação e vigilância dos ambientes de trabalho), saúde suplementar e previdência, com uma política de benefícios (32)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo verificou que o tempo em dias que predominam nas ausências justificadas com atestados médicos foi de até 15 dias, por ser um período assegurado por lei e que não acarreta perdas de vencimentos para os servidores. Das 6.618 ausências não programadas que foram encontradas, 5.676 são ausências justificadas por atestados médicos. Esse índice de absenteísmo por atestados médicos atingiu 87% das ausências. A predominância de atestados em relação à quantidade de dias, foi de 1 a 3 dias de afastamento.

Todas as ausências não programadas e justificadas com atestados médicos estão relacionadas a algum tipo de agravo ocupacional. No estudo, não se verificou variação de aumento dessas ausências em relação à proximidade de finais de semana ou feriados, que fosse significativo aos demais dias úteis da semana.

A simulação feita dos gastos operacionais implícitos gerados na folha de pagamento pagos na modalidade de horas extras e/ou plantões, aos servidores que compensaram as ausências apuradas no período de 4 anos dos 4 hospitais, foi de R\$ 738.715,00. Fazendo uma média desse valor por período, tem-se o valor de R\$ 184.679,00 por ano, o que levaria cada hospital a ter um gasto adicional de R\$ 46.170,00, ou ainda de R\$ 3.800,00 por mês em cada unidade hospitalar. A categoria funcional que apresentou maior índice de gasto adicional, foram os auxiliares de enfermagem R\$ 227.589,00, que convertido esse valor, corresponde a 477 salários básicos da categoria. Esse gasto adicional é de responsabilidade do município,

haja vista que em Rondônia, os funcionários federais e estaduais que trabalham nos hospitais, são cedidos ao município para complementarem seus quadros de funcionários.

O estudo também poderá contribuir para as estatísticas dos levantamentos sobre os custos gerados pelo absenteísmo nas instituições hospitalares no Brasil, que vem se destacando nas últimas duas décadas, e que congrega dados de suma importância para subsidiar os gestores no planejamento de estratégias, para implantações das políticas necessárias à canalização adequada dos recursos financeiros voltados para a área da saúde.

Partindo do pressuposto de que é por meio do trabalho desenvolvido com assiduidade e responsabilidade, que se alcançam os resultados propostos pelas instituições, que nesse caso, é atender as necessidades de saúde da população, entende-se que o absenteísmo é essencialmente um problema de gestão. Em investigação, sobre o afastamento do trabalho na enfermagem (57), os autores argumentam que os dados obtidos neste tipo de pesquisa podem subsidiar intervenções para melhoria das condições de trabalho vigentes, diminuindo os custos econômicos e sociais nesse contexto.

Mudanças adotadas em outras instituições que minimizaram esses problemas de ausências não programadas, também devem ser visualizadas. No caso do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ, foi elaborado um programa de monitoração em todas as áreas consideradas críticas, usando aplicativos do tipo banco de dados, que são disponibilizados comercialmente ou mesmo gratuitamente. Nesse programa era controlado o ambiente de trabalho, a adequação do profissional na função, a segurança dos equipamentos utilizados e outros procedimentos realizados pelos funcionários (74).

Espera-se que o presente estudo possa contribuir de alguma maneira para que os gestores dos hospitais revertam os gastos demonstrados em estratégias que motivem seus colaboradores, como plano de carreira, premiações por assiduidade, entre outros. Que estudos dessa natureza sirvam também para minimizar o déficit financeiro e a queda da qualidade da assistência de enfermagem e médica, quando da necessidade de contratação de novos profissionais, por vezes inexperientes, para suprir a instituição e diminuir os danos ocasionados.

Como estratégia para que os responsáveis pela administração pública possam ter uma dimensão dos gastos adicionais que estão ocorrendo em suas instituições, sugere-se a

implantação, na folha de pagamento, do acréscimo de uma coluna que aponte o número de dias ausentes justificados e o valor correspondente. Esse valor correspondente seria o que é pago em forma de horas extras e/ou plantões ao colega que cobre a ausência justificada ou não, bem como as ausências programadas.

## REFERÊNCIAS

1. Danatro D. Ausentismo laboral de causa médica em uma instituição pública. Rev. Méd. Uruguay, Montevideo 1997; 13(2): 101-9. [acesso em 15 Set. 2005]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses>.
2. Malagoli ME. Absenteísmo. Folha de São Paulo. Fev. 2005. [acesso em 01 nov. 2006]. Disponível em <http://www.liderancaserv.com.br/novidade.php>.
3. Bourbonnais R, Mondor M. Job strain sickness absence among nurses in the province of Québec. Am J Ind Méd. 2000; (39):194-202.
4. Silva DPP, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2000; 8(5):44-51.
5. Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12(2).
6. Nascimento GM do. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto-SP. [dissertação]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2003. [acesso em 10 Jul. 2007]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses>

7. Lopes MGD. Brasil precisa de 350 mil novos enfermeiros. Associação Brasileira de Enfermagem (Aben); 2008. [acesso em 15 Out. 2008] Disponível em <http://abenforio.blogspot.com>
8. Quick TC, Lapertosa JB. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. Rev. Bras. Saúde Ocupacional. 1982; 10(40):62-7.
9. Sobrinho TG. Controle do Absenteísmo. 2005. [acesso em 03 Set. 2005]. Disponível em: <http://www.tgs.med.br/>
10. Chiavenato I. Gestão de Pessoas. Edição compacta. 2ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2004.
11. Echer IC, Moura G, Magalhães AM, Piovesan R. Estudo do Absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. 1999; 20(2):65-76.
12. Murofuse NT. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2004. [acesso em 02 Mar. 2007]. Disponível em [www.teses.usp.br/teses](http://www.teses.usp.br/teses)
13. Silva MMA da. Trabalho Médico e o Desgaste Profissional: pensando um método de investigação. [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas; 2001. [acesso em 10 Jul. 2007]. Disponível em <http://libdigi.unicamp.br>
14. Ando S, Ono Y, Shimaoka M, Hiruta S, Hattori Y, Hori F, Takeuchi Y. Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. Occup. Environ. Med. 2000; 57: 211-8.
15. Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. Occup. Environ. Méd. 2000; 57: 656-60.

16. Mc Govern P, Kochevar L, Lohman W, Zaidman B, Gerberich SG, Nyman J, et al. The Cost of Work Related Physical Assaults in Minnesota. *HSR: Health Serv Res* 2000; 35(3):663-86.
17. Brieu-Pallas L, Shamian J, Thomson D, Alksnis C, Koehoom M, Kerr M, Bruce S. Work-Related Disability in Canadian Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004; 36(4): 352-7.
18. Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of sickness absence attributed to airway infections; a three month prospective study of nurses' aides. *Occup. Environ. Med.* 2004; 61: 45-51.
19. Gimeno D, Fleknor S, Burau KD, Delclos GL. Organisational and occupational risk factors associated with work related injuries among public hospital employees in Costa Rica. *Occup Environ Med.* 2005 ; (62): 337-43.
20. Baylis OJ, Adams WE, Allen D, Fraser SG. Do variations in the theatre team have an impact on the incidence of complications? [serial online] 2006. *BMC Ophthalmol.* 2006. 6:13.[Acesso em 13 Ago 2006]. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/>
21. Michie S, Wren B, Williams S. Reducing absenteeism in hospital cleaning staff: pilot of a theory based intervention. *Occup. Environ. Méd.* 2006; 61: 345-9.
22. Cole JA, Rothman KJ, Cabral HJ, Zhang Y, Farraye FA. Migraine, fibromyalgia and depression among people with IBS: a prevalence study. *BMG Gastroenterology. Biomed Central.* 2006; 6-26.
23. Reis JR, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla IML, Giné NA, Martín M. Fatores Relacionados ao Absenteísmo por Doença em <http://libdigi.unicamp.br/profissionais> de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):616-23.
24. Rezende MP. Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2003. [acesso em 10 Jul. 2007]. Disponível em [www.teses.usp.br/teses](http://www.teses.usp.br/teses)

25. Almeida AP. CLT Atualizada e Anotada. [acesso em 20 Nov. 2008]. Disponível em <http://www.sincoimp.com.br/>

26. Ministério Da Previdência Social (Brasil). Estatístico de Acidentes de Trabalho 2003. [acesso em 03 Abr. 2006]. Disponível em <http://www.previdenciasocial.gov.br>.

27. França GV. Riscos ocupacionais da Equipe de Saúde: aspectos éticos e legais. In: XX Congresso da Associação Médica Fluminense. Agos. 1999. Niterói, RJ. [acesso em 10 Jul. 2008]. Disponível em <http://orbita.starmedia.com>

28. Miranda CR. Introdução a Saúde no Trabalho. 4<sup>a</sup> ed. Salvador, BA. E-book. 2006.

29. Barbosa A. As doenças modernas. [acesso em 25 Set. 2005]. Disponível em <http://www.rhcentral.com.br/>

30. Torres EO, Pinho DLM. Causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem em um hospital do Distrito Federal. Rev. Comun. Ciência da Saúde. 2006; 17(3):207-15.

31. Domingues LRP Jr. O Processo Saúde-Doença no Serviço Público e Suas Conseqüências ao Estado, ao Cidadão e ao Servidor. In: I Simpósio Nacional de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Anais. 25-28 jul. 2005. Centro de Eventos da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. [acesso em 03 Abr. 2006]. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br>

32. Lacaz FAC. Sistema Integral de Saúde do Trabalhador – FIOCRUZ 2005. In: I Simpósio Nacional de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Anais. 25-28 jul. 2005. Centro de Eventos da Universidade Federal de Santa Catarina. [acesso em 03 Abr. 2006]. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br>

33. Tucunduva LTCM, Garcia AP, Prudente FVB, Centofanti G, Souza CM, Monteiro TA, Vince FAH, Samano EST, Gonçalves MS, Giglio A. A Síndrome da Estafa Profissional em Médicos Cancerologistas Brasileiros. Rev. Assoc. Méd. Bras. 2006; 52(2):108-12.

34. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema de Informações de Hospitais – SUS. [ acesso em 20 Set. 2005]. Disponível em [http:// portal.saude.gov.br/saude](http://portal.saude.gov.br/saude)
35. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Seminário Nacional de Saúde da População Negra. [acesso em 20 Set. 2005]. Disponível em [http:// www.funasa.gov.br/sitefunasa/](http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/)
36. Nicola AL. Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do Oeste do Paraná. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2004. [acesso em 10 Jul. 2007]. Disponível em [www.teses.usp.br/teses](http://www.teses.usp.br/teses)
37. Manfredi D. O alto custo do conflito corporaivo. [acesso em 15 Out. 2008]. Disponível em <http://www.bspcareer.com.br>.
38. Lino D, Dias EC. A Globalização da Economia e os Impactos Sobre a Saúde e Segurança dos Trabalhadores. [acesso em 02 Abr. 2006]. Disponível em <http://www.instcut.org.br>.
39. Smale W. The continuing cost of absenteeism. Last Updated: Wednesday, 24 March, 2004, 18:34 GMT. [acesso em 13 Jul. 2006]. Disponível em <http://news.bbc.co.uk/1/hi/business>.
40. Cass-Ryall K. Hollywood Private Hospital. [acesso em 13 Ago 2006]. Disponível em: <http://www.eowa.gov.au/>
41. Ramsey JR. Absenteísmo: um problema para a internacionalização dos países emergentes. [acesso em 20 Abr. 2009]. Disponível em <http://www.fdc.org.br>.
42. Andrén D. Sickness-Related Absenteeism and Economic Incentives in Sweden: A History of Reforms. Rev. CESifo DICE Report. 2003; (3): 54-60.
43. Graça L. The process of becoming, leaving from and returning to work. Papers on Healt & Work: Absenteeism. Page 11 [on line]. [acesso em 18 Set. 2005]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt>

44. Geoghegan B. The Cost Of Absenteeism. Irish Business and Employers Confederation (IBEC). [acesso em 19 Set. 2006]. Disponível em <http://www.asi.ie/>
45. Gale SF. Sickened by the cost of absenteeism, companies look for solutions: internally devised cost-tracking system. [acesso em 19 set. 2006]. Disponível em <http://www.findarticles.com/p/articles>
46. CCH Incorporated. Unscheduled Absence - Business Insurance, July 2000 - U.S. Bureau of Labor Statistics. [acesso em 19 set. 2006]. Disponível em <http://www.braunconsulting.com/bcg>
47. Riverwoods I. Costly problem of unscheduled absenteeism continues to perplex employers. [acesso em 19 set. 2006]. Disponível em <http://www.cch.com/Press/news/2005>.
48. Varatharajan D. Provision of Health Care by the Government. Indian J Med Ethics. [acesso em 16 nov 2006]. Disponível em: <http://www.issuesinmedicalethics.org/>
49. Castle N, Degenholtz H, Rosen J. Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. BMC Health Serv Res 2006; 6(6):1-11.
50. Garcia-Prado A, Chawla M. The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. Oxford University Press in association with the London School of Hygiene and Tropical Medicine. [serial online]. 2006. Health Policy Plan. 21(2):91-100. [Acesso em 16 nov 2008]. Disponível em: <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/21/2/91>
51. Steenstra IA, Anema JR, Bongers PM, Vet HCde, Van Mechelen W. Cost effectiveness of a multi-stage return to work program for workers on sick leave due to low back pain, design of a population based controlled trial. Rev. BMC Musculoskeletal Disorders. Bio Méd Central. Nov. 2003: 4-26.
52. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RM, Jin R, Merikangas KR, Simon GE, Wang PS. Prevalence and Effects of Mood Disorders on Work Performance in a Nationally Representative Sample of U.S. Workers. Am j Psychiatry. Sept. 2006: 9 (163):1561-8.

53. Adler DA, Mclaughlin TJ, Rogers W, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job Performance Deficits Due to Depression. *Am j Psychiatry*. Sept. 2006; 9(163): 1569-76.
54. Melchior M, Niedhammer I, Berkman L, Goldgerg M. Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003; 57(4): 285-93.
55. Rey E, Moreno Elola-Olaso C, Rodrigues Artalejo F, Díaz-Rubio M. Impacto of gastroesophageal reflux symptoms on health reource usage and work absenteeism in Spain. *Rev. Esp. Enferm. Dig. (Madrid)* 2006; 98(7): 518-26.
56. Isah EC, Omorogbe VE, Oriji O, Oyovwe L. Self-Reported Absenteeism Amog Hospital Workers In Benin City, Nigeria. *Ghana Medical Journal. Benin*. Mar. 2008; 42(1): 2-7.
57. Alves M, Godoy SCB. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. *Rev. Min. Enf.* 2001; 5(2): 73-81.
58. Barboza DB, Soler ZASG. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrência com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(2):177-83.
59. Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4):669-76.
60. Martins RJ. Absenteísmo Odontológico e Médico no Serviço Público e Privado. [Dissertação]. Araçatuba (SP): Escola de Odontologia de Araçatuba – Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho. 2002. [acesso em 10 Jul. 2008]. Disponível em [http://www.foa.unesp.br/pos\\_graduacao](http://www.foa.unesp.br/pos_graduacao)
61. Bigal ME, Moraes FA, Fernandes LC, Bordini CA, Speciali JG. Indirect Cost of Migraine in a Public Brazilian Hospital. *Headache*. 2001; 41(5):503-8.

62. Inoue KC, Matsuda LM, Silva DMPP da, Uchimura TT, Mathias TAF. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Enferm.* Mar/Abr. 2008; 61(2): 209-14.
63. Becker SG, Oliveira MLC. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16(1):109-14.
64. Malagón GL, Galán RM, Pontón Laverde G. *Administração Hospitalar*. 2ª ed. (Trad. Antonio FDP). São Paulo: Guanabara-Koogan. 2000.
65. Conceição C, Gonçalves A, Basoc Sci IC, Blaise P, Lerberghe WV, Ferrinho P. Managing the Performance of Family Physicians in the Portuguese National Health System. *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)*. Sept-Dec. 2000; 4(3):184-93.
66. Gurgel GDJ, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Rev. Ciências & Saúde Coletiva*. 2002; 7(2): 325-34.
67. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated Strategies to Tackle the Inequitable Distribution of Doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health*. BioMed Central. Nov. 2003; 1(12).
68. Iwamoto HH. Recursos Humanos de Enfermagem na Rede Hospitalar do Município de Uberaba – Minas Gerais. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2005. [acesso em 10 Jul. 2007]. Disponível em [www.teses.usp.br/teses](http://www.teses.usp.br/teses)
69. Pitta AMF. *Hospital: dor e morte como ofício*. 5ª ed. São Paulo: Annablume/Hucitec Ltda. 2003.
70. Estry-Behar M. Ergonomia y salud em el trabajo: el caso de las profesionales hospitalares. *Rev. ROL de Enf.* 1996; (215): 25-30.
71. Lopes GT, Spíndola T, Martins ERC. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais: estudos preliminares. *Rev. Enf. UERJ*. Abr. 1996; 4(10): 9-18.

72. Robazzi MLCC, Marziale MHP. Alguns Problemas Ocupacionais Decorrentes do Trabalho de Enfermagem no Brasil. *Rev Bras. Enfermagem*. Jul-Set. 1999; 52(3): 331-8.

73. Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, Kuroda Y, Katoh T. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med*. 2004; 61:764-8.

74. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de Trabalho e Doença Ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. Jan. 2001; 1(9):109-15.

75. Oliveira SR, Azevedo ACP, Carvalho ACP. Elaboração de um programa de monitoração ocupacional em radiologia para o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. *Rev. Radiol. Bras*. Jan-Fev. 2003; 36(1).

76. Bittar OJNV. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Rev. Saúde Pública*. Fev. 1996; 30(1).

77. Libet JM, Frueh BC, Pellegrin KL, Gold PB, Santos AB, Arana GW. Absenteeism and Productivity Among Mental Health Employees. *Administration and Policy in Mental Health*. Sept. 2001; 29(1): 41-50.

78. Parra MT. Ações administrativas dos enfermeiros frente ao absenteísmo na enfermagem em um hospital Universitário. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. 2003. [acesso em 10 Jul. 2008]. Disponível em [www.teses.usp.br/teses](http://www.teses.usp.br/teses)

79. Kingma M. Economic incentive in community nursing: attraction, rejection or indifference? *Human Resources for Health*. Bio Med Central. 2003; 1: 2-12.

80. Teixeira L, Bugarin M, Mac Dowell MC. Political Economy of Intemunicipal Health Consortia Formation: effects of income and preference heterogeneity among municipalities. *Brazilian Review of Econometrics*. Nov.2004; 24(2): 1-21.

81. Nayeri ND, Nazari AA, Salsali M, Ahmadi F. Iranian staff nurses' views of their productivity and human resource factors improving and impeding it: a qualitative study. *Human Resources for Health. Bio Med Central*. 2005; 3: 9-20.
82. Bratlid D. Lack of patients? A hypothesis for understanding discrepancies between hospital resources and productivity. *BMC Health Services Research. Biomed Central*. 2006; 6: 42-52.
83. Martins E. *Contabilidade de custos*. 9ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2006.
84. Pompermayer CB, Lima J E P. *Gestão de Custos*. [acesso em 07 Mar. 2007]. Disponível em <http://www.fae.edu/publicações>.
85. Guimarães V, Costa MA. *Fixação de Padrões na Atividade Hospitalar*. [acesso em 11 Ago. 2007]. Disponível em [www.facef.br](http://www.facef.br).
86. Falk JA. *Gestão de Custos Hospitalares*. São Paulo: Atlas. 163p. 2001.
87. Martins D. *Custos e orçamento hospitalar*. São Paulo: Atlas. 165p. 2001.
88. Abbas K. *Gestão de Custos em Organizações Hospitalares*. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. [acesso em 07 Mar. 2007]. Disponível em <http://www.gea.org.br>
89. Andrade MV. *Ensaio em Economia da Saúde*. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Pós-Graduação da Fundação Getúlio Vargas. 2000. [acesso em 07 Mar. 2007]. Disponível em <http://virtualbib.fgv.br>
90. Ferraz MB. Brasil, 2025: desafios do sistema de saúde. *Economia da Saúde Online* (3), jun-06. [acesso em 30 de Jun. 2006]. Disponível em <http://www.economiadasaude.com.br/>.

91. Guimarães RSO. O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP - FIOCRUZ. 2005. [acesso em 07 Jun. 2008]. Disponível em <http://bases.bireme.br>
92. Appolinário RS. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. Rev. Enferm. UERJ. Jan-Mar. 2008. 16(1).
93. Ministério Da Previdência Social (Brasil)– Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [acesso em 04 Set. 2006]. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>
94. Santos AR. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 6ª ed. revisada. Rio de Janeiro: DP&A, 168p. 2004.
95. Haddad N. Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Rocca, 287p. 2004.
96. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Brasil). [acesso em 20 nov. 2009]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>

ANEXO

**ANEXO A****FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS  
Adaptado (12)****DADOS COLETADOS NOS PRONTUÁRIOS ( hospitais públicos)**

1. Idade:  18 a 25 anos     26 a 32     33 a 40     41 a 48  
 49 a 56 anos     Acima de 56 anos.
2. Sexo:                             Feminino                             Masculino
3. Vínculo empregatício:  Federal     Estadual     Municipal.
4. Tempo de serviço na instituição hospitalar.  
 1 a 5 anos     6 a 10 anos     11 a 15 anos  
 16 a 20 anos     mais de 20 anos.
5. Número de afastamentos concedidos por atestados médicos e o período:  
 1 a 3 dias     4 a 6 dias     7 a 9 dias     10 a 12 dias     13 a 15 dias.

**DADOS COLETADOS DA CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS**

1. Localização do Hospital (Endereço completo).
2. Quantidade de profissionais que atuam como colaboradores:  
 Federais     Estaduais     Municipais.
3. Quantidade de profissionais por ocupação:  
 Médicos     Enfermeiros     Técnicos em enfermagem     Aux. de enfermagem.
4. Valores destinados à folha de pagamento dos profissionais colaboradores da área de enfermagem e dos médicos?
5. Como são efetivamente destinados os recursos oriundos das esferas municipal, estadual e federal?

**ANEXO B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

V

ocê está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa – ÔNUS DO ABSENTEÍSMO DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA REGIÃO CENTRO SUL DO ESTADO DE RONDÔNIA - BRASIL. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

**NOME DA PESQUISA:** ÔNUS DO ABSENTEÍSMO DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA REGIÃO CENTRO SUL DO ESTADO DE RONDÔNIA - BRASIL.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** MARIA BERNADETE JUNKES.

**ENDEREÇO:** RUA: DUQUE DE CAXIAS, 1871.

**TELEFONE:** (69) 3441 1016/ (69) 92310802.

**PESQUISADORES PARTICIPANTES:** Não há outros pesquisadores colaborando.

**PATROCINADOR:** Não há patrocínio.

**OBJETIVOS:** Conhecer o cenário dos custos financeiros, decorrentes do absenteísmo de médicos e profissionais de enfermagem que atuam em hospitais públicos da região Centro Sul do Estado de Rondônia.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a um formulário que aborda sobre os motivos que levaram a ter que se ausentar do seu trabalho, no período compreendido entre 2004 e 2007, nesta unidade de pesquisa que poderá ser também por meio de entrevista (gravada ou não).

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Como participante desta pesquisa, você não estará exposto a qualquer tipo de risco ou desconforto que afete tanto ou quanto a sua integridade física e moral.

**BENEFÍCIOS:** Do lado financeiro não haverá nenhum, mas você estará contribuindo de forma significativa e relevante para o desenvolvimento da ciência, por meio de um trabalho de pesquisa.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** Não haverá nenhuma despesa com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento pela sua participação.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** garante-se o sigilo, a sua privacidade quanto ao sujeito da pesquisa e aos dados confidenciais envolvidos na mesma; os dados não serão divulgados para qualquer outro meio que não o exclusivo para pesquisa científica.

**Assinatura do Pesquisador Responsável:** \_\_\_\_\_

**ANEXO C****CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_,  
declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informada pela pesquisadora MARIA BERNADETE JUNKES dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer tipo de prejuízo. Declaro, ainda, que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

**LOCAL E DATA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Nome por extenso.)

(Assinatura.)

**ANEXO D**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
FACIMED  
FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL



## CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "ÔNUS DO ABSENTEISMO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS QUE ATUAM EM HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS NO ESTADO DE RONDÔNIA BRASIL", sob o protocolo nº 136/2006, da Pesquisadora **MARIA BERNADETE JUNKES**, sob a responsabilidade do Orientador: Dr. Valdir Filgueiras Pessoa, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-FACIMED.

Cacoal, 05 de Março de 2007.



*Prof. Ms. Regina Célia Polítano*  
coordenadora

ARTIGO APROVADO EM 20/12/09, PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM, VOLUME 18, NÚMERO 3,

**GASTO FINANCEIRO OCASIONADO PELOS ATESTADOS MÉDICOS DE  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM HOSPITAIS PÚBLICOS NO ESTADO DE  
RONDÔNIA**

1. Maria Bernadete Junkes  
2. Valdir Filgueiras Pessoa

1. Doutoranda em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB. Docente da Fundação Universidade Federal de Rondônia-Unir. Email: mbjunkes@yahoo.com.br

2. Pós-Doutor em Neurofisiologia, Doutor em Neurociências. Docente da Universidade de Brasília- UnB. Email: vpessoa@unb.br

**RESUMO:** O estudo busca investigar o gasto adicional na folha de pagamento, causado pelo absenteísmo doença de profissionais de enfermagem e médicos, em dois hospitais públicos da cidade de Cacoal, Rondônia. Foram verificadas ausências não programadas de até 15 dias nas unidades hospitalares no período de 2004 a 2007, observadas no banco de dados do setor de recursos humanos das instituições. Constatou-se 1.704 ausências não programadas, das quais 1.486 são justificadas por atestados médicos. Verificou-se que o absenteísmo por motivo de doença foi responsável por 87,2% das ausências não programadas. Se for descrito por categoria de profissional, o absenteísmo doença dos profissionais de enfermagem atingiu um índice de 83,3% e dos médicos 16,7%. O índice do absenteísmo geral dos profissionais de enfermagem e médicos foi 0,85%, enquanto que o gasto adicional na folha de pagamento no período atingiu 5,2% nos vencimentos dos profissionais de enfermagem e 7,4% dos médicos.

**DESCRIPTORES:** absenteísmo; hospitais públicos; enfermeiros; médicos

**FINANCIAL EXPENSE BY MEDICAL LEAVES OF HEALTH PROFESSIONALS  
IN RONDONIA PUBLIC HOSPITALS**

**Abstract:** The study investigates the additional expense in the payroll caused by the absenteeism illness of nurses and doctors in two public hospitals at Cacoal, Rondonia. To approach that, non-programmed absences which lasted until 15 days in the hospital units during 2004 to 2007 were verified according the database of the institutions human resources sector. From 1.704 non-programmed absences, 1.486 were justified by health clean bills. Assuming that, it was verified that the absenteeism caused by illness was responsible for 87.2% of all non-programmed absences. When these data are grouped by professional categories it was observed that the nurse absenteeism illness reached the high index of 83.3% when compared with the 16,7% doctors index. The index of the general absenteeism, by adding up nurses and doctors was 0,85%, resulting in the additional expense in the payroll of 5.2% and 7,4% in the earnings of nurses and doctors, respectively.

**DESCRIPTORS:** absenteeism; public hospitals; nurses; doctors

## **EL GASTO FINANCIERO CAUSADO POR LICENCIA MÉDICA DE PROFESIONALES DE SALUD EN LOS HOSPITALES PUBLICOS EN RONDONIA**

El estudio busca investigar el gasto adicional en la nómina causado por la enfermedad del ausentismo de enfermeras y médicos en dos hospitales públicos de Cacoal, Rondonia. Fueron verificadas ausencias no programadas de duración hasta de 15 días en las unidades del hospital entre 2004 y 2007 según la base de datos del sector de recursos humanos de las instituciones. De 1,704 ausencias no programadas identificadas, 1,486 fueron justificadas por excusa médica. Se verificó que el ausentismo causado por enfermedad fue responsable de 87,2% de todas las ausencias no programadas. Agrupando estos datos en categorías profesionales se observa que el ausentismo alcanzó un índice de 83,3% para el caso de las enfermeras y 16,7% para los médicos. El índice de ausentismo general, al considerar tanto enfermeras como médicos fue 0,85%, resultando en un gasto adicional de 5,2% en la nómina de enfermeras y 7,4% en la de médicos.

**DESCRIPTORES:** el absentismo; los hospitales públicos; enfermeras; médicos

### **INTRODUÇÃO**

As causas do absenteísmo em hospitais, tais como doenças, ausências não programadas ou justificadas, problemas com locomoção, razões familiares, desmotivação, políticas inadequadas, supervisão precária dos gestores, acidentes de trabalho e outros, podem indicar por parte dos profissionais uma rejeição ao trabalho, pelo fato dessas ausências, na maioria dos casos, serem de pequena duração. Porém, fatores como insuficiência de profissionais, aliados a falta de medicamentos e carência em equipamentos, demonstram que os hospitais públicos encontram dificuldades em relação à situação econômica e financeira<sup>(1)</sup>.

Nessa parte financeira, controle de gastos, são instrumentos de trabalho fundamental para a otimização das operações dos hospitais. Entende-se que custo, são os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens e serviços. Portanto, todo pagamento feito aos profissionais de saúde nos hospitais, é classificado como gastos com mão-de-obra<sup>(2)</sup>.

O absenteísmo constitui-se na ausência ao trabalho por faltas programadas (férias, licença maternidade, licença congresso e outras) e não programadas (licença saúde, faltas não justificadas, suspensão), sendo um problema crucial para as organizações públicas e seus gestores. Nesse sentido, ocasiona não só custos diretos, mas também indiretos, representados pela redução da produtividade, da qualidade do atendimento e problemas administrativos<sup>(3)</sup>.

Num país como o Brasil, cujo padrão salarial não permite perdas, algumas causas do absenteísmo estão maquiadas sob a forma de absenteísmo-doença. Isso estimula formas indiscriminadas de justificativas das faltas por intermédio de atestados médicos. O gasto do absenteísmo por motivo de doença é maior do que o salário pago ao trabalhador doente, que deixa de comparecer ao local de trabalho, com impacto sobre a produtividade<sup>(3)</sup>.

Nesse contexto, o município de Cacoal, localizado na Região Centro Sul do Estado de Rondônia, com uma população aproximada de 78 mil habitantes, embora conte com seis hospitais, dos quais dois são públicos e detêm a maior demanda, também encontra dificuldades para lidar com seus profissionais de saúde. O absenteísmo desses hospitais públicos resultante de ausências não programadas, em especial de curta duração e justificados por atestados médicos de até 15 dias, normalmente não são questionados pelos gestores e, ocorrem com frequência significativa.

Vale lembrar que os hospitais públicos são financiados pelas próprias ações e serviços executados, posto que precisam apresentar relatórios de produtividade que evidenciem os procedimentos realizados; isto implica na adoção de mecanismos de registro e controle com base em planilhas fornecidas pelo Ministério da Saúde. Portanto, ausência de colaboradores pode significar queda de produtividade e menos recursos a serem aplicados.

Os hospitais, em geral, estão longe de ser organizações modelares, por expor seus colaboradores a situações de excesso de trabalho, a doenças crônicas e letais, deficiências de infra-estrutura e a Lesões por Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT)<sup>(4)</sup>, contribuindo desta forma para o fortalecimento de ausências não programadas, e esses fatos se confirmam conforme abordagens a seguir.

No Reino Unido, em 2005, pode-se verificar, por exemplo, em um Hospital de Olhos, que 26% dos problemas pós-operatórios foram devido ao absenteísmo de profissionais de enfermagem que justificaram suas ausências pela baixa remuneração<sup>(5)</sup>.

Nos EUA, em dois asilos na Pennsylvania, nos anos de 2003 e 2004, os profissionais de saúde praticaram o absenteísmo devido aos salários que recebiam e às condições precárias de trabalho. Já em outro estudo em Minnesota no ano de 1996, predominou o absenteísmo por lesão física no local de trabalho, gerando gastos aos cofres públicos de US\$ 11.417 por indivíduo no ano na categoria enfermeiros, e de US\$ 6.822 na categoria de médicos<sup>(6-7)</sup>.

Na Índia, a ausência de profissionais do quadro de saúde chegou em alguns estados do país, a atingir 67% entre 1991-2001 devido a redução de investimentos na área da saúde. Já na Venezuela, em 2001, registrou-se um índice de absenteísmo doença em torno de 13% para médicos residentes e 7% para enfermeiros. Esses fatos levaram o Banco Mundial, em 2003, a divulgar índices de ausências na área da saúde em países subdesenvolvidos como Bangladesh (com 42% de índice), Honduras (27%), Índia (43%), Peru (26%) e Uganda (35%)<sup>(8-9)</sup>.

No Brasil, verificou-se que as pesquisas de absenteísmo entre profissionais da saúde concentram-se mais nas regiões Sul e Sudeste. A exemplo da situação, no Complexo Hospitalar Santa Casa, verificou-se que, em 12 meses (2003-2004), por problemas de saúde ou de consulta médica, 68% dos indivíduos se afastaram pelos seguintes períodos: 33,3%, até nove dias, 21,8% entre 10 e 24 dias, 10,3% de 25 a 99 dias e 2,6% declararam que estiveram afastados mais de 100 dias. No hospital universitário, no Estado do Paraná, das 494 licenças-saúde, (julho-1997 a junho-1998), as faltas equivaleram a 1.491 dias não trabalhados<sup>(4,10)</sup>.

Em um hospital do Estado de São Paulo, na cidade de São José do Rio Preto, foram constatadas 75,4% de ausências ao trabalho, ocasionado por agravos à saúde. Em Ribeirão Preto, no Hospital das Clínicas, em 1998, o absenteísmo causado por enxaqueca, apresentado por 91% dos funcionários, resultou em perda de produtividade de 56,9% e no número médio

de dias perdidos no mês de 6,5 dias. O total do custo estimado no ano foi de US\$ 815.622,54, o que contabilizaria US\$ 199,42 por empregado no ano<sup>(11-12)</sup>.

Na região norte, em um centro psiquiátrico de Manaus (AM), constatou-se no período de 2004-2005, registro de 298 ausências não programadas, do qual 57,05% justificadas por atestado médico, que resultaram em 464 dias de afastamento. Nesse sentido, o índice de absenteísmo médio dos profissionais de enfermagem foi de 2,9%<sup>(13)</sup>.

Com base nos dados descritos, bem como em publicações que abordam o tema absenteísmo, verificou-se que a maioria dos resultados de pesquisas apresenta os fatores que causam o absenteísmo dos profissionais da área de saúde, bem como os referidos índices de ausências, sem apresentar comparação com o gasto gerado financeiramente. Por isso, faz-se necessário retomar discussões que mensurem índices de custo econômico financeiro em regiões pouco investigadas, que possam contribuir nas análises de novas pesquisas que apontam deficiências na alocação e distribuição dos recursos financeiros inseridos nos orçamentos dos hospitais públicos da esfera municipal.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo é demonstrar o cenário dos gastos implícitos na folha de pagamento, ocasionado por ausências não programadas e justificadas com atestados médicos de até 15 dias, sem considerar a descrição de patologia dos profissionais de enfermagem e médicos.

Considera-se a relevância desse estudo, com os profissionais de enfermagem e médicos, por serem eles, os responsáveis por quase 90% de toda a produtividade nas instituições hospitalares.

## **MÉTODOS**

A pesquisa foi realizada em dois hospitais públicos do município de Cacoal, distantes a 485 km da capital Porto Velho, no Estado de Rondônia, no período de janeiro a abril de

2008. A investigação procedeu-se com abordagem de variáveis qualitativas e quantitativas, de forma retrospectiva e analítica, mediante levantamento de informações no banco de dados do setor de recursos humanos das instituições.

O instrumento utilizado para coleta das informações foi adaptado<sup>(1)</sup>, tendo como variáveis: motivo de licença, categoria funcional, tempo de afastamento, gênero, tempo de serviço. A aprovação da pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED em março de 2007.

Fizeram parte da amostragem da pesquisa, todos os profissionais de enfermagem e médicos que atuaram nesses hospitais no período de 2004 a 2007, sendo detectadas, em planilhas de frequência, as ausências não programadas por um período de até 15 dias. Os valores descritos para subsidiar o gasto adicional da folha de pagamento correspondem ao salário base inicial de cada categoria no ano de 2007, juntamente com o valor básico do salário bruto recebido e discriminado com gratificações e emolumentos adicionais.

Para facilitar a descrição dos resultados, optou-se por denominar os hospitais em H<sub>1</sub> e H<sub>2</sub>. Nesse sentido, o H<sub>1</sub> é uma unidade hospitalar que conta com 47 leitos ativos e 204 colaboradores dos quais 28 são médicos, 07 enfermeiros, 06 técnicos em enfermagem e 56 auxiliares de enfermagem. Destina-se ao atendimento de crianças e gestantes, incluindo também as de alto risco.

Por sua vez o H<sub>2</sub> caracteriza-se como uma unidade hospitalar que dispõe de 45 leitos ativos e 228 colaboradores, dos quais 38 são médicos, 03 enfermeiros, 01 técnico em enfermagem e 33 auxiliares de enfermagem; é uma unidade de atendimento às urgências e emergências, realizando procedimentos de média complexidade.

As anotações nas planilhas de frequência subsidiaram encontrar os índices de absenteísmo por ausências não programadas e os percentuais relativos aos valores adicionais pagos, decorrentes das substituições desses profissionais nos respectivos dias de trabalho.

Observou-se que existe uma diversificação significativa de salários contratuais, dependendo do período em que o profissional foi contratado, como inclusão de horas extras, gratificações por especialização e incentivo por Decreto Lei. Sendo assim, além do salário básico que é o de registro na carteira, algumas vantagens e gratificações são acrescidas no contra cheque, oportunizando ao profissional ter um aumento de renda no final do período considerado atrativo, sendo em alguns casos superior a 500%. Por isso optou-se utilizar o salário básico inicial e o salário total inicial com os acréscimos.

Para o cálculo do valor adicional da folha de pagamento, multiplicou-se, no caso dos profissionais de enfermagem, a quantidade de dias pelas horas trabalhadas no dia, que nesse caso são oito horas e novamente multiplicado pelo valor pago da hora extra. Quanto aos médicos, esses recebem um valor fixo de R\$ 700,08 (setecentos reais e oito centavos) por plantões de vinte e quatro horas. O valor pago aos profissionais de enfermagem e aos médicos, foi fornecido pelo setor de recursos humanos dos hospitais.

O índice de absenteísmo foi encontrado com base na fórmula apresentada<sup>(3)</sup>, e calculado pelo programa *Microsoft Office Excel 2007*. Nesse caso, aplica-se a divisão do total de dias das ausências não previstas ao trabalho, pelo número de dias úteis trabalhados no período, descontados os dias relativos às férias, feriados e aos finais de semana, que nesse caso somam-se 272 dias ao ano, multiplicado pelo número de profissionais da categoria que se está pesquisando. Esse resultado multiplica-se por cem para apresentar o índice em porcentagem.

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{Total de dias das ausências não previstas ao trabalho}}{\text{N}^\circ \text{ médio de func.} \times \text{N}^\circ \text{ de dias de trabalho no período}} \times 100$$

Nº médio de func. \* Nº. de dias de trabalho no período

## RESULTADOS

Foram constatadas 1.704 ausências não programadas dos profissionais de enfermagem e médicos no período de 2004 a 2007 nos dois hospitais, sendo que 1.486 ausências são justificadas por atestados médicos e somente 218 ausências sem justificativas, ou simplesmente descritas como faltas. Vale lembrar que o número de dias úteis no período de quatro anos foi de 1.088 (um mil e oitenta e oito), o que multiplicado pelo número dos profissionais que foram objeto do estudo, resultou em 176.256 (cento e setenta e seis mil duzentos e cinquenta e seis) dias, atingindo um índice de absenteísmo de 0,85%. Quanto ao absenteísmo por atestado médico em específico, esse foi responsável por 87,2% de todas as ausências não programadas. Se descrito por categoria de profissional, observou-se que dos profissionais de enfermagem atingiu um índice de 83,3% e dos médicos 16,7%.

O número de atestados médicos emitidos nesses quatro anos foi de 290 (duzentos e noventa), do qual 63% são emitidos com até três dias, 12,8% até seis dias, 6% até nove dias, somente 2% são de até 12 dias e o restante 16,2% até 15 dias de afastamento das atividades laborais. Com base nos dados da quantidade de atestados emitidos pode-se considerar que durante o período de quatro anos, os dias úteis trabalhados foram de 1.088 dias, sendo no H<sub>1</sub> 904 ausências não programadas com atestado, e no H<sub>2</sub> 582.

Com as informações coletadas simulou-se o gasto adicional na folha de pagamento no período de 2004-2007, destinada aos colaboradores dos hospitais objeto de estudo. Vale ressaltar, que quando há a necessidade de substituição pelas ausências, somente os colaboradores do município é que fazem as devidas substituições. Desta feita, considerou-se, para cálculos,

os vencimentos dos servidores públicos municipais envolvidos, conforme estabelecido em contrato e especificados na Tabela 1.

Tabela 1 – Valor adicional em R\$ na folha de pagamento da Secretaria de Saúde para suprir as ausências não programadas no período de 2004-2007

CONTRATO	FUNÇÃO	Salário Inicial por mês	No. de dias ausentes	Valor hora extra	Horas extras nos 4 anos	Adicional pago na folha	Índice Adicional
	Médico	1.342,32	30	----	----	----	----
Federal	Enfermeiro	*	----	-----	-----	-----	-----
	Aux. Enfer.	402,62	509	-----	-----	-----	-----
	Médicos	1.566,00	22	----	----	----	----
Estadual	Enfermeiro	903,54	-----	-----	-----	-----	-----
	Aux. Enfer.	450,45	174	-----	-----	-----	-----
	Médico	908,17	196	700,08/24h	173.620,00	179.554,00	7,4%
Municipal	Enfermeiro	875,10	----	6,57/h	----	-----	---
	Tec. Enfer.	528,00	18	3,96/h	570,00	865,00	0,5%
	Aux. Enfer.	465,00	537	3,50/h	34.160,00	40.783,00	5,2%

Fonte: Depto. Recursos Humanos do H1 e H2 – adaptado pelos autores (2008).

Os valores pagos nos quatro anos é o resultado da soma das faltas dos profissionais, multiplicado pelo valor pago de horas extras. No caso dos médicos, por exemplo, foram somados todos os dias de ausências, e multiplicou-se por um único valor, devido a categoria receber plantões ( $30+22+196=248 \times 700,08= R\$173.620,00$ ). Em seguida somou-se o salário normal ao qual teve direito, o que resultou no valor de R\$ 179.554,00 (cento e setenta e nove mil, quinhentos e cinquenta e quatro reais). Quanto aos demais profissionais de enfermagem, somou-se o total de dias ausentes e multiplicou-se por oito horas, pelo fato do recebimento ser estipulado em horas e não em dias como os médicos (i.g. Aux. Enfer =  $509+174+537= 1.220 \times 8 = 9.760 \times R\$ 3,50 = R\$ 34.160,00$ ). Para chegar ao valor adicional na folha de pagamento também se somou o valor normal que não foi descontado no período de ausências justificadas.

O índice sobre o valor adicional foi encontrado com base na remuneração efetuada pelo salário base inicial dos profissionais do município no período sob análise, conforme demonstrado na Tabela 2. A tabela também apresenta a quantidade de salários que deixam de ser pagos, para cobrir o absenteísmo dos atestados médicos considerados, tanto sobre o salário base inicial da categoria, como sobre a quantidade do salário médio recebido de cada categoria no ano de 2007. Verificou-se que, com relação aos médicos, o índice foi maior 7,4% de toda a remuneração paga para a categoria, ou seja, deixou-se de pagar 198 salários básicos ou ainda 34 salários acrescidos de gratificações e adicionais. Em seguida vêm os auxiliares de enfermagem, com 5,2% de adicional na folha de pagamento, o que resultou em 88 salários básicos ou ainda em 34 salários acrescidos de gratificações e adicionais.

Tabela 2 – Salários pagos para cobrir o absenteísmo doença no período de 2004-2007.

CONTRATO	FUNÇÃO	Salário inicial	Salário total	Valor pago em 4 anos salário base	Adicional devido as ausências	Equival. salário base nos 4 anos	Equival. salário total nos 4anos
Federal	Médico	1.342,32	9.092,72	---	---	---	---
	Enfermeiro	*	*	---	---	---	---
	Aux. Enfer.	402,62	3.108,67	---	---	---	---
Estadual	Médicos	1.566,00	6.168,00	---	---	---	---
	Enfermeiro	903,54	3.887,57	---	---	---	---
	Aux. Enfer.	450,45	1.188,48	---	---	---	---
Municipal	Médico	908,17	5.347,67	2.441.161,00	179.554,00	198	34
	Enfermeiro	875,10	1.254,60	---	---	---	---
	Tec. Enfer.	528,00	1.167,90	165.564,00	865,00	1,6	0,75
	Aux. Enfer.	465,00	1.198,42	782.602,00	40.783,00	88	34

Fonte: Depto. Recursos Humanos do H<sub>1</sub> e H<sub>2</sub> – adaptado pelos autores (2008).

Apesar das limitações de anotações nos prontuários dos profissionais de enfermagem e médicos, a coleta de dados permitiu verificar em alguns atestados médicos os agravos ocupacionais que geraram essas ausências, pela identificação do CID – Classificação Internacional de Doenças. Esses dados apontam que 48% do absenteísmo doença estavam

relacionados a doenças osteomusculares, conhecidas como LER/DORT. Ademais, 12% apresentaram quadro de inflamação leve (amigdalite) e 15% dos afastamentos foram por depressão, sendo neste caso, período de afastamento superior a 10 dias. Constatou-se ainda que dengue foi responsável por 5% das ausências e a cefaléia pelos outros 20% restantes.

Não se verificou nos dois hospitais estudados, predominância de absenteísmo após feriados, mas sim nos finais de semana, quando o profissional estaria escalado para fazer plantão. Em adição, constatou-se que alguns profissionais acarretam anotações freqüentes no período investigado, ou seja, na maioria dos meses aparecem registros de ausências.

Na análise dos dados coletados constata-se que Cacoal registrou, em quatro anos, uma produtividade média de 300 mil procedimentos nos dois hospitais. Mais especificamente no ano de 2007, considerando-se a população residente, implicou em um custo por habitante de R\$ 214,33 (duzentos e quatorze reais e trinta e três centavos). Dentre os fatores envolvidos nestes resultados, merece atenção a questão dos colaboradores, uma vez que contribuíram na formação desses gastos, durante o período que envolveu a pesquisa, o patamar de 61%.

## **DISCUSSÃO**

Os índices encontrados no estudo são altos, quando comparados aos de outros países da América do Sul, como Venezuela que apresentou 13% para médicos residentes e 7% para enfermeiros<sup>(9)</sup>, ou até mesmo na Índia (67% para profissionais da saúde)<sup>(8)</sup>, onde ocorreu uma diminuição de investimento na área da saúde na década 1991-2001. Contudo, os índices de absenteísmo nos hospitais de Cacoal que foram estudados são comparáveis aqueles relatados por alguns hospitais da rede Sul-Sudeste: 79,2% em Porto Alegre<sup>(4)</sup>, 75,4% em São José do Rio Preto<sup>(11)</sup>. Os percentuais de atestados também são altos, quando comparados ao levantamento no Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre em 2003-2004<sup>(10)</sup> e Manaus com 2,9%<sup>(13)</sup>.

Embora a causa da ausência não programada não tenha sido um objetivo fundamental nesta pesquisa, os dados referentes à origem do absenteísmo vão de encontro a estudos realizados no Hospital Universitário no Estado de São Paulo, no ano de 2000, onde dos 1988 atestados médicos emitidos, 84,2% referia-se as doenças do aparelho digestivo, bem como do Hospital Escola de Uberaba-MG, no ano de 2002, em que os atestados médicos indicaram 21,57% de dor lombar, 13,73% de cefaléia, 8,82% de rinite e afecções respiratórias, 5,9% de hipertensão e dor em membro e o restante de acidentes de trabalho por riscos biológicos<sup>(14-15)</sup>.

Enquanto o índice do absenteísmo doença encontrado foi de 0,85%, quando apontado em dias não trabalhados, o gasto adicional na folha de pagamento teve uma variação considerável. Observou-se que os auxiliares de enfermagem atingiram um índice de 5,2%, o que relacionado com o índice do absenteísmo é seis vezes maior. Já o dos profissionais médicos representou 8,5 vezes a mais.

Essa diferença entre o índice do absenteísmo doença com o índice de gasto adicional na folha de pagamento, na maioria dos casos não é evidenciada. Outro fato que se destaca, é o absenteísmo doença de grau maior concentrar-se nos profissionais que já estão trabalhando há mais de cinco anos nessas instituições, por terem em mente a estabilidade do emprego. Essa observação ocorre pelas conversas informais com os pesquisadores e que foi percebido em algumas planilhas de frequência, tendo inclusive alguns profissionais com mais de dois anos de afastamento por motivo doença.

O absenteísmo poderia ser minimizado nos hospitais do município, com implantação e adequação de políticas que possibilitem um ambiente melhor de trabalho, práticas de incentivo pelos gestores, culturas que privilegiam a participação, bem como intervindo na promoção da saúde do trabalhador e no adequado dimensionamento dos profissionais de saúde conforme estratégias já sugeridas em estudos anteriores na região norte<sup>(13)</sup>.

Um exemplo de mudança na política de trabalho, foi feita no Hospital Confidencial de Hollywood, na Austrália Ocidental, que reduziu para 2,24% o índice de absenteísmo com a utilização EEO – *Equal Employment Opportunity* (Lei Federal da Oportunidade Igual de Emprego) – que implantou o programa de família-amiga, no qual os parentes dos pacientes ajudam os funcionários do hospital<sup>(16)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo possibilitou apontar os gastos que incidem sobre a folha de pagamento ocasionado por faltas não programadas e justificadas por atestados médicos, relativos ao período de até 15 dias, sem acarretar perda nos vencimentos. Também poderá contribuir para as estatísticas dos levantamentos sobre os gastos gerados pelo absenteísmo nas instituições hospitalares no Brasil, que vem se destacando nas últimas duas décadas, e congregam dados de suma importância para subsidiar os gestores no planejamento de estratégias, para implantações das políticas necessárias a canalização adequada dos recursos financeiros voltados para a área da saúde.

Partindo do pressuposto de que é por meio do trabalho desenvolvido com assiduidade e responsabilidade, que se alcançam os resultados propostos pelas instituições, que nesse caso, é atender as necessidades de saúde da população, entende-se que o absenteísmo é essencialmente um problema de gestão. Em investigação recente, sobre o afastamento do trabalho na enfermagem, autores argumentam que os dados obtidos neste tipo de pesquisa podem subsidiar intervenções para melhoria das condições de trabalho vigentes, diminuindo os custos econômicos e sociais nesse contexto. Também se espera que o presente estudo, possa contribuir de alguma maneira para que os gestores dos hospitais de Cacoal, revertam os gastos demonstrados, em estratégias que motivem seus colaboradores, como plano de carreira, redução de gastos com medicação, premiações por assiduidade, entre outros.

## REFERÊNCIAS

1. Murofuse NT. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2004. [acesso em 02 mar 2007]. Disponível em [www.teses.usp.br/teses](http://www.teses.usp.br/teses)
2. Martins E. Contabilidade de custos. 9ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2006.
3. Chiavenato I. Gestão de Pessoas. Edição compacta. 2ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2004.
4. Silva DPP, Marziale MHP. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2000; 8(5):44-51.
5. Baylis OJ, Adams WE, Allen D, Fraser SG. Do variations in the theatre team have an impact on the incidence of complications? [serial online] 2006. BMC Ophthalmol. 2006. 6:13.[Acesso em 13 ago 2006]. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/>
6. Mc Govern P, Kochevar L, Lohman W, Zaidman B, Gerberich SG, Nyman J, et al. The Cost of Work Related Physical Assaults in Minnesota. HSR: Health Serv Res 2000; 35(3):663-86.
7. Castle N, Degenholtz H, Rosen J. Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. BMC Health Serv Res 2006; 6(6):1-11.
8. Varatharajan D. Provision of Health Care by the Government. Indian J Med Ethics. [acesso em 16 nov 2006]. Disponível em: <http://www.issuesinmedicalethics.org/>
9. Garcia-Prado A, Chawla M. The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. Oxford University Press in association with the London School of Hygiene and Tropical Medicine. [serial online]. 2006. Health Policy Plan. 21(2):91-100. [Acesso em 16 nov 2008]. Disponível em: <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/21/2/91>

10. Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4):669-76.
11. Barboza DB, Soler ZASG. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrência com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(2):177-83.
12. Bigal ME, Moraes FA, Fernandes LC, Bordini CA, Speciali JG. Indirect Cost of Migraine in a Public Brazilian Hospital. *Headache*. 2001; 41(5):503-8.
13. Becker SG, Oliveira MLC. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008; 16(1):109-14.
14. Reis JR, La Rocca PF, Silveira AM, Bonilla IML, Giné NA, Martín M. Fatores relacionados ao Absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):616-23.
15. Rezende MP. Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 2003. [acesso em 10 jul 2007]. Disponível em [www.teses.usp.br/teses](http://www.teses.usp.br/teses)
16. Cass-Ryall K. Hollywood Private Hospital. [acesso em 13 ago 2006]. Disponível em: <http://www.eowa.gov.au/>