

MARIA MARINITA ARAÚJO GUILLOU

**GESTÃO DE PESSOAS: ABSENTEÍSMO NAS
UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MARECHAL
DEODORO/AL - Brasil**

Orientador: Prof. Doutor António Augusto Teixeira da Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

Lisboa

2015

MARIA MARINITA ARAÚJO GUILLOU

**GESTÃO DE PESSOAS: ABSENTEÍSMO NAS
UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MARECHAL
DEODORO/AL - Brasil**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 314/2015, de 31 de agosto de 2015, com a seguinte composição:

Presidente:

Prof.^a Doutora Ana Cristina Freitas Brasão Amador – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Arguente:

Prof.^a Doutora Felipa Cristina Lopes dos Reis – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Orientador:

Prof. Doutor António Augusto Teixeira da Costa – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

Lisboa

2015

A minha família, que com muito amor, carinho, dedicação e incentivo me apoiaram em todos os momentos de minha vida e souberam compreender os meus momentos de ausência.

A todos pela oportunidade de vivenciar e realizar o sonho desta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar sempre meu caminho e no momento em que a caminhada parecia tão angustiante me fortaleceu, dando força e coragem para questionar realidades, propor um novo mundo cheio de possibilidades e me guiou na difícil arte da escrita.

Aos meus colegas de mestrado, em especial a Vera Costa pela amizade, cumplicidade e companheirismo durante essa jornada.

A Dra. Maria da Conceição Clarindo C. da Silva, assistente social, amiga de profissão e que admiro muito, com seu vasto conhecimento na área e entendendo a proposta do trabalho, elaborou junto a mim o instrumento do questionário que deu subsídio na pesquisa.

A professora Dra. Márcia Karina Silva Luiz por seu apoio, incentivo e estímulo durante o mestrado.

Ao professor Msc. Ronaldo Robson Luiz co-orientador pela valiosa contribuição, apoio e disponibilidade no processo de construção desta pesquisa.

A todos os professores do Mestrado, com os quais compartilhei momentos de aprendizagem.

Ao meu orientador Dr. Antonio Augusto Costa, pela sua sabedoria que deu corpo a este trabalho e teve paciência o suficiente para o estímulo necessário à conclusão desta dissertação. Seu exemplo de dedicação à vida acadêmica e seu profissionalismo foram fundamentais.

Aos incentivando até trabalhadores das Equipes Saúde da Família, que em quase sua totalidade responderam aos questionários que norteou esse trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Aos companheiros dos Setores de: Gestão e Desenvolvimento de Pessoas e Tecnologia e Informação, da Secretaria Municipal de Saúde de Marechal Deodoro – AL, Brasil meu muito obrigado.

Aos meus amigos pelo incentivo, apoio, paciência e disponibilidade em me escutar, opinar, criticar e elogiar.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente com este resultado me apoiando e estimulando para o término deste trabalho, expresso minha profunda gratidão.

“Nunca deixe de fazer algo de bom que seu coração pede... O tempo pode passar e a oportunidade também... **Não esqueça que:**

Meta, a gente busca.

Caminho, a gente acha.

Desafio, a gente topa.

Vida, a gente enfrenta.

Saudade, a gente mata.

Sonho, a gente realiza...”

Clarice Lispector -

RESUMO

A investigação proposta tem a finalidade de conhecer as causas de afastamentos por doença dos servidores que fazem parte da Estratégia Saúde da Família com a finalidade de oferecer subsídios que contribuam para minimizar a incidência de afastamentos por motivo de doença entre os servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Marechal Deodoro/AL. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar as causas que conduzem ao absenteísmo nas unidades de estratégia saúde da família no município de Marechal Deodoro/AL. Como desdobramento desse objetivo, foi realizado o levantamento de informações documentais a partir do parecer da junta medica municipal de Marechal Deodoro/AL acerca das causas de absenteísmo, também mapeamos o perfil dos servidores públicos da estratégia saúde da família no município Deodoro/AL e por fim, analisamos as causas de absenteísmo entre os servidores das equipes das unidades de estratégia saúde da família a partir dos dados fornecidos pela junta medica coordenação geral e adjunta do município de Marechal Deodoro/AL. Baseados nessa proposição discutimos as questões levantadas no início do trabalho relacionando-as com os resultados coletados no campo através do questionário aplicado aos sujeitos da investigação. Sobre os registros médicos analisados verificamos que as solicitações de afastamento do trabalho tem relação direta com o estilo de atividade profissional, as condições de insalubridade e demais fatores atenuantes do tipo de atividade, das condições socioeconômicas desses trabalhadores, sobretudo a retribuição salarial, etc. Esses resultados são relativos a essa pesquisa, mas possuem um poder explicativo em relação à realidade estudada, podendo também conter ensinamentos para outras realidades que investiguem o mesmo objeto.

Palavras-chave: Gestão de pessoas. Absenteísmo. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The proposed research aims to know the causes of sick leave of servers that are part of the Family Health Strategy in order to provide subsidies that will help minimize the incidence of absenteeism due to illness among workers at the Municipal Health Deodoro /AL Marshal. In this sense, this study aims to analyze the causes that lead to absenteeism in the health strategy units of the family in the municipality of Marechal Deodoro/AL. As an extension of that goal, it performed a study of documentary information from the medical opinion of the municipal board of Marechal /AL about absenteeism causes, also mapped the profile of civil servants of the family health strategy in the city Deodoro/AL and Finally, we analyze the causes of absenteeism among servers teams of health strategy drives family from the data supplied by the junta medical assistant general coordination and the municipality of MarechalDeodoro / AL. Based on this proposition we discuss the issues raised at the beginning of the work relating them to the results collected in the field through the research questionnaire administered to subjects. On medical records found that analyzed the work of removal requests is directly related to the occupation style, unsanitary conditions and other mitigating factors the type of activity, the socioeconomic conditions of these workers, especially wage compensation, etc. These results are related to this research, but have an explanatory power regarding the studied reality and can be applied to other realities to investigate the same object.

Keywords: People management. Absenteeism. Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos profissionais segundo o sexo.....	50
Figura 2 – Distribuição dos profissionais segundo a faixa etária.....	51
Figura 3 – Distribuição dos profissionais segundo o estado civil.....	51
Figura 4 – Distribuição dos profissionais segundo o número de filhos.....	52
Figura 5 – Distribuição dos profissionais segundo a escolaridade.....	52
Figura 6 – Mapa de Alagoas: destaque para o município de Marechal Deodoro.....	53
Figura 7 – Distribuição dos profissionais segundo a função.....	57
Figura 8 – Distribuição dos profissionais segundo o tempo de exercício.....	58
Figura 9 – Distribuição dos profissionais segundo o tempo de serviço.....	59
Figura 10 – Distribuição dos profissionais segundo a carga horária semanal de trabalho.....	60
Figura 11 – Distribuição dos profissionais segundo a presença de local para descanso durante a jornada de trabalho.....	61
Figura 12 – Distribuição dos profissionais segundo a prática profissional em outra instituição.....	63
Figura 13 – Distribuição dos profissionais segundo a renda mensal.....	63
Figura 14 – Distribuição dos casos de afastamento segundo o ano de ocorrência.....	66
Figura 15 – Distribuição dos casos de afastamento segundo o número de dias afastado.....	66
Figura 16 – Distribuição dos profissionais segundo o afastamento do trabalho.....	69

Figura 17 – Distribuição dos profissionais segundo o número de afastamentos.....	69
Figura 18 – Distribuição dos profissionais segundo as causas do afastamento.....	69
Figura 19 – Distribuição dos profissionais segundo as condições de trabalho para o afastamento.....	70
Figura 20 – Distribuição dos profissionais segundo os benefícios suspensos por conta do afastamento.....	70
Figura 21 – Distribuição dos profissionais segundo a dificuldade para o afastamento por motivo de doença.....	70
Figura 22 – Distribuição dos profissionais segundo os tipos de dificuldades enfrentadas para conseguir o afastamento.....	71
Figura 23 – Distribuição dos profissionais segundo o conhecimento acerca do serviço do trabalhador implantado no município.....	71
Figura 24 – Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo o sexo.....	76
Figura 25 – Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo o tempo de trabalho.....	76
Figura 26 – Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo o número de solicitações de afastamento.....	77
Figura 27 – Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo a função....	78
Figura 28 – Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo a lotação...	79
Figura 29 – Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo o tempo.....	80
Figura 30 – Distribuição das classificações das doenças que levaram os profissionais a solicitarem afastamento do serviço.....	81

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Formação das Teorias Administrativas.....	21
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do perfil dos profissionais participantes da pesquisa.....	49
Tabela 2 – Distribuição do perfil profissional dos participantes da pesquisa.....	56
Tabela 3 – Distribuição dos dias de afastamento segundo o ano de ocorrência.....	66
Tabela 4 – Distribuição do perfil de afastamento profissional.....	68
Tabela 5 – Distribuição da ocorrência de afastamento segundo os fatores de perfil dos profissionais avaliados.....	72
Tabela 6 – Distribuição da ocorrência de afastamento segundo os fatores profissionais dos entrevistados.....	73
Tabela 7 – Distribuição do perfil dos profissionais que solicitaram afastamento, segundo o controle da junta médica.....	75
Tabela 8 – Distribuição do número de dias de afastamento e da classificação da doença que levou ao afastamento do profissional.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CID	Código Internacional de Doença
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIT	Comissão Intergestora Bipartite
CLAD	Centro Latinoamericano de Administração e Desenvolvimento
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSAD	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Administração
DP	Departamento de Pessoal
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEM	Fundo de Assistência a Previdência
GRH	Gerência de Recursos Humanos
GT	Grupo de Trabalho
GTS	Gestão do Trabalho na Saúde
MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
MTSS	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

NOAS	Norma Operacional de Atenção a Saúde
NR	Norma Regulamentadora
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PGT	Política de Gestão do Trabalho
PRH	Política de Recursos Humanos
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RH	Recursos Humanos
SEESMT	Serviço Especializado em Engenharia e Segurança do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	16
1 GESTÃO DE PESSOAS: REVISÃO DA LITERATURA.....	19
1.1 Conceitos gerais sobre o tema.....	19
1.2 A gestão de pessoas a luz da teoria da administração.....	22
1.3 A Gestão de Recursos Humano no setor público.....	29
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO E O ABSENTEÍSMO NO BRASIL.....	36
2.1 Questões preliminares sobre o trabalho.....	36
2.2 O absenteísmo nos Serviços de Atendimento à Saúde.....	41
3 METODOLOGIA.....	45
3.1 Questão da investigação.....	45
3.2 Objetivos da investigação.....	45
3.2.1 Objetivo geral.....	45
3.2.2 Objetivos específicos.....	45
3.3 Tipo da investigação.....	45
3.4 Instrumentos de recolha de dados.....	47
3.5 Procedimentos de análise de dados.....	47
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49

4.1	Sujeitos e <i>locus</i> da investigação.....	49
4.2	A “Anamnese” da investigação.....	54
4.3	Causas do absenteísmo nas unidades de Estratégia Saúde da Família.....	63
4.4	O registro das juntas médicas do município de Marechal Deodoro/AL.....	74
5	CONCLUSÃO.....	83
	BIBLIOGRAFIA.....	86
	APÊNDICE.....	96

INTRODUÇÃO

Nossa proposta neste estudo é analisar as causas que conduzem ao absenteísmo nas unidades de estratégia saúde da família no município de Marechal Deodoro/AL. O desejo de desenvolver esse empreendimento intelectual surge de duas condições básicas. A primeira delas está relacionada aos meus interesses profissionais, pois tenho desenvolvido minhas atividades laborais como Diretora de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas na secretaria de Saúde de Marechal Deodoro/AL na Estratégia Saúde da Família dentro do setor de Recursos Humanos com uma atenção especial a questão do absenteísmo. Em segundo lugar por compreender que há poucas pesquisas sobre essa temática desenvolvidas no Brasil sobre essa questão e que de alguma forma este trabalho pode contribuir para o desenvolvimento da compreensão.

A questão de partida da investigação é compreender de que maneira e sob quais circunstâncias ocorrem os afastamentos por doença dos servidores que fazem parte da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Marechal Deodoro/AL. Os objetivos da pesquisa são analisar as causas que conduzem ao absenteísmo nas unidades de Estratégia Saúde da Família; levantar informações documentais a partir do parecer da junta médica municipal de Marechal Deodoro/AL acerca das causas de absenteísmo; mapear o perfil dos servidores; analisar as causas de absenteísmo entre os servidores das equipes das unidades de estratégia saúde da família a partir dos dados fornecidos pela junta médica coordenação geral e adjunta do município de Marechal Deodoro/AL.

A pesquisa foi realizada com 174 profissionais de saúde ligados à Secretária Municipal de Marechal Deodoro/AL. Esses sujeitos são servidores que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF), compreendendo os cargos de Agente Comunitário de Saúde (ACS); Auxiliar de Consultório Dentário (ACD); Auxiliar de Enfermagem; Enfermeiro, Odontólogos e Médicos, com dados secundários utilizando como fonte de pesquisa os arquivos dos Recursos Humanos, Administração de Pessoal, Fundo de Assistência a Previdência (FAPEM). Ao todo são 506 servidores concursados, onde 186 são da ESF (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) e destes 174 responderam ao questionário.

O estudo está dividido em quatro seções que seguiram critérios metodológicos específicos que pudessem contribuir para a natureza acadêmica desta investigação. A primeira

seção tem como título Gestão de Pessoas: apresentando o tema. Nele elaboramos uma discussão geral sobre o tema proposto numa perspectiva de revisão literária. Dessa forma apresentamos o conceito de gestão de pessoas a luz da teoria geral da administração e relacionamos esse conceito dentro da esfera do serviço público, uma vez que o objeto deste estudo está situado dentro desta esfera pública. Para elaborar essa discussão utilizamos autores como Chiavenato (1997, 2004), Mintzberg (2003), Fischer (2002), Longo (2006, 2007), entre outros.

Por sua vez, a segunda seção tem uma natureza mais teórica onde elaboramos uma discussão sobre a concepção de trabalho e de absenteísmo no serviço de atenção a saúde, questões essas que são o cerne desta investigação e que estabelecem um referencial teórico de análise. Para esta tarefa utilizamos, entre outros, Echer et al. (1999), Tanos et al. (2000), Pavani (2000), Guimarães Sobrinho (2002), Paim e Teixeira (2006), Gobbi (2010), etc.

A terceira seção é de natureza metodológica onde apresentamos a questão norteadora da investigação como também os seus objetivos. Motivada pela necessidade de conhecer as causas de afastamentos por doença dos servidores que fazem parte da ESF, o perfil, e de saber se o quantitativo de absenteísmo é tão significativo que venha a prejudicar nas ações e planejamento da equipe multiprofissional, justificasse a pesquisa proposta com a finalidade de minimizar a incidência de afastamentos por motivo de doença, e através do resultado do estudo, sair do que esta obscura em relação ao absenteísmo que consequentemente refletem no atendimento ao usuário e por não existir tais dados no acervo da Secretaria Municipal de Saúde de Marechal Deodoro/AL. Os objetivos propostos são levantar informações documentais a partir do parecer da junta medica municipal de Marechal Deodoro/AL acerca das causas de absenteísmo; mapear o perfil dos servidores públicos da estratégia saúde da família no município Deodoro/AL; analisar as causas de absenteísmo entre os servidores das equipes das unidades de estratégia saúde da família a partir dos dados fornecidos pela junta medica coordenação geral e adjunta do município de Marechal Deodoro/AL. A Abordagem da pesquisa está ancorada no método quantitativo e qualitativo, onde aplicamos um questionário baseado na escala de likert aos 174 profissionais de saúde investigados e elaboramos uma análise dos dados numa perspectiva estatística.

De forma específica para análise dos dados, de ambas as etapas de recolha dos dados, foram construídas um banco de dados no programa EPI INFO o qual foi exportado para o software SPSS onde foi realizada a análise. Para avaliar o perfil pessoal, dados profissionais e fatores relacionados ao afastamento dos profissionais do trabalho, foram calculadas as frequências percentuais dos fatores avaliados e construídas as respectivas distribuições de

frequência. Para comparar os percentuais encontrados foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Para avaliar os fatores pessoais e profissionais que influencia no afastamento do trabalho foram construídas as tabelas de contingência dos fatores de interesse e o afastamento do trabalho e aplicado o teste Qui-quadrado pra independência. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas aplicou-se o teste Exato de Fisher. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

Finalizamos com a quarta seção, que se propõe ser o lugar da análise e discussão dos resultados onde tomamos como referência os objetivos propostos, o referencial teórico e os relacionamos com os dados levantados através do questionário aplicado. Estruturamos essa seção a partir de 03 eixos de análise: a anamnese da investigação, as causas do absenteísmo nas unidades de Estratégia Saúde da Família e os registros das juntas médicas do Município de Marechal Deodoro/AL.

E por fim, apresentamos as considerações finais do estudo que por sua vez acreditamos que esses resultados são relativos a esta investigação especificamente, possuindo assim um poder explicativo em relação à realidade estudada, mas podendo também conter ensinamentos para outras realidades.

1 GESTÃO DE PESSOAS: REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Conceitos gerais sobre o tema

Nesta seção apresentamos por meio de uma revisão literária discussões já realizadas sobre o objeto de estudo proposto nessa investigação, qual seja, gestão de pessoas: absenteísmo nas unidades de estratégia saúde da família no município de Marechal Deodoro/AL. Tomamos como base referencial autores conceituados que tem contribuído para se determinar o “estado da arte” do objeto de estudo aqui apresentado.

Pensar nos aspectos gerais do conceito de gestão de pessoas exige de nós algum retrospecto histórico a fim de compreendermos melhor como surge o conceito e a partir de que demandas conjunturais ele emerge. Desse modo, iniciamos apresentando de forma breve o conceito de administração que nos possibilitará refletir posteriormente os desdobramentos do próprio campo da administração e de que maneira o conceito de gestão de pessoas surge.

Dito isto, Chiavenato (1997) identifica que o princípio da administração como ciência, se dá por volta da primeira década do século XX, segundo o autor, Taylor¹ defendia que administrar era o conjunto das funções: Planejar, Organizar, Dirigir e Comandar. Este conceito se aplicava claramente à realidade de uma época que em reflexo da revolução industrial, apresentava-se um crescente aumento da demanda por produtos, onde as organizações [basicamente unidades fabris] tentavam a todo custo, atender às demandas impostas com o aumento da produção minimizando ao máximo a utilização de recursos (CHIAVENATO, 1997).

Este conceito evolui e passa a ter contextos mais focados nas realidades dos múltiplos ambientes organizacionais apresentados na atualidade, nos quais estão inseridas todas as organizações. Entretanto, não é simples conceituar administração baseando-se na clássica questão da maioria dos campos do conhecimento enquadrando-a simplesmente como um destes tipos, especialmente na atual e complexa era do conhecimento, que é permeada por inúmeras variáveis. A administração encontra-se no limbo composto pela dicotomia formada pelas indissociáveis partes, a teoria das técnicas acadêmicas e a prática adquirida pelas experiências vividas no labor.

Conforme afirma Mintzberg (2003), a atividade de administrar de hoje vai além do

¹ Frederick Winslow Taylor, engenheiro mecânico norte americano que desenvolveu a Teoria Clássica da Administração, onde preconizava a utilização de métodos científicos, com ênfase nas tarefas executadas pelos operários, na gestão dos meios produtivos industriais considerado o precursor do que entendemos hoje como Administração Científica.

preconizado nas palavras de Fayol² um século atrás que definia o trabalho administrativo como sendo planejamento, organização, coordenação e controle. Hoje as organizações são definidas como redes flexíveis de trabalhadores com conhecimentos, habilidades e competências.

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (1995, p. 3) afirma que “As mudanças tecnológicas respondem às exigências de qualidade em face do novo contexto econômico. Evidentemente é a lógica capitalista – fenômeno universal que demanda, e estimula a passagem do antigo modelo taylorista/fordista para o denominado paradigma da produção flexível”.

Muitos são os conceitos de administração, porém uma definição que pode dar mais entendimento, clareza e amplitude é proposta por Oliveira (2011, p. 4) ao afirmar que:

Administração é o sistema estruturado e intuitivo que consolida um conjunto de princípios, processos e funções para alavancar, harmonicamente, o processo de planejamento de situações futuras desejadas e seu posterior controle e avaliação de eficiência, eficácia e efetividade, bem como a organização – estruturação – e a direção dos recursos alocados nas áreas das empresas, orientados para os resultados esperados, com a minimização dos conflitos interpessoais.

Uma vez apresentados os conceitos voltemos às origens. De fato, já existem registros do que se pode entender por administração desde 2.800 a.C.. Na Mesopotâmia [atual Iraque e terras próximas], onde houve o estabelecimento das atividades das empresas em geral e o início da estruturação do controle destas atividades (OLIVEIRA, 2011).

O que conhecemos hoje como administração aflora com os grandes filósofos como Sócrates, Platão e Aristóteles que já a discutiam. Sócrates dizia que a Administração é uma habilidade pessoal separada do conhecimento técnico e da experiência. Platão estudava a Administração no âmbito político e social da sua época. Em seus estudos, expôs a forma democrática de governo e de administração dos negócios públicos. Aristóteles deu o primeiro passo a Filosofia, Cosmologia, Nosologia, Metafísica, Lógica e as Ciências Naturais (CHIAVENATO, 2004).

Antigamente o processo de administração acontecia naturalmente, sem ser discutido como Ciência. As organizações em si não existiam (PONTES; FERREIRA, 2009). A administração começou a ser vista como Ciência, após a Revolução Industrial. Com a invenção da máquina a vapor por James Watt no ano de 1770 e sua aplicação no processo

² Henry Fayol, engenheiro de mina francês contemporâneo de Taylor, tendo desenvolvido a Escola Científica de Administração, aos mesmos moldes da Teoria Clássica, diferindo em aspectos como ênfase, onde esta focava a estrutura organizacional.

produtivo, o conceito de trabalho é visto de maneira diferente e tornou-se responsável por mudar a estrutura social e comercial da época (CHIAVENATO, 2004).

Deste modo a cientificidade da administração se deu por Frederick Winslow Taylor, que tinha uma visão do todo. Ele preocupava-se com os recursos materiais e humanos, capacitação da mão de obra e padronização do processo, direcionamento conforme perfil e o cuidado que se deve ter com o relacionamento entre líderes e liderados (MAXIMIANO, 2007).

Em 1900 inicia-se um processo de formação de teorias administrativas, que dividida em escolas, evoluiu até os dias atuais e podem ser observadas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Formação das Teorias Administrativas

Escola Clássica	Escola Burocrática	Escola Humanista	Escola Sistêmica	Escola Quantitativa	Escola Contingencial	Escola Moderna
✓ Teoria da Administração Científica ✓ Teoria do Processo Administrativo	✓ Teoria da burocracia	✓ Teoria das Relações humanas ✓ Teoria Comportamentalista ✓ Teoria Estruturalista ✓ Teoria do Desenvolvimento Organizacional	✓ Teoria dos Sistemas	✓ Teoria Matemática	✓ Teoria da Administração por Objetivos ✓ Teoria da Contingência	✓ Teoria da Administração por Processos ✓ Teoria da Excelência Administrativa

Fonte: Adaptado de Silva (2008).

A partir do quadro acima exposto localizamos nossa investigação na escola humanística, por justamente nos ocupar de forma mais demorada nas relações, comportamentos, estruturas e desenvolvimento organizacional. Evidentemente que as demais propostas conceituais estarão presentes ao longo das nossas reflexões, contudo, reconhecemos que privilegiaremos a abordagem humanística pela própria natureza da investigação aqui proposta.

Desse modo, podemos observar que toda e qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do desempenho humano para seu sucesso. Por esse motivo, desenvolve e organiza uma forma de atuação sobre o comportamento que se convencionou chamar de

modelo de gestão de pessoas. Tal modelo é determinado por fatores internos e externos à própria organização. Assim, para diferentes contextos históricos ou setoriais são encontradas diferentes modalidades de gestão, nessa investigação nos interessa analisar as causas que conduzem ao absenteísmo nas unidades de estratégia saúde da família no município de Marechal Deodoro/AL, de modo que nos permita saber que tipo de modelo de gestão de pessoas vem sendo praticado junto aos servidores do ESF no município de Marechal Deodoro no Estado de Alagoas, possibilitando por sua vez identificar características particulares ou mesmo dialogadas da política de gestão e desenvolvimento de pessoas.

Fischer (2002) define modelo de gestão de pessoas como a maneira pela qual uma empresa se organiza para gerenciar e orientar o comportamento humano no trabalho. Para isso, a empresa se estrutura definindo princípios, estratégias, políticas e práticas ou processos de gestão. Através desses mecanismos, implementa diretrizes e orienta os estilos de atuação dos gestores em sua relação com aqueles que nela trabalham.

1.2 A gestão de pessoas a luz da teoria da administração

Um modelo de gestão de pessoas segundo Fischer (2002) é constituído por uma combinação dos seguintes elementos: *Princípios*: crenças e valores adotados pela organização; *Políticas*: diretrizes que orientam e integram os processos da organização; *Processos*: métodos usados para execução das várias atividades e obtenção dos resultados desejados; *Estilo de gestão dos gerentes*: modelos de comportamento e relacionamento. O autor ressalta que esses elementos estão condicionados por fatores internos e externos a organização.

A proposta do departamento de pessoal surge ao final do século XIX e início do Século XX. Nele a administração de recursos humanos é resultado do desenvolvimento empresarial e da evolução da teoria organizacional nos Estados Unidos, conceito que reflete a imagem de uma área de trabalho voltada prioritariamente para as transações processuais e os trâmites burocráticos.

O objetivo dos gerentes de pessoal dessa época seria estabelecer um método pelo qual pudessem escolher, entre a extensa e diversificada massa de candidatos, os mais eficientes e ao melhor custo possível.

Nessa época, o modelo de gestão de pessoas estava preocupado com as transações, os procedimentos e os processos que fizessem o homem trabalhar da maneira mais efetiva

possível. Produtividade, recompensa e eficiência de custos com o trabalho eram os conceitos chave para definir o modelo de gestão de pessoas como do tipo de departamento de pessoal.

A ideologia organizacional dominante no início do século XX, a administração científica (de Taylor), era muito compatível com um departamento de pessoal voltado para a eficiência de custos e para a busca de trabalhadores adequados às tarefas cientificamente ordenadas.

No Brasil, segundo os autores Tonelli, Lacombe e Caldas (2002) as condições de trabalho eram um pouco mais primitivas do que nos Estados Unidos. O processo de industrialização era incipiente e a economia, predominantemente agrícola. O modelo de relações trabalhistas era mais próximo do sistema escravocrata. A gestão de recursos humanos não era então um tema de interesse.

Nesse período encontra-se, então, uma organização que era vista basicamente como uma estrutura formal, constituída de órgãos, cargos e tarefas. O trabalho era rotineiro, com pequeno grau de envolvimento dos trabalhadores. Administrava-se o papelório, os procedimentos legais e a mediação pessoas/empresa estavam relegados aos termos da lei.

O principal foco era atrair e formar mão de obra técnica para satisfazer as necessidades advindas da Revolução Industrial e do ambiente de produção. Sob este contexto, o papel executado pela área de RH era voltado diretamente para as resoluções de rotinas burocráticas e operacionais, o que reforçava ao RH a atribuição de executora dos interesses da organização.

O aparecimento do departamento pessoal ocorreu, então, quando os empregados se tornaram um fator de produção cujos custos deveriam ser administrados tão racionalmente quanto os custos dos outros fatores de produção. A raiz do que se tornaria a ‘Administração de recursos humanos’ vinha da necessidade da grande corporação de gerenciar os funcionários como custos. Portanto, era uma função organizacional surgida como consequência, e não como causa (TONELLI; LACOMBE; CALDAS, 2002).

Como o ser humano está em constante evolução, é lógico compreender que teorias avançam. Assim, mesmo os pressupostos tayloristas sendo adotados por praticamente todas as empresas da época, surge um movimento teórico em outra direção. Elton Mayo³ e seus seguidores (Teoria das Relações Humanas) iniciam as primeiras experiências de contato mais intenso entre administração e psicologia, que levam a uma nova fase na história da

³ Psicólogo, industrial australiano que em 1929 foi ensinar na Universidade de Harvard. Em 1923 foi chamado para investigar as causas da alta rotatividade de pessoal do departamento de fabricação de uma empresa têxtil localizada perto de Filadélfia.

administração de recursos humanos. Surge o modelo de gestão de pessoas como gestão do comportamento humano (ELTON MAYO apud FISCHER, 2002).

A difusão da chamada “Escola de Relações Humanas” mostrou-se fundamental para os recursos humanos em dois sentidos: primeiro, porque reforçava a necessidade de as empresas darem atenção à gestão de pessoas de forma focada e segregada da gestão de outros recursos, o que fez aumentar, na prática, a estruturação do Departamento de Pessoal nas empresas bem como surgir muitas das principais leis que passam a regular as relações entre as empresas e seus empregados; segundo, porque tal movimento inicia um processo de “enriquecimento de tarefa” tanto da função do DP quanto da ideia de que todo gestor de pessoal deveria motivar e liderar seus empregados, que foi fundamental no período seguinte para o desenvolvimento da função e da prática de recursos humanos.

Fischer (2002, p. 21) também enaltece a influência da escola de relações humanas como fator determinante para a modificação na forma de atuação da área de gestão de recursos humanos, quando enfatiza: “uma de suas principais contribuições foi descobrir que a relação entre a empresa e as pessoas é intermediada pelos gerentes de linha. Reconhecer a importância e levar o gerente de linha a exercer adequadamente seu papel constituiu a principal preocupação da gestão de recursos humanos”. Nesse momento o foco de atuação da área passou a ser o treinamento gerencial, as relações interpessoais, os processos de avaliação de desempenho e de estímulo ao desenvolvimento de perfis gerenciais coerentes com o processo de gestão de pessoas desejado pela empresa. Motivação e liderança constituem-se nos conceitos chave do modelo humanista.

Seis aspectos diferenciam a Administração de Recursos Humanos da Administração de pessoal:

- ✓ Planejamento da alocação das pessoas no trabalho: uso de técnicas que estabeleçam um elo entre a estratégia de negócios da empresa e as pessoas.
- ✓ Comunicação com os empregados: adota como focos de atuação a comunicação direta e a negociação permanente com os empregados.
- ✓ Sentimentos dos funcionários: a gestão deveria concentrar-se na satisfação das pessoas e em tudo aquilo que possa interferir na cultura organizacional da empresa.
- ✓ Gestão dos empregados: ocorreria por meio dos mecanismos tradicionais de recursos humanos, na seleção, no treinamento e na compensação dos funcionários.

- ✓ Gestão de custos e benefícios: contemplaria os esforços orientados para a redução dos custos com mão de obra, tais como redução da rotatividade, do absenteísmo e outros fatores que interferem na efetividade organizacional.
- ✓ Gestão do desenvolvimento: corresponde à preocupação com a criação de competências necessárias para o futuro da empresa.

Entre a década de 60 e meados dos anos 90, “[...] a necessidade de vincular a gestão de pessoas às estratégias da organização foi apontada inicialmente pelos pesquisadores da Universidade de Michigan [...]” (FISCHER, 2002, p. 24). A visão era de que a gestão de recursos humanos deveria buscar o melhor encaixe com as políticas empresariais e os fatores ambientais.

Os fatores econômicos e sociais que marcaram esse período são esclarecedores sobre o aparecimento da área de Recursos Humanos como uma atividade mais central e de maior importância nas empresas em relação ao período anterior. Tonelli, Lacombe e Caldas (2002, p. 70) relatam que “até os anos 1960, a gestão das organizações se pautou pelas abordagens prescritas pelas escolas clássicas e de relações humanas. Dentro desse contexto de crescimento, de produção e consumo em massa, as organizações crescem em tamanho e em complexidade, internacionalizam-se, implantando filiais e subsidiárias em outros países e tornando imprescindível a profissionalização da administração de pessoas”.

É por isso que a área de gestão de pessoas passa a ter uma nova atribuição. As evoluções no contexto dos negócios trouxeram à tona a onda de flexibilização. As teorias que anteriormente eram focadas nos aspectos internos passam a se preocupar mais com o ambiente e com a maneira de lidar com os aspectos externos, refletindo isso nas políticas e práticas de gestão que não estavam presentes nas abordagens clássicas e na escola de relações humanas. Têm-se, então, o reconhecimento da importância e o questionamento da efetividade da ação gerencial para o sucesso da empresa; o destaque dado às escolhas estratégicas e à negociação; a existência de recursos limitados que precisam ser utilizados eficientemente; a importância de se avaliarem os custos de cada transação e a necessidade de legitimação da ação organizacional pelos eventos externos.

Se uma empresa vive em ambientes cada vez mais turbulentos e menos previsíveis, as pessoas que nela trabalham passam a ser imprescindíveis para a sobrevivência da organização. As ações necessárias são diretamente dependentes da força de trabalho interno. Assim, obter a cooperação dos trabalhadores passa ser algo necessário para o alcance dos resultados.

Para Tonelli, Lacombe e Caldas (2002, p. 72) é desse movimento que se origina a prescrição da descentralização da gestão de Recursos Humanos que começa a ser entendida como uma atividade que deveria estar parcialmente na função de RH e na atuação do dia-a-dia de cada gestor de pessoas. Segundo os autores, “as formas mais flexíveis de organizar o trabalho e a produção, em conjunto com os grandes processos de reestruturação dos anos 1980, acabam por definir estruturas organizacionais mais reduzidas e planas, eliminando, no processo, inúmeros postos de trabalho. A supressão de milhares de empregos nos anos 1980 não só trouxe desafios novos à gestão de pessoas nas empresas como também criou novos rótulos e estigmas para a função de RH” (TONELLI; LACOMBE; CALDAS, 2002, p. 73).

Encontra-se em várias empresas brasileiras uma área de RH atrasada se comparada com às do exterior. Observa-se, entretanto, um novo movimento acontecendo no ambiente empresarial, seja nacional ou internacional. A busca de orientação estratégica para as políticas e práticas de RH passa a ser o novo conceito articulador do modelo de gestão de pessoas por competência

O advento da era competitiva, iniciado na década de 90 e presente até os dias atuais, exigiu novo papel da gestão de recursos humanos. De acordo com Fischer (2002, p. 25) a intenção de criar vínculos cada vez mais próximos entre desempenho e resultados da empresa se intensifica a ponto de requerer nova definição conceitual do modelo. Porquanto, a julgar pelo movimento dos anos 1990, a descentralização da área de recursos humanos continua.

Cada vez mais a área passa a assessorar outras áreas da empresa na atração e na retenção de pessoas. Nos anos 1990, a área recebeu várias denominações como: Gestão de Pessoas, Gestão de Talentos, Gestão de Gente, Gestão Estratégica de Recursos Humanos, entre outras. Tipicamente, seu foco de atuação passa a ser a gestão de competências e, ao menos no discurso, a construção de modelos de gestão de pessoas mais flexíveis e orgânicos.

No Brasil, com as grandes mudanças provocadas pelo Plano Real e pela abertura econômica, as empresas se viram obrigadas a rever suas práticas e políticas de gestão de recursos humanos. Para Tonelli, Lacombe e Caldas (2002, p. 79), as empresas brasileiras são subitamente expostas à concorrência internacional e passam a buscar mudanças que lhes permitam condições mínimas de competitividade. Os autores salientam que “pesquisas realizadas nesta década mostram que ainda existe no Brasil a diversidade na estrutura e na abrangência das áreas de recursos humanos nas empresas. Algumas continuam mantendo um Departamento de Pessoal, outras expandiram sua atuação e de fato possuem departamentos de recursos humanos, enquanto um conjunto crescente, mas ainda muito limitado já adotou

modelos com estrutura enxuta e papel estratégico e consultivo” (TONELLI; LACOMBE; CALDAS, 2002, p. 79).

Nesse cenário, consolidado a partir da década de 1990, as organizações passaram a buscar mais flexibilidade e maior velocidade de resposta para as demandas internas e para o enfrentamento de situações inusitadas e de complexidade crescente.

Dutra (2008) afirma que cada vez mais as empresas buscam o comprometimento das pessoas, que só se concretiza à medida que elas percebam que a relação com a organização lhes traga valor, e que é garantia de criação e sustentação dos diferenciais competitivos – ao ganhar voz nas organizações, as pessoas tornam-se fonte de pressão. Com tal pressão, as organizações mostram-se mais dispostas a atender às expectativas e necessidades de seus funcionários. Estes, por sua vez, buscam maior espaço para desenvolvimento pessoal e profissional, manutenção da competitividade profissional, exercício da cidadania organizacional.

Assim, para Dutra (2008), para desenvolver um modelo de gestão de pessoas que forneça as bases para a compreensão da realidade e para a construção de diretrizes e instrumentos que garantam uma gestão coerente e consistente no tempo, ele identificou “ideias-força”, valores subjacentes em conceito ou prática de gestão de pessoas:

- ✓ **Desenvolvimento mútuo:** processo que permite à empresa e às pessoas atuarem em realidades cada vez mais complexa;
- ✓ **Satisfação mútua:** ajuste entre os objetivos estratégicos e de negócios da organização e o projeto profissional e de vida das pessoas;
- ✓ **Consistência no tempo:** a gestão de pessoas deve oferecer parâmetros estáveis no tempo, para que a empresa e as pessoas possam situar-se de forma relativa em diferentes circunstâncias.

Para assegurar a efetividade do modelo, algumas condições precisam estar presentes:

- ✓ **Transparência:** clareza de critérios que norteiam a gestão de pessoas e informações constantes sobre a forma de aplicação desses critérios;
- ✓ **Simplicidade na formulação e aplicação dos critérios:** é fundamental para facilitar à compreensão, a análise, a discussão, o consenso, a aceitação e o comprometimento em torno dos valores e sua prática;

- ✓ **Flexibilidade:** os critérios para a gestão de pessoas precisam ajustar-se aos diferentes contextos e às pressões impostas por suas transformações.

Para a construção de um modelo de gestão de pessoas, devemos considerar:

- ✓ **Papel das pessoas:** as pessoas estão tomando para si a responsabilidade de gestão de carreira e cobrando da empresa condições objetivas de desenvolvimento profissional;
- ✓ **Papel das empresas:** as empresas devem criar o espaço, estimular o desenvolvimento e oferecer suporte e condições para a mútua satisfação das expectativas e necessidades. Para que isso ocorra, é preciso estar em constante interação com as pessoas, para conseguir impulsionar, por meio delas, sua competitividade, mediante mútuo comprometimento;
- ✓ **Processos de gestão de pessoas:** a gestão de pessoas deve considerar os processos de movimentação, desenvolvimento e valorização delas. *Movimentação:* inclui captação, internalização, transferências, promoções, expatriação, recolocação. *Desenvolvimento:* capacitação, carreira e desempenho. *Valorização:* remuneração, premiação, serviços e facilidades.
- ✓ **Bases estruturais:** conjunto de compromissos mútuos estabelecidos entre a empresa e as pessoas, traduzidos pelas políticas e práticas existentes na organização e que orientam o comportamento.
- ✓ **Processos de apoio:** constituem interações não ligadas exclusivamente à gestão de pessoas, mas fundamentais para que ela possa ser efetiva, ou que tendem a influenciá-la. São eles: informações, comunicação, relações sindicais, relações com a comunidade. *Processos de informações:* fluxo de informações, estruturado ou não, que flui da empresa para a pessoa e vice-versa; *Processos de comunicação:* englobam os canais e veículos de comunicação entre empresa e pessoas, entre pessoas e empresa, entre pessoas da empresa, e entre pessoas, empresa e comunidade; *Relações sindicais:* tratam da relação entre empresa, pessoas e sindicatos representativos dos trabalhadores; *Relações com a comunidade:* conjunto de políticas e práticas que balizam as relações entre empresa, pessoas e comunidade.

Com essa retrospectiva histórica buscou-se identificar e compreender que a função e prática de recursos humanos se originaram, se desenvolveram e se transformaram devido a fatores internos e externos às organizações. As múltiplas transformações na evolução do capitalismo e da sociedade ocidental provocaram mudanças nas relações de trabalho e na configuração organizacional que, por sua vez, impulsionaram a criação, o desenvolvimento e a transformação de recursos humanos do Departamento de Pessoal à chamada Gestão Estratégica de Pessoas.

Diferentes momentos de RH e as concepções que lhe são associadas corresponderam a modelos distintos de atuação nas empresas. Existem modelos mais centralizados, que se baseiam em processos burocráticos de fiscalização e de verificação de conformidade normativa. Existem modelos nos quais o tradicional cede lugar ao processo de co-responsabilização pelas estratégias da empresa.

1.3 A Gestão de Recursos Humanos no setor público

A temática dos recursos humanos sempre esteve presente nos debates sobre reformas e modernização das administrações públicas (POLLITT; BOUCKAERT, 2004, p. 75). Na agenda, persistem temas fortemente identificados com o modelo burocrático weberiano, como a profissionalização e seleção aberta e por mérito, e outros mais ligados ao gerencialismo, como a flexibilização das relações de trabalho, avaliação de desempenho e aproximação das regras da iniciativa privada.

A relevância do debate sobre o papel da gestão de recursos humanos no setor público pode ser observada pelo destaque dado ao tema em diversas arenas multilaterais como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE - (1998, 2001, 2005, 2008), Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento – CLAD - (2003) e a Organização das Nações Unidas - ONU (2006). A gestão de recursos humanos já era pauta no âmbito da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico – OCDE no final da década de 80 quando ainda em 1988

O Comitê de Administração Pública da OCDE considerou, portanto, prioritário o intercâmbio, entre os países-membros, de informações sobre as inovações na gestão dos recursos humanos da administração pública, bem como a análise da evolução das políticas de pessoal em vigor e das questões que estas levantam (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 1998, p. 11).

A organização aponta ainda a Gestão de Recursos Humanos como o objetivo principal das reformas da administração públicas ocorridas ao longo das décadas de 80e 90 (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2001, p. 48). Opinião compartilhada por Longo (2007a, p. 134), até, mas não apenas, pela enorme proporção do gasto de pessoal em relação ao total do gasto público e pela necessidade de se fazer uma gestão mais eficiente desse ativo fundamental. Observação também já apresentada por Gaetani (1998, p. 99) ao dar destaque à despesa de pessoal no orçamento público como principal ativo e maior fonte potencial de ganhos de produtividade.

No contexto Ibero-americano, foi aprovada, em 2003, a Carta da Função Pública pela V Conferência Ibero-americana de Ministros de Administração Pública e Reforma do Estado tendo como objetivo “colocar de manifesto um conjunto de bases comuns, sobre as quais devem articular-se o desenho e o funcionamento dos diferentes sistemas nacionais de função pública nos países ibero-americanos” (CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACION PARA EL DESARROLLO, 2003, p. 4).

No âmbito nacional, o tema teve bastante destaque na reforma gerencial de 1995 (MARE, 1995 e BRASIL, 1998) e recentemente voltou a ser destacado na Carta de Brasília assinada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Administração (CONSAD) em 2008.

No âmbito subnacional Abrucio (2007), após realizar um diagnóstico compreensivo sobre a gestão nos governos estaduais brasileiros para o Programa Nacional de Apoio à Modernização da Gestão e do Planejamento dos Estados e do Distrito Federal(PNAGE), enfatiza que “é possível dizer, com total segurança, que o maior problema dos estados está na área de Recursos Humanos” (ABRUCIO, 2007, p. 6).

E o problema parece não ser exclusividade de estados brasileiros. Além da relevância do tema, outro ponto que pode ser facilmente percebido na literatura é a imaturidade da gestão de recursos humanos, inclusive nos países desenvolvidos (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2008, p. 428).

Em termos relativos, o Brasil é apontado junto ao Chile como destaques no contexto latino-americano em relação ao desenvolvimento da gestão de recursos humanos. É o que conclui Iacoviello (2006) em estudo comparativo que analisou a gestão de recursos humanos em 18 países latino americanos para o Banco Interamericano de Desenvolvimento. O destaque feito ao Brasil é acompanhado de uma clara conclusão sobre a debilidade geral apresentada pelo grupo de países analisados.

A partir da análise do nível de desenvolvimento de seus sistemas de gestão de recursos humanos, pode-se notar a debilidade geral que apresentam estes mecanismos nos serviços civis da América latina. No entanto, também é possível distinguir situações de diferentes graus de desenvolvimento e integração dos sistemas de gestão de recursos humanos dos estados na região. Chile e Brasil são os dois casos que se destacam Porter em um maior desenvolvimento de seus serviços civis, acompanhados por Costa Rica como caso especial entre os países da América Central. Os casos de Chile e Brasil, recorrentemente mencionados como mais exitosos em termos relativos dentro da região, são exceções em termos de sua alta consistência quanto à política de recursos humanos para o Estado e ao nível de institucionalização alcançado pelas áreas de direção. Ambos os aspectos permitem avaliar positivamente suas possibilidades de consolidação para o futuro (IACOVIELLO, 2006, p.564-565).

De forma geral Longo (2007a) aponta que do ponto de vista da reforma gerencial a análise da literatura especializada revela alto grau de coincidência na identificação das principais disfunções dos sistemas de gestão pública dos recursos humanos: excesso de uniformidade nos marcos reguladores do emprego público; demasiadas regulações, que conduzem a um alto e excessivo grau de padronização das práticas de pessoal; excessiva centralização da gestão, com pouca autonomia para o gestor; organização do trabalho engessada e fragmentada; baixa mobilidade; sistemas de recrutamento longos, complexos e excessivamente formalizados; e excesso de estabilidade no emprego; ascensão difícil e constantemente baseada na antiguidade; desvinculação entre remuneração e responsabilidade; separação quase absoluta entre desempenho no cargo e o funcionamento dos sistemas de promoção e retribuição; baixa capacidade de produção de competências e de perfis diretivos; estilo paternalista dos dirigentes; império do coletivismo nas relações laborais e alto grau de conflito (LONGO, 2007a, p.132-133).

Longo (2006) em análise dos resultados do mesmo diagnóstico analisado por Iacoviello (2006), além de conclusões semelhantes sobre a fragilidade geral dos sistemas de serviço civil do conjunto dos países latino-americanos analisados e do destaque nesse meio para Brasil e Chile, aponta para processos de reforma com considerável variação na profundidade e alcance, conjugados com pontos de partida em cada realidade nacional também bastante distintos.

Como destaque da abordagem do autor, vale anotação em referência ao peso de fatores econômicos como chave para o processo de reforma (LONGO, 2006, p. 597-598) e a diferença entre o volume das reformas legais promulgadas e as mudanças de fato implementadas (LONGO, 2006, p. 600).

Longo (2006) destaca ainda a convivência, não sem algum grau de tensão, entre mérito e flexibilidade como orientadores dos processos de reforma nos países estudados. Embora em uma realidade onde altos graus de práticas clientelistas ainda sejam observados e expressões como profissionalização, concursos públicos e carreira administrativa ainda são convertidos em lemas para alteração do estado das coisas:

[...] as mudanças perseguem ao mesmo tempo a introdução, nos sistemas de gestão do emprego e dos recursos humanos, de elementos que potencializem a eficácia das políticas públicas, a agilidade de resposta das burocracias públicas aos programas de governo e os incentivos capazes de estimular a dedicação e a produtividade dos servidores públicos. São estas últimas orientações comuns às reformas dos sistemas públicos de emprego em todo mundo desenvolvido, para as quais a OCDE cunhou como termo de síntese a “flexibilidade”. Políticas como diversidade contratual, avaliação de desempenho, remuneração variável e inclusive a gestão por competências formam parte do repertório de práticas de gestão que os reformadores do emprego público pretendem introduzir, também na América Latina, junto ao recrutamento aberto e a seleção pelo mérito e capacidade (LONGO, 2006, p. 601).

Ao analisar as experiências de países desenvolvidos encontramos como no caso latino-americano, diversidade de elementos da reforma implementados nos países da OCDE. “O ritmo e a amplitude das reformas da GRH são muito diferentes de um país para outro, devido a suas estratégias de reformas globais, a seus aprendizados culturais e históricos e a seu nível de recessão econômica” (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2001, p. 49).

Embora a agenda de reformas de cunho burocrático não pareça ser um desafio a ser superado como na América Latina e as reformas tenham clara orientação no sentido da flexibilização e aproximação das regras do setor público às regras do setor privado, “muitos governos ainda adotam os principais elementos do sistema tradicional da administração pública” (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2005, p. 420), não havendo assim, um tipo padrão de emprego no setor público desses países. Direção confirmada por Pollitt e Bouckaert (2004), para quem a maior parte das mudanças na área de recursos humanos foi orientada na linha de tornar o serviço público mais flexível e responsável, mais focado em resultados, com mais habilidades e, se possível, menos numeroso (POLLITT; BOUCKAERT, 2004, p.75).

Um estudo recente da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2008) analisou seis tendências no que se refere à gestão de recursos humanos:

- ✓ Esforços para redução no tamanho serviço civil e a contratação de serviços de agências;
- ✓ Aproximação de regras de setor público àquelas praticadas pelo setor privado;
- ✓ A delegação da gestão de recursos humanos para as agências descentralizadas;
- ✓ Gestão do desempenho;
- ✓ Delegação e individualização dos sistemas de pagamento;
- ✓ A criação e gestão de carreiras da alta administração pública. Uma visão geral de vinte anos de transformações é apresentada de forma sucinta na introdução do estudo:

Ao longo dos últimos vinte anos, a gestão do serviço público mudou muito na maioria dos países da OCDE. Primeiro, os governos têm tentado reduzir o tamanho de seu emprego público para diminuir os custos de produção de serviços, diretamente ou indiretamente por meio de terceirização da produção de serviços para o setor privado a partir da hipótese que este seria mais eficiente. Em segundo lugar, em muitos casos, os governos tentaram aplicar princípios gerenciais gerais para a gestão dos empregados públicos, e como consequência, muitas áreas do serviço público perderam sua singularidade e tornaram-se muito similares ao sistema geral de emprego nos diferentes países. Além disso, os serviços públicos estão sob pressão de mudanças econômicas e sociais que afetam sua gestão, como, por exemplo, a globalização do mercado de trabalho, o envelhecimento da população, e o advento da economia do conhecimento (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2008, p. 9).

O estudo defende que a aproximação das regras do setor público com o que é praticado no setor privado não se trata de uma proposta de copiar o último e sim, de permitir ao gestor público as mesmas possibilidades que o gestor privado tem para gerenciar seus recursos humanos, ser gestor das condições de trabalho de acordo com as necessidades de sua organização e ser capaz de reconhecer o mérito e o desempenho individual de sua força de trabalho. As medidas nesse sentido incluem: alteração da relação de trabalho regida por um estatuto (lei) para contrato de trabalho; descentralização das decisões sobre pagamento que deixam de ser unilaterais para serem objeto de negociação; possibilidade de alteração de sistemas de carreira para sistema de postos de trabalho; alinhamento das remunerações do setor público com a prática do mercado; revisão dos regimes especiais de aposentadoria; utilização de alternativas de contratação, como contratos de curto prazo (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2008, p. 22-24).

A realidade atual dos países da OCDE na maior parte dos países pesquisados demonstra, mesmo com as reformas graduais implementadas, uma situação em que o emprego

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Ciências Económicas e das Organizações

no setor público ainda goza de maior segurança no emprego e proteção contra demissão, inclusive com a manutenção da ideia de emprego para toda vida, tendo em contrapartida menores direitos no que se refere à organização sindical.

A delegação de autoridade para gestão de recursos humanos no âmbito dos países da OCDE é uma realidade, mesmo com variações entre o que e quanto delegar. Identificado como ponto crucial para a boa gestão de recursos humanos no setor público, essa diretriz deve se atentar para três desafios principais: não perder a unidade e a ideia de um *ethos* público comum e desejável; reformular a área central de coordenação da política de recursos humanos e capacitar as agências descentralizadas para exercer a delegação com qualidade.

A gestão do desempenho no nível individual é entendida pela ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (2008) como um processo em que o funcionário entende o que é esperado dele, é avaliado, recebe o *feedback* e é apoiado em seu processo de desenvolvimento. Envolve ainda a premiação do bom desempenho e a identificação dos motivos do desempenho insatisfatório. Embora a avaliação de desempenho seja uma realidade em praticamente todos os países estudados, não existe, também nesse caso, um padrão.

Vale destacar a ênfase dada em vários países para a gestão do desempenho de servidores que compõem equipes de alto nível, inclusive com a aplicação de remuneração variável de acordo com o desempenho. Contudo, este último mecanismo, assim como a gestão de desempenho de equipes, ainda é pouco desenvolvido no conjunto dos países analisados.

Recrutar e reter funcionários com as habilidades, competências e motivação adequados ao bom desempenho do setor público é o maior desafio de um sistema de pagamentos nos governos. Tarefa que ganha maior importância quando assinalado a grande proporção da despesa pública dispendida com pessoal em relação ao gasto total dos governos. A tendência apresentada para os países da OCDE, para esta função, é de descentralização e individualização do sistema de pagamento, claramente acompanhada por maiores custos de transação quando comparados com modelos centralizados e de padrões universais de remuneração.

O conjunto de tendências para a gestão de recursos humanos no âmbito da OCDE é concluído com a gestão de um grupo específico de recursos humanos identificados como alta administração pública, funcionários preparados para ocupar o mais alto nível dos postos técnicos de um governo e fazer a relação entre a administração e os políticos. Formalmente ou informalmente constituídos, as estratégias para gestão do “Sênior Civil Service” têm sido identificadas como importantes iniciativas para garantir a coesão da ação governamental inter

setorial, orientada pelas diretrizes políticas dos dirigentes, mas com a garantia da manutenção da neutralidade política e do *ethos* público da burocracia.

De forma geral, as tendências de mudanças na gestão de recursos humanos no âmbito da OCDE apontam para um formato muito mais complexo e elaborado do que o estágio anterior. Apenas a descentralização de funções já depende de uma reestruturação do *modus operandi* das estruturas centrais e, talvez, a criação da operação descentralizada, antes ocupada apenas com tarefas operacionais de departamento de pessoal. Tudo isso em contexto reconhecidamente imaturo.

Um balanço da análise das experiências dos países latino americanos e dos países membros da OCDE sugere que os últimos encontram-se em estágio mais avançado na gestão de recursos humanos, sendo que os padrões burocráticos não aparecem mais como uma questão a ser desenvolvida. O momento é mais de uma avaliação do que desse padrão necessita ser mantido e o que pode ser flexibilizado.

Na América Latina, o que pode ser observado é um movimento duplamente orientado, de um lado, por um longo percurso ainda a ser percorrido para consolidação de uma burocracia estável e, de outro, pela adoção de medidas de flexibilização influenciadas pelas reformas gerenciais. Em ambos os casos, embora os direcionadores sejam os mesmos, os tempos e as ferramentas selecionadas variam de acordo com o contexto local, não havendo um padrão de referência, mas sim uma realidade dominada pela diversidade.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO E O ABSENTEÍSMO NO BRASIL

2.1 Questões preliminares sobre o trabalho

Na obra *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira* Minayo Gomez, Machado e Pena (2011) nos oferece uma revisão do campo da saúde do trabalhador no Brasil considerando suas dimensões teórico-conceituais e políticos-institucionais, bem como apresenta dilemas, desafios e perspectivas teóricas e práticas para a área diante das transformações econômicas e sociais da atualidade. O autor pontua que nos últimos anos verifica-se um quadro de mudanças caracterizado por globalização dos mercados, reestruturação produtiva e incorporação de novas tecnologias, coexistindo com processos de trabalho tayloristas-fordistas, além da expansão do setor de serviços e do aumento de trabalho informal e exclusão social, ao lado dos problemas estruturais da formação social do Brasil. Nesse processo vão sendo modificadas as exigências feitas ao trabalhador bem como a dinâmica do emprego e desemprego.

Apresentando os desafios da política de saúde do trabalhador em direção ao desenvolvimento sustentável e a necessidade de considerar a categoria trabalho como determinante nos processos saúde-doença, Minayo Gomez, Machado e Pena (2011) apresenta os pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no contexto do SUS, avaliando a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) apontando algumas de suas fragilidades, como o distanciamento do controle social e a baixa articulação intra e inter setorial. Aborda ainda a política nacional de humanização, a implantação das políticas setoriais de ergonomia, as lutas pelo controle do benzeno no Brasil e a potencialidade do conceito de território para análises e intervenções em saúde, trabalho e ambiente. Esse conjunto de dimensões de caráter avaliativo e propositivo sinaliza diversos pontos críticos a serem superados para a efetiva institucionalização da saúde do trabalhador no Brasil e sugere caminhos para o fortalecimento das políticas e ações institucionais.

Diante dos processos de saúde-produção-doença, que inclusive refletem históricos conflitos sociais brasileiros, o autor propõe a criação de meios para melhoria das condições de trabalho e vida dos trabalhadores, afirmando a necessidade de movimentos que "ponham fim à ideia de que mortes no trabalho, mesmo 'no varejo', sejam aceitáveis" (MINAYO GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011, p. 223), e a importância de "problematizar a vida que se discute em saúde do trabalhador, porque alguns trabalhos, mesmo com todo o avanço tecnológico,

permanecem matando lentamente, ou até abruptamente" (MINAYO GOMEZ; MACHADO; PENA, 2011, p. 290).

A categoria trabalho assumiu uma posição importante na discussão acadêmica o que por sua vez é decorrente de uma realidade temporal da humanidade. Ele se caracteriza como uma atividade essencial para o ser humano, marcadamente pelas suas características de intenção e, sobretudo como meio de produção para a sociedade o que por sua vez provê as questões relacionadas ao sustento bem como valorização social e satisfação pessoal (FARIA; BARBOSA; DOMINGOS, 2005).

Oliveira (1991, p. 5) define o trabalho como:

[...] atividade desenvolvida pelo homem, sob determinadas formas, para produzir a riqueza. São as condições históricas que lhe dão validade e estabelecem o seu limite [...] a história do trabalho começa quando o homem buscou meios de satisfazer suas necessidades.

Godelier (1986) vai apontar que a intencionalidade é o que dá origem o processo de trabalho realizado pelo homem, quando este busca na natureza elementos que poderão ser usados como matéria-prima para a produção de valores que venham satisfazer suas necessidades enquanto ser humano.

Partindo dessa premissa, o trabalho assume a dimensão de um projeto imaginário sobre o produto que o homem deseja produzir. Para concretização desse produto, é utilizado a matéria-prima, instrumentos, ferramentas e todo o utensílio necessário para produção. Com esses instrumentos ocorre a produção específica do produto, o que se denomina de trabalho vivo, que pode assumir a forma de bens ou serviços. Por sua vez as matérias-primas e instrumentos utilizados no processo são denominados de trabalho morto, pois são apenas meios para realização do trabalho e conseqüentemente do produto em si. Assim, esses produtos assumem o valor de troca e o valor de uso (MERHY, 1997).

Ainda de acordo com Merhy (1997) o trabalho vivo possui as seguintes características: é aquele que acontece no momento da sua execução pelo trabalhador; é carregado de possibilidade de criação, de inventividade, de tentativas humanamente colocadas. Já o trabalho morto é caracterizado por: todos os produtos-meios, instrumentos, ferramentas e matérias-primas para operacionalização do ato produtivo.

Numa perspectiva histórica, podemos identificar a Revolução Industrial ocorrida no século XVIII como um marco importante para o mundo do trabalho, onde impactos profundos ocorreram no processo produtivo, tanto no aspecto social como econômico. As transformações ocorridas nessa época foram preponderantes para o processo da divisão do

trabalho onde o modo capitalista de produção passou a ter uma forte ênfase a partir do processo de parcelamento das fases de preparação de um produto em várias operações, sendo executadas por diferentes trabalhadores (BRAVERMAN, 1987).

Através da fragmentação do trabalho é percebido um foco na produção de um volume maior de serviço, o que por sua vez resultava de um melhor aperfeiçoamento dos trabalhadores a partir da especialização em partes específicas da confecção do produto, da gestão do tempo. É nessa etapa que surgem as máquinas que mecanizaram a processo do trabalho (BRAVERMAN, 1987).

Com o passar do tempo, a produtividade foi aumentada com o surgimento de novas tecnologias o que proporcionou diretamente o aumento do acúmulo de capital financeiro. Valle e Vieira (1999) nos informa que essa época apresenta algumas características bem específicas, como condições de trabalho inadequadas, longas jornadas diárias de atividade, exposição constante a ambientes insalubres e baixa remuneração salarial.

No modelo capitalista, o ser humano é reconhecido pela sua capacidade de produção (TOLEDO; GANCHO, 1997). Essa compreensão se dá devido a visão de lucro dos empregadores o que leva a uma visão do empregado a partir da tarefa que ele executa, sem levar em consideração a sua criatividade, uma vez que o trabalhador é visto como uma máquina e não como um ser humano.

Por sua vez, o sistema taylorista/fordista, que tomou forma no século XX, impôs forte influência, cujo critério baseava-se na produção em massa, tendo como principal objetivo a redução de custos, onde a linha de produção se apresentava de forma repetitiva e verticalizada, onde o profissional era submisso aos ideais da empresa (MOSER, 1985).

Dessa forma, verificamos que o modo de produção capitalista tinha um enfoque na automação e na fragmentação do trabalho que visava a uma maior produtividade dos empregados sem a devida preocupação com as condições de segurança e bem-estar social.

Com o surgimento da Organização Internacional do Trabalho (OIT)⁴, em 1919 há uma sinalização por parte dos gestores de uma preocupação em oferecer serviços médicos aos empregados. Essa iniciativa é elaborada a partir do Tratado de Versalhes⁵. Essa determinação

⁴ A OIT representa uma instituição autônoma das Nações Unidas, formada por representantes do governo, empresários e trabalhadores, cujo objetivo principal é estabelecer normas e convenções internacionais que promovam o trabalho digno (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 1999).

⁵ O Tratado de Versalhes (1919) foi um tratado de paz assinado pelas potências europeias que encerrou oficialmente a Primeira Guerra Mundial. Após seis meses de negociações, em Paris, o tratado foi assinado como uma continuação do armistício de Novembro de 1918, em Compiègne, que tinha posto um fim aos confrontos. O principal ponto do tratado determinava que a Alemanha aceitasse todas as responsabilidades por causar a guerra e que, sob os termos dos artigos 231-247, fizesse reparações a um certo número de nações da Tríplice Entente. Os

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Ciências Económicas e das Organizações

tinha o intuito de garantir a proteção do trabalhador contra possíveis doenças laborais ou em decorrência desses, procurando manter uma boa condição física e mental do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

No Brasil, surge a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1943 com o Decreto- Lei nº 5452 (BRASIL, 1943) que inclui no capítulo V:

- ✓ Da Segurança e Medicina do Trabalho, que determina sobre o funcionamento adequado do trabalho e estabelece o mínimo para a segurança e garantia da integridade do trabalhador.

Com isso foram instituídos órgãos fiscalizadores com o intuito de inibir riscos ao trabalhador em sua atividade laboral. Dentro desse contexto, cria-se nas empresas a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), institui-se o provimento dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), serviços de medicina do trabalho como exames periódicos, exames adimensionais e dimensionais além de outros atendimentos de saúde e primeiros socorros.

Em 1977 o serviço médico das empresas tornou-se obrigatório, sendo regulamentada pela Portaria 3214/78, (BRASIL, 1978), atual Norma Regulamentadora NR4, que estabelece a exigência da constituição de equipes multidisciplinares nos serviços de Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. Com isso surge o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMT) composto por médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, engenheiros e técnicos de segurança. Essas ações visavam a redução de riscos de acidentes no trabalho bem como, para a melhoria das condições laborais.

De uma forma específica, o trabalho em saúde é considerado fonte de vários fatores de riscos e recebeu tratamento específico através da criação da Norma Regulamentadora nº 32 (NR32), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). O objetivo da NR32 é estabelecer

termos impostos à Alemanha incluíam a perda de uma parte de seu território para um número de nações fronteiriças, de todas as colônias sobre os oceanos e sobre o continente africano, uma restrição ao tamanho do exército e uma indenização pelos prejuízos causados durante a guerra. A República de Weimar também aceitou reconhecer a independência da Áustria. O ministro alemão do exterior, Hermann Müller, assinou o tratado em 28 de Junho de 1919. O tratado foi ratificado pela Liga das Nações em 10 de Janeiro de 1920. Na Alemanha o tratado causou choque e humilhação na população, o que contribuiu para a queda da República de Weimar em 1933 e a ascensão do Nazismo. No tratado foi criada uma comissão para determinar a dimensão precisa das reparações que a Alemanha tinha de pagar. Em 1921, este valor foi oficialmente fixado em 33 milhões de dólares. Os encargos a comportar com este pagamento são frequentemente citados como a principal causa do fim da República de Weimar e a subida ao poder de Adolf Hitler, o que inevitavelmente levou à eclosão da Segunda Guerra Mundial apenas 20 anos depois da assinatura do Tratado de Versalhes.

diretrizes básicas para a implementação de medidas que visem à proteção e segurança dos trabalhadores em estabelecimentos de assistência à saúde (BRASIL, 2005).

É pertinente destacar que uma importante contribuição dessas discussões foi a incorporação da temática ambiental, que trouxe para o debate a relação saúde, trabalho e ambiente, ampliando a principal categoria de análise da área - o processo de trabalho e sua relação com o processo saúde-doença - e demandando novas perspectivas de ação inter setorial e transversal com vistas à sustentabilidade ambiental e social. Outras questões fundamentais para a saúde do trabalhador nas atuais conjunturas do mundo do trabalho são as relações entre subjetividade e trabalho. Crescem as demandas de sofrimentos psíquicos que desafiam a gestão, os profissionais do SUS e demais setores.

Negri e Hardt (2010 apud LEÃO, 2012) discutem criticamente sobre o 'mental' no trabalhar na perspectiva da ergologia, debatem as principais abordagens do campo da saúde mental e trabalho, como a psicodinâmica do trabalho, e expõem a diversidade de acepções dos construtos subjetividade e sofrimento na produção científica em saúde do trabalhador. Essas discussões, embasadas em abordagens distintas e até mesmo conflitantes, enriquecem o campo da saúde do trabalhador e aprofundam conceitos para o processo de compreender-intervir nas vivências dos trabalhadores.

Esses debates aprofundam as reflexões sobre a saúde do trabalhador diante da emergência de um novo paradigma produtivo centrado no setor terciário, que alterou o padrão industrial dos séculos XIX e XX. Fato relevante, pois historicamente o campo da saúde do trabalhador focalizou o paradigma industrial na academia e nas ações institucionais. As transformações dos processos e organização do trabalho do novo modelo calcado no setor de serviços desafiam a saúde do trabalhador e exigem inovadoras perspectivas de análise-intervenção.

Estudiosos no campo da saúde do trabalhador assinalam algumas lacunas que poderiam formar uma agenda de pesquisa. No âmbito acadêmico revela-se a falta de rigor conceitual sobre a relação do trabalho com o processo saúde-doença e ausência da interdisciplinaridade nas pesquisas, bem como a repetição de discursos simplificadores e a ênfase nos trabalhadores como objetos de estudo passivos. E, do ponto de vista institucional, verifica-se a falta de políticas integradas, poucas avaliações das ações, distanciamento entre pesquisadores, representantes de trabalhadores, gestores e formuladores de políticas, e dificuldades de um diagnóstico da real situação da classe trabalhadora.

A estas limitações soma-se a fragilidade do movimento de trabalhadores organizados como sujeitos ativos e impulsionadores das políticas. Refreou-se a sua atividade protagonista

na definição de linhas de ação conformando uma atuação de 'controle social' dos governos, em instâncias instituídas como conselhos de saúde, comissões intersetoriais, entre outras, demonstrando a necessidade de debater academicamente a questão da participação dos trabalhadores e fomentar maiores articulações para que esse movimento coletivo, ora fragilizado, seja protagonista das ações. Lacunas como essas, segundo Minayo Gomez, Machado e Pena (2011, p. 21), "só serão superadas por meio da intensificação da articulação entre as análises teóricas, as propostas políticas e as ações de intervenção, conforme tem sido a tradição desse campo".

2.2 O absenteísmo nos Serviços de Assistência à Saúde

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi garantida na carta magna da Constituição Federal Brasileira de 1988. A partir de então, a saúde foi inscrita como direito de cidadania e dever do Estado, assegurada mediante duas condições básicas: políticas públicas, econômicas e sociais para redução de riscos e, acesso a todos os brasileiros a serviços e ações de saúde (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

No tocante à Gestão do Trabalho, a Lei 8.080 de 1990⁶, em seu artigo 6º, inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) o inciso III, que trata da ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Em complemento a esta, a Lei 8.142, do mesmo ano, estabelece em seu artigo 4º, no inciso VI, que dentre os critérios para o recebimento de recursos públicos para as três esferas de governo, faz-se necessário a implantação da Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Assim, a saúde, enquanto política pública passou a ser entendida como resposta social do Estado às condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (PALM; TEIXEIRA, 2006). Ainda de acordo com estes autores: “[...] a Política de Saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*) [...]”

A política de Gestão do Trabalho (PGT) percorreu um longo caminho, inclusive com mudança de terminologia. A priori, tratava-se de uma política de Recursos Humanos que no Brasil, como em muitos outros países, passou e vem passando por diversas transformações, e até o presente há diversos espaços de debates/negociação o que tem possibilitado importantes

⁶ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

discussões acerca das relações do trabalho, bem como avanços importantes na Gestão do Trabalho na Saúde (GTS) (GOBBI, 2010).

Como um exemplo de avanço, em 2006, através da portaria GM 399 de 22 de fevereiro, foi divulgado o Pacto de Gestão e, entre suas diretrizes, estabeleceu os determinantes para a Gestão do Trabalho (GT) no Sistema Único de Saúde (SUS), nas quais, entre outras, determina que a Política de Recursos Humanos (PRH) para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho. Entretanto, após novas mudanças ocorridas a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), apresentadas à Comissão Intergestora Bipartite (CIT) e ao CNS, em 5 de junho de 2007, foram publicadas as Diretrizes do PCCS-SUS, através da Portaria GM/MS nº 1.138.

Conforme Brasil (2007), a partir das Diretrizes do PCCS-SUS, os planos a serem criados ou reestruturados em cada esfera de governo passaram a ter maior abrangência incorporando os trabalhadores do SUS, tanto os da assistência como os técnico-administrativos.

Mediante os recursos e instrumentos apresentado pelo Ministério da Saúde, espera-se que os gestores escolham e ordenem os serviços da melhor forma para que a Política seja efetivada. Está claro que este processo não vem se dando de forma homogênea e harmônica nos diversos estados e municípios responsáveis pela implantação do PCCS-SUS, uma vez que cada região possui aspectos culturais próprios, limitações de pessoal, dentre outros. Os entraves na implantação do PCCS-SUS perpassam também pelas dificuldades em relação ao entendimento da gestão e formação de recursos humanos e fatores estes, que consequentemente, levam à desqualificação e a precariedade dos serviços de Saúde.

A Política da Gestão do Trabalho (PGT) é uma questão que vem despertando interesse no tocante à necessidade da implantação de um serviço que valorize o trabalhador e o seu trabalho, e que a partir daí se consolide o pilar da estrutura organizacional deste serviço, evoluindo para a qualidade e consequentemente a melhoria das condições de trabalho que irão refletir na boa produtividade e na humanização do atendimento.

Para o termo absenteísmo existem várias definições e visões diversas. Segundo a perspectiva de Quick e Lapertosa (1982), divide a ausência ao trabalho em cinco tipos: absenteísmo voluntário – ausência ao trabalho por razões particulares não justificadas por doença; absenteísmo por doença – inclui todas as ausências por doença ou por procedimentos médicos, retirando os infortúnios profissionais; absenteísmo por patologia profissional – ausência por acidente de trabalho ou doenças profissionais; absenteísmo legal – falta ao

serviço amparado por leis, tais como: gestação, nojo, gala. Doação de sangue e serviço militar e absenteísmo compulsório – impedimento ao trabalho devido à suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que não permita o trabalhador chegar ao local do trabalho.

Magalhães et al. (1999 apud NASCIMENTO, 2003), define o absenteísmo como sendo as ausências ao trabalho devido a licenças, férias e faltas.

Para Jorge (1995 apud NASCIMENTO, 2003), absenteísmo representa as ausências ao trabalho por falta e licenças médicas, ou seja, ausência não programada. As férias e folgas são exclusivas por serem consideradas ausências planejadas dentro da jornada de trabalho legal (JORGE 1995 apud NASCIMENTO, 2003).

Chiavenato (1997), diz que o absenteísmo é caracterizado nos momentos em que os empregados deveriam estar trabalhando normalmente. O autor amplia o conceito dizendo que é o somatório dos períodos em que os empregados de determinada organização ausenta-se do trabalho, incluindo os atrasos.

Segundo Gaidzinski (1998), refere-se às ausências não previstas, devido às faltas, licenças e suspensões. Incluem neste contexto folgas, férias e licenças programadas. Definição pactuada por outros autores como: Mattias (1999), Belém e Gaidzinski (1998), Echer et al. (1999), Tanos et al. (2000) e Pavani (2000).

Sobrinho (2002 apud NASCIMENTO, 2003) diz que absenteísmo é ausência ao trabalho por qualquer razão: doença, direitos legais, fatores culturais e acidente de trabalho. McDonald de Shaver (1981) classifica as causas das ausências em três categorias: Causas intrínsecas, relacionadas à natureza e condições de trabalho: trabalho em si, supervisão ineficiente, falta de controle, sobrecarga de trabalho e exaustão física. Causas extrínsecas, relacionadas às políticas de pessoal da organização, entre elas: política de pessoal condolentes com faltas; liberal em fornecer licença de saúde; falta de canal de comunicação da administração; falta de seleção, treinamento e orientação adequados; falta de perspicácia em alocar os funcionários em setores apropriados; baixos salários e condições de trabalho. Causas de personalidade, dizem respeito ao comportamento do trabalhador: empregados que criam conflito com os membros do grupo; personalidades mais propensas às faltas (hipocondríaco, imaturo, fugitivo, abusivo, desmotivado); problemas pessoais relacionados ao abuso de álcool e outras drogas.

Alguns autores acreditam que a etiologia do absenteísmo tem muito haver com as condições de trabalho encontradas nas empresas. O estilo de liderança e controle, a repetição de tarefas, o ambiente de trabalho e a falta de integração entre os funcionários, podem levar à

desmotivação e ao desestímulo dos trabalhadores, e desse modo provocam impactos na assiduidade ao trabalho (COUTO, 1987; ALVES, 1996; ANSELMÍ; ANGERAMI; GOMES, 1997; CHIAVENATO, 1997). Estes e outros autores farão parte da revisão bibliográfica e teórica na qual amadureceremos durante o percurso do estudo aqui proposto.

Ante a temática apresentada surgiu nosso interesse em investigar quais as causas que levam ao afastamento por absenteísmo nas unidades de estratégia saúde da família no município de Marechal Deodoro/AL? A partir do mapeamento das causas apontadas pela junta médica, interessa-nos compreender como a política de gestão de pessoas vem sendo desenvolvido pelos gestores responsáveis pelas equipes da ESF, especificamente no município de Marechal Deodoro/AL.

O afastamento do trabalho em decorrência de doença indica um processo de adoecimento dos trabalhadores e tal fato gera impactos negativos relevantes na produção, no aumento de custo operacional, na redução da eficiência no trabalho e na sobrecarga de trabalho para os profissionais que permanecem na unidade, onde têm que assumir uma demanda de trabalho bem superior ao estabelecido, onde reflete diretamente no planejamento das ações exigidas pelo programa. No contexto das ESF Marechal Deodoro/AL, os profissionais que se insere nela representa a maior força de trabalho e, portanto o absenteísmo e a sobrecarga de trabalho dos profissionais reforçam a necessidade e a importância deste estudo.

3 METODOLOGIA

3.1 Questão da investigação

Motivada pela necessidade de conhecer as causas de afastamentos por doença dos servidores que fazem parte da ESF, o perfil, e de saber se o quantitativo de absenteísmo é tão significativo que venha a prejudicar nas ações e planejamento da equipe multiprofissional, justificasse a pesquisa proposta com a finalidade de minimizar a incidência de afastamentos por motivo de doença, e através do resultado do estudo, sair do que esta obscura em relação ao absenteísmo que consequentemente refletem no atendimento ao usuário e por não existir tais dados no acervo da Secretaria Municipal de Saúde de Marechal Deodoro/AL.

3.2 Objetivos da investigação

3.2.1 Objetivo geral

- ✓ Analisar as causas que conduzem ao absenteísmo nas unidades de estratégia saúde da família no município de Marechal Deodoro/AL.

3.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Levantar informações documentais a partir do parecer da junta medica municipal de Marechal Deodoro/AL acerca das causas de absenteísmo;
- ✓ Mapear o perfil dos servidores públicos da estratégia saúde da família no município Deodoro/AL;
- ✓ Analisar as causas de absenteísmo entre os servidores das equipes das unidades de estratégia saúde da família a partir dos dados fornecidos pela junta medica coordenação geral e adjunta do município de Marechal Deodoro/AL.

3.3 Tipo da investigação

A presente pesquisa se desenhou a partir de uma metodologia quali-quantitativo. Para Richardson (1999) o método quantitativo, tem como principal característica o emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.

Por sua vez, a abordagem Qualitativa está baseada em dados de texto, voz e imagens que pela análise dos significados que as pessoas, sujeitos, dão aos fatos e fenômenos no seu local, *lócus*, (CRESWELL, 2010; RICHARDSON et al., 1999). O significado dos fenômenos apoia-se no exercer ciclo de interpretação de capturas de fragmentos da realidade, pautados na participação dos sujeitos, enquanto participe e observador do objeto, (LIMA, 2008). É o universo das relações, das representações e intencionalidades que permeiam os fenômenos, que pode ser recortado pelas diversas fontes de coleta e análise de dados no contexto dos métodos qualitativos, (MINAYO, 2011).

Richardson (1999) observa que quanto á diferenciação em relação á a abordagem quantitativa, aponta que a qualitativa, como sendo uma possibilidade capturar de entendimentos em aprofundada os signos, significados, significantes e demais dados apresentados pelos entrevistados, que passam a serem os sujeitos, ao invés de unidades de medidas quantitativas, como a estatística.

Minayo (2011) observa que ela tem por base conhecimentos teórico-empíricos que lhe atribuem o caráter científico. Com a utilização de entrevistas, análise de documentos, conteúdos digitais, imagens paradas e em movimento, entre outras técnicas de coleta e análise instrumentos entre outros a pesquisa adquire complexidade e particularidades, dinâmica que apenas a análise qualitativa pode apresentar resultados, Isto é, trabalha-se com o universo dos signos, significantes, intenções atitudes e aspirações.

Richardson (1999) também informa que o estudo descritivo ajuda o pesquisador a descrever e classificar a relação entre variáveis, causalidade. São considerados objetos de estudo um grupo ou um indivíduo. Propõe-se a estudar o que é, quer dizer descrever o fenômeno. No método quantitativo, busca a explicação das coisas, estabelecendo relações matemáticas para causa e efeito. Na pesquisa quantitativa utilizam-se questionários fechados, observação dirigida.

Esta investigação visa compreender às causas de absenteísmo entre os servidores que compõem as equipes de ESF da secretaria de saúde de Marechal Deodoro/AL. Iremos adotar o conceito norteador para entender o absenteísmo exposto por Quick e Lapertosa (1982), sendo entendidas como absenteísmo-doença as ausências por motivo de doença e por acidente de trabalho entre outros autores já citados anteriormente. Serão estudadas as variáveis – idade, sexo, cargo, vínculo de trabalho e CID (código internacional de doença) dos profissionais envolvidos na pesquisa licenciados por motivo de doença no período de 2010/2013. Na coleta dos dados serão excluídas as licenças de readaptação, por acidente de trabalho e as licenças de gestação.

Não foram identificados riscos na realização da pesquisa, uma vez que não houve contato direto com seres humanos ou animais. Como benefício, conhecemos os fatores que contribuem para o adoecimento como também nos apropriarmos sobre o tema para subsidiar as ações visando à promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores bem como proporcionar intervenções em procedimentos e/ou equipamentos para soluções possíveis.

3.4 Instrumentos de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário (APÊNDICE A). Segundo Laville e Dionne (1999), o questionário se aplica quando se busca saber a opinião de uma determinada população sobre uma escolha. Como sugere os autores, não a população inteira, mas, seguindo a estratégia da pesquisa de opinião, uma amostra suficientemente grande, constituída com os cuidados requeridos para assegurar sua representatividade.

Para interrogar os indivíduos que compõem essa amostra, a abordagem utilizada consistiu em preparar uma serie de perguntas sobre o tema visado, perguntas escolhidas em função da hipótese. Para cada uma dessas perguntas, ofereceu-se aos interrogados uma opção de respostas, definida a partir dos indicadores, pedindo-lhes que assinalem a que corresponde melhor a sua opinião.

Sobre o questionário, Appolinário (2008) nos informa que o questionário “[...] é uma técnica estruturada para coleta de dados; um tipo e instrumento de pesquisa que consiste num conjunto de perguntas escritas que devem ser respondidas pelos sujeitos da pesquisa”.

Para Severino (2007), um questionário se concretiza como um conjunto de questões, sistematicamente articulados, cujo destino está no levantamento de informações por parte dos sujeitos investigados, cuja finalidade maior está em conhecer a opinião deles sobre o assunto em estudo, onde as questões devem ser pertinentes ao objeto e claramente formulados, de modo a serem compreendidos pelos sujeitos, evitando provocar dúvidas, respostas lacônicas e ambiguidades.

3.5 Procedimentos de análise de dados

Prosseguindo no cumprimento das etapas imprescindíveis à consecução da investigação, ato contínuo, imprescindível se faz demonstrar o procedimento adota cona análise dos dados colhidos, qual seja, a realização de testes estatísticos através de medidas escalares, destinadas a aferir as respostas dos servidores que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Neste sentir, a exemplo do que leciona Kerlinger (1980, apud MOREIRA; ROSA, 2008, p. 21), não há como dispensar os contributos da estatística, também aplicável no campo das ciências humanas, enquanto teoria e método para analisar dados obtidos de amostras de observações com o fim de descrever populações, estudar e comparar fontes de variância para facilitar a tomada de decisões a respeito de determinados fenômenos ou mesmo para contribuir na compreensão fidedigna de observações empíricas.

Se por um lado se estuda a natureza do que se quer medir, por outro desenvolvem-se técnicas para medir. Aparecem claramente três campos de investigação: um de cariz psicológico procurando definir o conceito e os fenómenos observáveis que o revelam, outro de cariz matemático, procurando definir a medida de uma forma alargada e precisa, permitindo a construção de escalas (campo metodológico) que traduzam os fenómenos observáveis em números (CUNHA, 2007, p. 18).

De forma específica para análise dos dados, de ambas as etapas de recolha dos dados, foram construídas um banco de dados no programa EPI INFO o qual foi exportado para o software SPSS onde foi realizada a análise. Para avaliar o perfil pessoal, dados profissionais e fatores relacionados ao afastamento dos profissionais do trabalho, foram calculadas as frequências percentuais dos fatores avaliados e construídas as respectivas distribuições de frequência. Para comparar os percentuais encontrados foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Para avaliar os fatores pessoais e profissionais que influencia no afastamento do trabalho foram construídas as tabelas de contingência dos fatores de interesse e o afastamento do trabalho e aplicado o teste Qui-quadrado pra independência. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas aplicou-se o teste Exato de Fisher. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Sujeitos e *locus* da investigação

Participaram da pesquisa 174 profissionais de saúde ligados à Secretária Municipal de Marechal Deodoro/AL. Esses sujeitos são servidores que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF), compreendendo os cargos de Agente Comunitário de Saúde (ACS); Auxiliar de Consultório Dentário (ACD); Auxiliar de Enfermagem; Enfermeiro, Odontólogos e Médicos, com dados secundários utilizando como fonte de pesquisa os arquivos dos Recursos Humanos, Administração de Pessoal, Fundo de Assistência a Previdência (FAPEM). Na coleta dos dados foi utilizado o programa disponível no FAPEM de licenças médicas e planilha no Excel.

Na tabela 1 temos a distribuição do perfil pessoal dos profissionais participantes da pesquisa. Através dela verifica-se que a maioria dos profissionais é do sexo feminino (90,7%), possuem idade entre 20 e 39 anos, são casados ou estão em união estável (52,6%), possuem dois filhos (39,8%) e fizeram o ensino médio ou superior (ambos com 34,0%). Além de ser observada maior prevalência de profissionais neste perfil descrito, o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, indicando que de fato este perfil é o mais frequente na população em estudo. Ainda, verifica-se que, em média, os profissionais têm 41,5 anos com desvio padrão de 9,3 anos.

Tabela 1 – Distribuição do perfil pessoal dos profissionais participantes da pesquisa

(Continua)			
Fator avaliado	n	%	p-valor ¹
Sexo*			
Masculino	9	9,3	<0,001
Feminino	88	90,7	
Idade*			
20 a 39 anos	45	47,4	<0,001
40 a 59 anos	44	46,3	
60 ou mais	6	6,3	
Mínimo		26	-
Máximo		64	-
Média±Desvio padrão		41,5±9,3	-
Estado civil*			
Solteiro	36	37,1	<0,001
Casado/União estável	51	52,6	
Viúvo/Divorciado	10	10,3	
Número de filhos			
Nenhum	20	20,4	0,004
1 filho	24	24,5	
2 filhos	39	39,8	
3 ou mais filhos	15	15,3	

Tabela 1 – Distribuição do perfil pessoal dos profissionais participantes da pesquisa

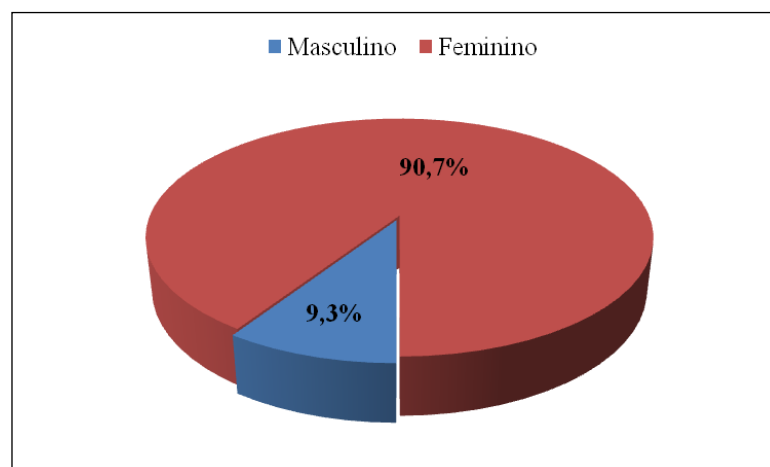
Fator avaliado	n	%	(Conclusão) p-valor ¹
Escolaridade*			
Fundamental	2	2,1	<0,001
Médio	33	34,0	
Superior	33	34,0	
Pós-graduação	29	29,9	

Fonte: Elaborada pela autora.

Notas: ¹p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

Abaixo apresentamos a distribuição dos participantes da investigação segundo o sexo. Um dado que chamou a atenção foi a predominância de mulheres entre os profissionais de saúde investigados como participantes da ESF no município de Marechal Deodoro/AL:

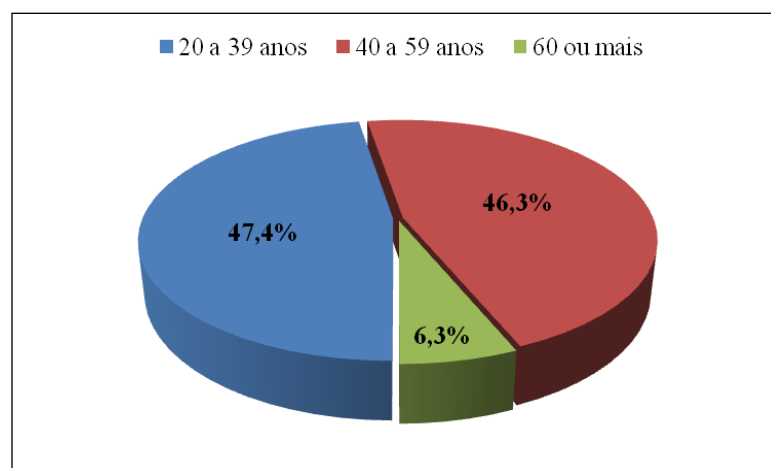
Figura 1 – Distribuição dos profissionais segundo o sexo



Fonte: Elaborada pela autora.

Outro dado importante para a investigação diz respeito à idade dos pesquisados. Essa questão será analisada levando em consideração se esse fator tem influência sobre a frequência do absenteísmo em determinada faixa etária.

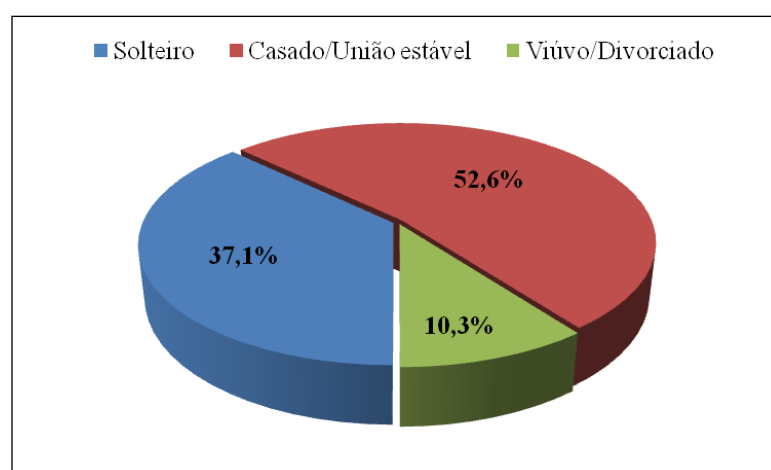
Figura 2 – Distribuição dos profissionais segundo a faixa etária



Fonte: Elaborada pela autora.

O estado civil dos sujeitos também foi questionado na investigação. Constatamos que mais de 50% dos pesquisados são casados.

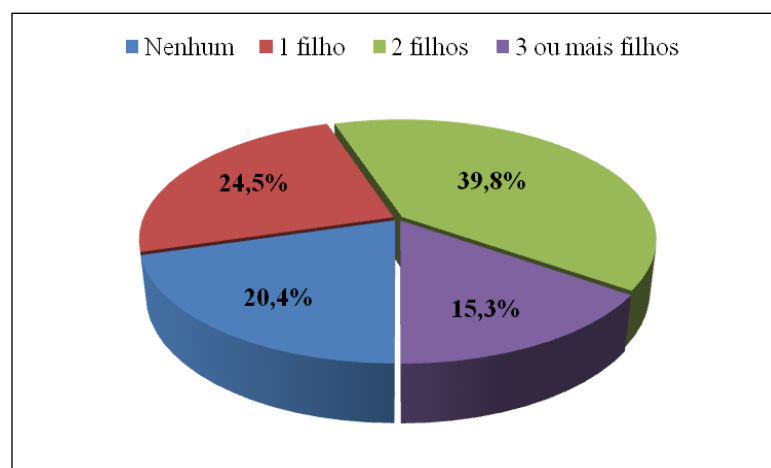
Figura 3 – Distribuição dos profissionais segundo o estado civil



Fonte: Elaborada pela autora.

Outro fator que foi levado em consideração no questionário aplicado na investigação foi o número de filhos.

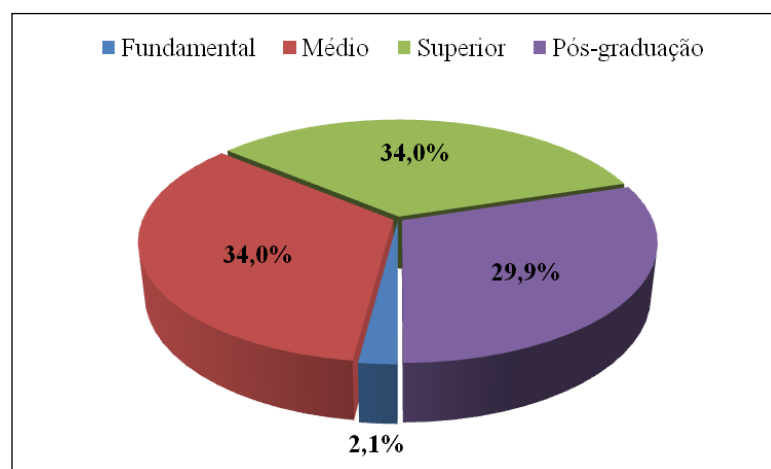
Figura 4 – Distribuição dos profissionais segundo o número de filhos



Fonte: Elaborada pela autora.

A escolaridade dos participantes da investigação também foi questionada. Um fator que chamou a atenção foi que mais de 60% dos investigados possuíam nível superior e/ou eram pós-graduados.

Figura 5 – Distribuição dos profissionais segundo a escolaridade



Fonte: Elaborada pela autora.

Na mensuração dos dados foi utilizada a fórmula proposta por Palavi (2000), a saber:

$$A_{kj} = \frac{N_{ki}}{D \cdot q_k - \sum_i N_{ki}} \cdot 100$$

K – índice que indica cada categoria profissional;

I – índice que indica tipo de ausência não prevista (licenças e faltas);

N_{ki} – qualidade de dias/ano de ausência não prevista I cometida por todos os trabalhadores de uma dada categoria profissional k;

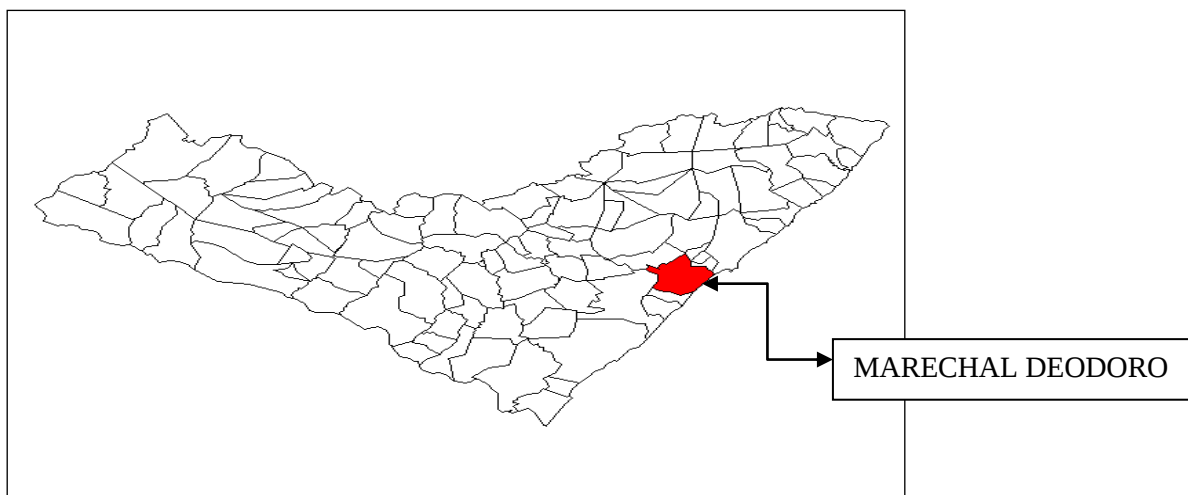
D – qualidade de dias trabalhados no ano pelas unidades;

q_k – quantidade de trabalhadores na categoria **k** da unidade;

$\sum_i N_{ki}$ - soma dos dias/ano de todas as ausências não previstas cometidas pelos **q_k** trabalhadores das unidades.

O município de Marechal Deodoro está localizado na região leste do estado de Alagoas, ocupa uma área geográfica de 362km² com uma altitude de 32m acima do nível do mar e distante da capital cerca de 30 km. Possui uma população de 45.994 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010) e se limita com os municípios de Satuba, Barra de São Miguel, Coqueiro Seco, São Miguel dos Campos, Pilar, Santa Luzia do Norte e o Oceano Atlântico.

Figura 6 – Mapa de Alagoas: Destaque para o município de Marechal Deodoro



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas – Brasil.

A organização da assistência à saúde dentro do território estadual acompanha o desenho da regionalização, graduando os níveis de complexidade das ações e serviços de saúde entre microrregiões, regiões e macrorregiões, de acordo com definições estabelecidas na Norma Operacional de Atenção a Saúde (NOAS) 01/2001. Marechal Deodoro obedece ao mesmo desenho para atender as necessidades de saúde de seus munícipes. Partindo desta premissa, o princípio da integralidade da assistência é mantido pela oferta de ações e serviços de vários níveis de complexidade, dentro do próprio território ou a partir da referência intermunicipal.

O município de Marechal Deodoro possui, aproximadamente, 98% de cobertura assistencial da Estratégia de Saúde da Família, sendo mais de 70 % localizado na zona urbana, e destes, grande parte na região dos canais. As barreiras de acesso mais comuns aos serviços

de saúde deste município se caracterizam pelos cortes geográficos dos seis municípios limítrofes acima discriminados, bem como pela região dos canais Massagueira I e II, Barra Nova e Santa Rita, além dos povoados ribeirinhos da Lagoa Manguaba.

4.2 A “Anamnese” da investigação

Nesta seção analisamos os dados recolhidos na investigação, procedimento esse que se deu em duas etapas. A primeira delas buscou/levantou as informações do banco de dados da junta médica do município que elegemos como campo empírico da investigação. Essa etapa cumpriu o objetivo de nos fornecer elementos explicativos acerca das causas/fatores dos afastamentos do trabalho. A segunda etapa do levantamento dos dados se deu por meio de um questionário que buscou coletar informações junto ao trabalhador (a) das equipes do ESF do município alagoano. Essas informações nos apontaram as causas/fatores que levaram os trabalhadores a solicitar afastamento de suas atividades de trabalho. Essa etapa nos forneceu um quadro geral dessas causas/fatores que provocaram o absenteísmo. Diferentemente da primeira etapa em que a junta aponta uma causa a partir de um diagnóstico médico, nesta podemos perceber as circunstâncias estruturais que propiciaram o afastamento do trabalho. Os dados recolhidos e analisados subsidiaram o entendimento acerca do absenteísmo. Com isso, buscamos alcançar o objetivo da investigação que é analisar as causas que conduzem ao absenteísmo nas unidades de estratégia saúde da família no município de Marechal Deodoro/AL.

Tomando como referência o desmembramento realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem CONFEN (2004) dos tipos de absenteísmo, apresentamos algumas fórmulas⁷ que são utilizadas para mensurar esses indicadores (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005):

- ✓ Folgas semanais (E%)

$$E\% = \frac{e}{D - e} \cdot 100$$

onde:

E% = percentual de folgas.

e = número de dias de folga, por semana, dos trabalhadores da enfermagem.

d = número de dias trabalhados na unidade.

⁷GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M.T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de ensino. In: KURCGANT, P.(Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara– Koogan, 2005. p.125-137.

- ✓ Ausências previstas por feriados (F%)

$$F\% = \frac{f}{D - f} \cdot 100$$

onde:

F% = percentual de dias de feriados.

f = dias de feriado no ano.

D = dias do ano, 365 dias.

- ✓ Ausências previstas por férias (VK%)

$$V_k \% = \frac{v_k}{D - v_k} \cdot 100$$

onde:

$V_k \%$ = percentual de férias, segundo a categoria profissional k (técnicos e auxiliares de enfermagem).

v_k = média de dias de férias categoria profissional k .

D = dias do ano, 365 dias.

- ✓ Ausências não previstas (AK%)

$$A_k \% = \left(\frac{\sum_i a_{k,i}}{D - \sum_i a_{k,i}} \right) \cdot 100$$

onde:

$A_k \%$ = percentual de ausências não previstas, segundo a categoria profissional k (técnicos e auxiliares de enfermagem).

$\sum_i a_{k,i}$ = somatório de dias médios de

ausências não previstas, segundo os tipos de ausências, por categoria de profissionais.

D = dias do ano, 365 dias.

- ✓ Índice de Segurança Técnico (IST%)

$$IST\% = \left\{ \left[\left(1 + \frac{E\%}{100} \right) \left(1 + \frac{F\%}{100} \right) \left(1 + \frac{V_k}{100} \right) \left(1 + \frac{A_k}{100} \right) \right] - 1 \right\} \cdot 100$$

Estes são os indicadores utilizados para determinação e consequente análise do fenômeno do absenteísmo no mundo do trabalho. No caso específico deste estudo, investigamos um universo de 174 profissionais de saúde ligados à Secretária Municipal de Marechal Deodoro/AL. Esses sujeitos são servidores que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF), compreendendo os cargos de Agente Comunitário de Saúde (ACS); Auxiliar de Enfermagem; Enfermeiro, Odontólogos e Médicos.

A partir do questionário que aplicamos (APÊNDICE A), encontramos o perfil dos profissionais que participaram da pesquisa. A identificação deste perfil nos ajudou a compreender algumas nuances do comportamento do absenteísmo dentro do contexto específico que analisamos e nos ajudou a descrever o fenômeno a partir do que propomos enquanto questão de investigação e objetivos do estudo. Esse perfil está demonstrado na tabela a seguir.

Na tabela 2 temos a distribuição do perfil profissional dos participantes da pesquisa. Através dela verifica-se que a maioria dos profissionais é ACS (66,4%), tem de 10 a 15 anos de tempo de exercício (64,5%), possui tempo de serviço (40,0%), trabalham 40 horas semanais (100,0%), tem local de descanso durante jornada de trabalho (88,2%), não trabalha em outra instituição (89,8%), ganha renda de até dois salários mínimos (74,8%). Além disso, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores avaliados, exceto no fator tempo de serviço (p-valor = 0,065) indicando que a proporção de profissionais que possui tempo de serviço de 0 a 10 anos, maior que 10 a 15 anos e maior que 15 anos são idênticos.

Tabela 2 – Distribuição do perfil profissional dos participantes da pesquisa

(Continua)

Fator avaliado	n	%	p-valor¹
Cargo			
ACS	65	66,4	<0,001
Enfermeiro (a)	11	11,2	
Tec. de Enfermagem	10	10,2	
Dentista	7	7,1	
Médico (a)	5	5,1	
Tempo de exercício*			
Acima de 5 a 10 anos	33	35,5	0,005
Acima de 10 a 15 anos	60	64,5	
Tempo de serviço*			
0 a 10 anos	36	37,9	0,065
Maior que 10 a 15 anos	38	40,0	
Maior que 15 anos	21	22,1	
Carga horária*			
40h	97	100,0	-

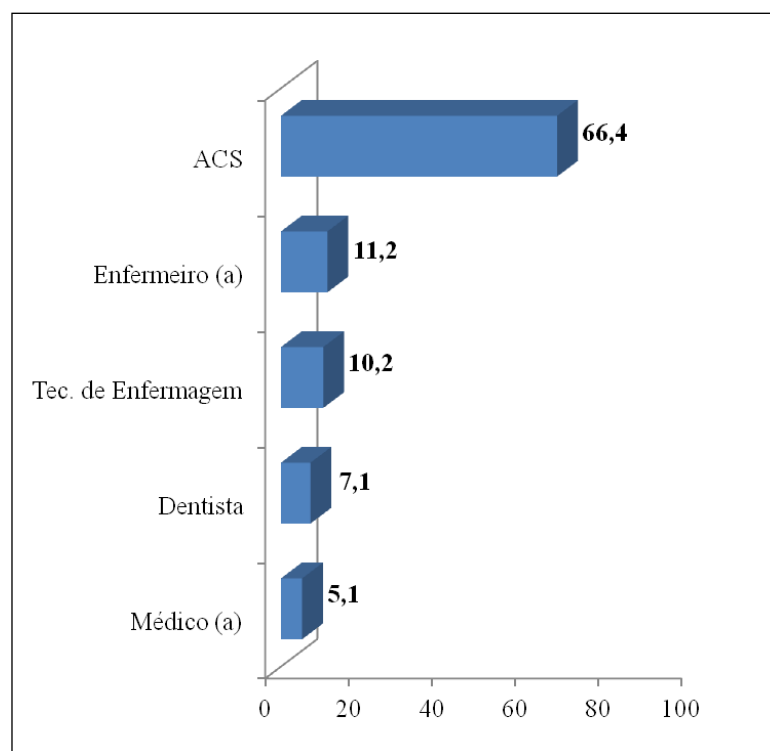
Tabela 2 – Distribuição do perfil profissional dos participantes da pesquisa

(Conclusão)			
Fator avaliado	n	%	p-valor ¹
Existe local para descanso durante a jornada de trabalho*			
Sim	11	11,8	<0,001
Não	82	88,2	
Trabalha em outra instituição			
Sim	10	10,2	<0,001
Não	88	89,8	
Qual a sua renda*			
Até 2 SM	65	74,8	<0,001
3 a 5 SM	5	5,7	
Acima de 6 SM	17	19,5	

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: ¹p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

Figura 7 – Distribuição dos profissionais segundo a função



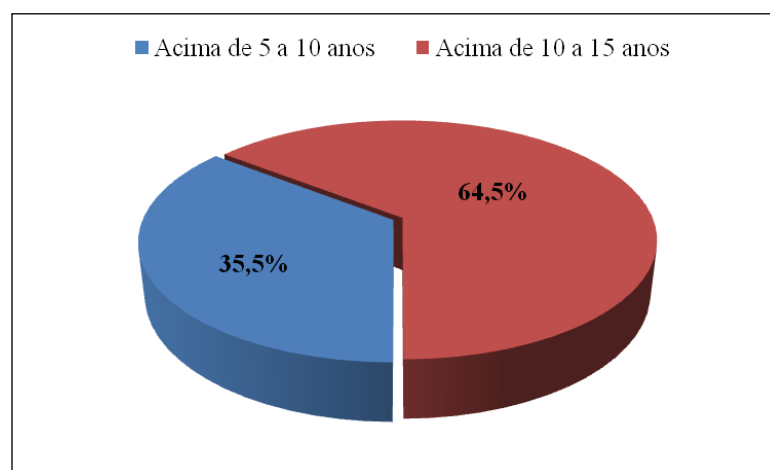
Fonte: Elaborada pela autora.

Notadamente a natureza da amostra no tocante ao perfil profissional é significativamente marcada pela presença dos ACS (66,4%). Essa realidade não se constitui uma variável desconhecida, mas se tratava de uma variável controlada, pois representava uma realidade conhecida previamente ao estudo. Essa condição nos leva a determinados resultados esperados que em algumas situações foram confirmados e em outros casos nos levou para constatações que não foram preliminarmente pensadas.

Uma primeira constatação que esse perfil profissional da amostra nos leva é compreender a própria proposta da política pública que estabelece a ESF, no tocante a presença e concentração dos vários profissionais (médicos, dentistas, técnico de enfermagem, enfermeiros, ACS). Assim, há um número 12 vezes maior de ACS em relação aos médicos, por exemplo, o que representa de forma natural a mesma relação de distribuição profissional nos hospitais.

Identificado essa questão do perfil da equipe da ESF, outro fator que pode está influenciando numa maior incidência do absenteísmo é o tempo de atividade profissional. Por essa razão questionamos os participantes da investigação quanto tempo de exercício e o tempo de serviços dos profissionais investigados.

Figura 8 – Distribuição dos profissionais segundo o tempo de exercício



Fonte: Elaborada pela autora.

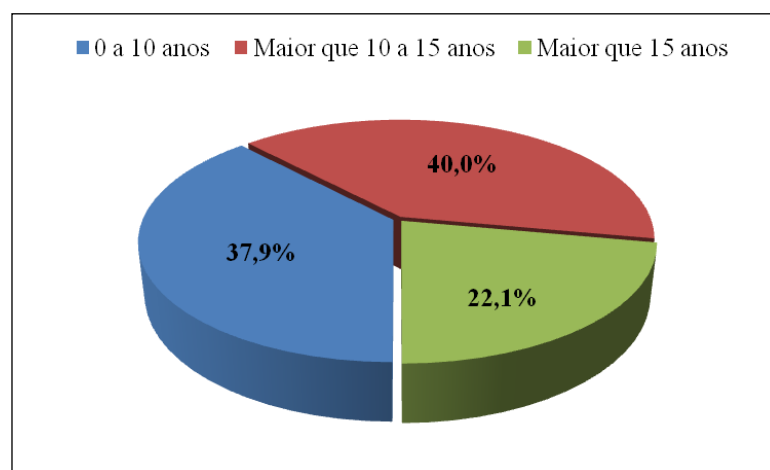
Preliminarmente, verificamos que a amostra da pesquisa nos apresenta uma realidade de uma equipe profissional que de certa forma já possui uma experiência na atividade que desenvolve. 2/3 dos investigados possui entre 10 a 15 anos no exercício de uma mesma função. Isso nos remete a várias possibilidades de análise que não poderemos esgotar neste estudo dado a natureza da investigação, mas que por outro lado podemos identificar alguns elementos que nos ajudam a compreender melhor o fenômeno do absenteísmo como ele se apresenta.

Inicialmente destacamos o que outras pesquisas já colocaram de que o absenteísmo em instituições de saúde não é uma tarefa consensual dado as especificidades da atividade

profissional (ARAÚJO, 2011). Metaforicamente, Graça (1996) compara o absentismo⁸ a um icebergue, isto é, um fenômeno que não é imediatamente visível como um todo. Existe escassez de estudos relacionados com a incidência, as causas, as consequências e sobre os custos (econômicos e sociais) da incapacidade devido a doença e a acidente de trabalho e da própria socialização destes custos, os quais são suportados por todos os contribuintes. Graça (1996) fala da realidade de Portugal do final do século XX, mas que pode ser identificada também na experiência brasileira, de forma especial, em instituição e programas de saúde.

Quando comparamos a variável de exercício profissional numa mesma função com a distribuição profissional o tempo de serviço de uma forma geral, identificamos outra realidade. Vejamos o gráfico a seguir.

Figura 9 – Distribuição dos profissionais segundo o tempo de serviço



Fonte: Elaborada pela autora.

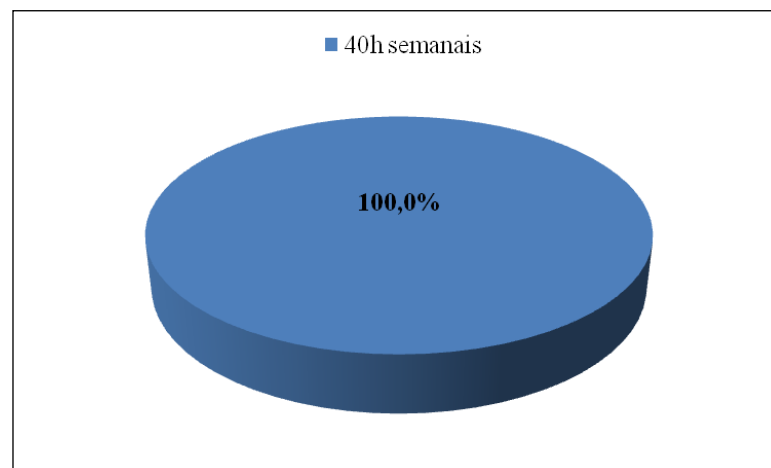
A partir dos dados coletados e da natureza da amostra verificamos que há uma ligação direta entre os profissionais que atuam há mais de 10 anos na mesma atividade e os que possuem esse mesmo período de referência como experiência profissional. Na figura 8 verificamos que 64,5% da amostra possuíam entre 10 e 15 anos de exercício profissional na mesma atividade e na figura 9 identificamos que 40% da mesma amostra possui igual período de tempo de serviço, o que nos leva a uma constatação preliminar de que boa parte desses dois grupos são formados pelos mesmos integrantes. Essa constatação preliminar nos leva para uma segunda possibilidade de análise que se refere a realidade de um grupo de investigados que estão submetidos a uma mesma rotina de trabalho dentro de um intervalo de tempo relativamente grande, o que de forma inicial representaria uma realidade propícia para

⁸Segundo a Fundação Europeia (1997) o absentismo corresponde à incapacidade temporária, prolongada ou permanente para trabalhar em resultado de doença ou enfermidade.
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Ciências Económicas e das Organizações

o aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho e consequentemente a elevação do absenteísmo que por sua vez se constitui um problema na GRH das organizações de saúde, contribuindo para a ineficiência organizacional (ANTUNES, 2001). Agapito e Sousa (2010) referem que o absentismo laboral, numa unidade hospitalar pode pôr em causa a qualidade dos serviços prestados.

Outro fator que está diretamente ligado à questão do absenteísmo é o tempo de jornada de trabalho. Neste estudo, todos os investigados tinham a mesma carga horária de trabalho semanal. Essa constatação é importante pois garantimos uma condição isonômica no tocante a essa questão especificamente, o que permite por sua vez uma maior confiabilidade dos dados coletados, principalmente quando levamos em consideração que o item carga horária semanal de trabalho é uma das variáveis mais importantes quando estudamos a questão do absenteísmo. Ver figura a seguir.

Figura 10 – Distribuição dos profissionais segundo a carga horária semanal de trabalho



Fonte: Elaborada pela autora.

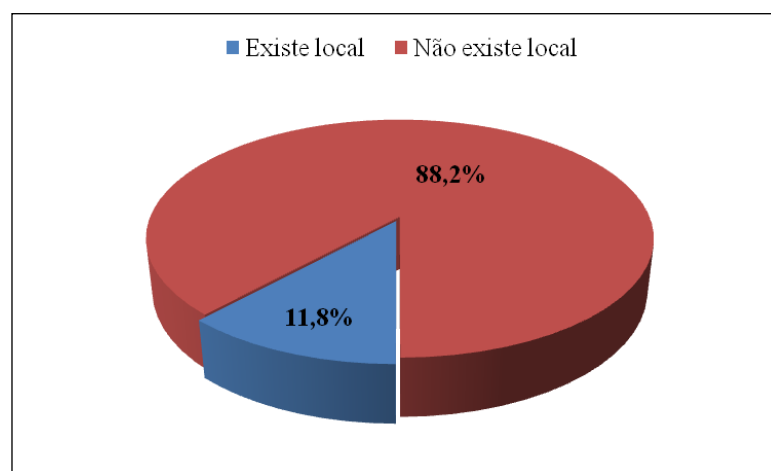
No mundo do trabalho, há uma tendência das instituições em estabelecer um lugar para descanso durante a jornada de trabalho. Essa questão foi colocada para os investigados, onde foi constatado que no *lôcus* da pesquisa essa é uma situação que ainda não está definida. Essa é uma questão que precisa ser pensada como fator de grande influência nos indicadores do absenteísmo. Um recente estudo realizado pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, ligada ao Hospital Albert Einstein, divulgado no 3º Seminário Paulista de Gestão em Enfermagem realizado em Julho/2011, demonstraram a importância de um ambiente de trabalho agradável como um fator de diminuição do absenteísmo.

Este Seminário apresentou as seguintes características relacionadas ao absenteísmo⁹:

- ✓ A maioria das empresas brasileiras não tem atualmente um controle adequado de seu absenteísmo por doença;
- ✓ Estudos realizados por pesquisadores mostram, a partir da década de 90, índices crescentes, de 1,4% a 1,8%.
- ✓ O índice aceitável seria em torno de 0,8% a 1,0%.
- ✓ Em algumas atividades específicas, por exemplo, na construção civil e na **área da saúde**, os índices de absenteísmo podem atingir níveis alarmantes, ou seja, 3 a 4%.

A figura abaixo nos mostra uma realidade presente em muitos ambientes de trabalho que é a ausência de um local específico de descanso e/ou onde poderia ser desenvolvida outra atividade diferente da relacionada à atividade laboral com o intuito de diminuição dos fatores que provocam o absenteísmo.

Figura 11 – Distribuição dos profissionais segundo a presença de local para descanso durante a jornada de trabalho



Fonte: Elaborada pela autora.

A experiência mostrada no 3º Seminário Paulista de Gestão em Enfermagem é que ações estruturais no âmbito da gestão podem ser desenvolvidas dentro do próprio ambiente de trabalho buscando a saúde do trabalhador.

O Programa Mais Vida do Hospital Albert Einstein foi apresentado como referência para instituições de saúde no sentido de promoção de ações estratégicas visando a diminuição do absenteísmo no ambiente de trabalho. As ações foram divididas em 04 níveis:

⁹ Fonte: ANAHP, 2007.

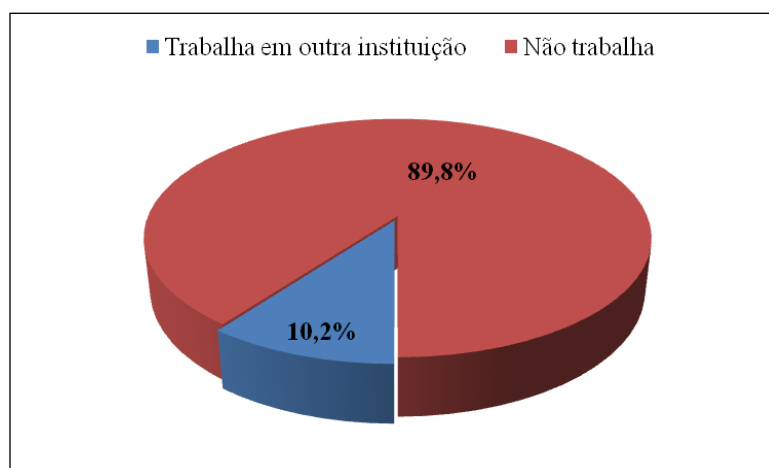
- ✓ Capacitar os indivíduos ajudando-os a cuidar da sua saúde e bem estar;
- ✓ Oferecer programas educativos que motivem os funcionários e seus familiares a adotar um estilo de vida saudável;
- ✓ Atuar pro ativamente por meio da promoção da saúde individual, procurando reduzir os fatores de risco para o adoecimento;
- ✓ Oferecer atividades de integração social que favoreçam o aumento da moral e do bem estar e promovam a melhoria das relações entre as pessoas.



Fonte: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira

Também questionamos aos sujeitos da investigação se eles tinham mais de um vínculo empregatício, sendo necessário trabalhar em outra instituição. Como consequência direta da carga horária semanal de 40hs de todos os investigados, verificamos um percentual baixo, apenas 10,2% dos sujeitos participantes da investigação possuem outro vínculo empregatício.

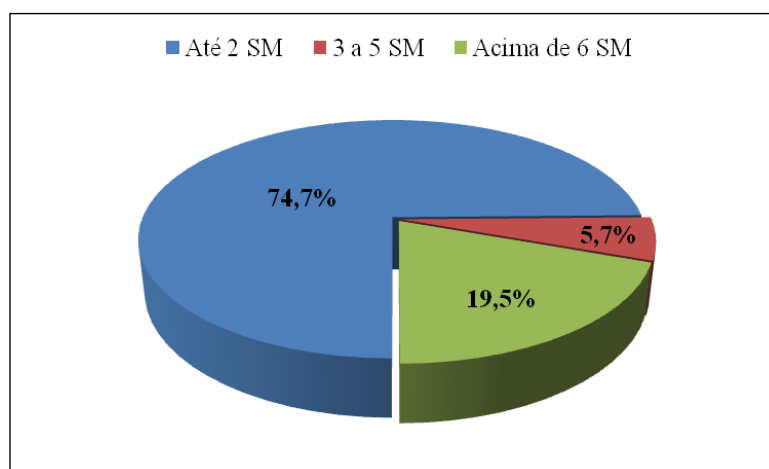
Figura 12 – Distribuição dos profissionais segundo a prática profissional em outra instituição



Fonte: Elaborada pela autora.

Uma questão que nos chama a atenção nos dados coletados são os relacionados a situação socioeconômica dos sujeitos da investigação. Essa condição foi mensurada através da questão que foi levantada sobre a renda mensal dos investigados.

Figura 13 – Distribuição dos profissionais segundo a renda mensal



Fonte: Elaborada pela autora.

Esta constatação tem uma relação direta ao perfil dos profissionais do ESF onde 2/3 dos profissionais investigados são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que de certa forma corrobora com a situação sócioeconômica identificada na figura 13.

4.3 Causas do absenteísmo nas unidades da Estratégia da Saúde da Família

O absenteísmo ou absentismo é o termo utilizado para caracterizar a ausência do funcionário ao trabalho. De forma mais abrangente, é o somatório das faltas dos trabalhadores, não sendo essas decorrentes de desemprego, doença prolongada ou licença

legal (CHIAVENATO, 1979). O Conselho Federal de Enfermagem desmembra essas faltas em ausências planejadas, como, folgas, férias e feriados e as não planejadas, que incluem faltas, licenças médicas, acidentes, entre outras (BRASIL, 2004).

Muitos estudos sobre o absenteísmo já foram realizados em ambientes de trabalhos ligados a área de saúde (CAMPOS; JULIANI; PALHARES, 2009). As doenças com maiores incidências são as relacionadas com o aparelho respiratório, geniturinárias, órgãos dos sentidos, sistema digestório e aparelho reprodutor feminino. Para as pesquisadoras, essas patologias podem estar diretamente relacionadas com as condições de trabalho, devido aos riscos que esses profissionais estão expostos (SILVA; MARZIALE, 2000).

Em recente trabalho realizado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – MTSS de Portugal, a causa que mais contribuiu para a ausência das pessoas ao serviço foi a doença não profissional, responsável por 42,9 % do absentismo. As ausências derivadas de acidente de trabalho tiveram, para o conjunto das instituições pesquisadas, um peso de 7,2 %. As licenças de maternidade/paternidade correspondem a 13% do total de ausências. 1,9% das ausências são derivadas a assistência inadiável, seguido da doença profissional com 0,8%, e posteriormente da suspensão disciplinar com 0,3%. Por fim, 33,9% das ausências são atribuídas a outras causas (PORTUGAL, 2010).

No entanto, a doença é o motivo mais vulgarmente apontado nas ausências ao trabalho (DAVIES, 1993; GRAÇA, 1996; FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO, 1997; BEVAN; HERON, 1999).

Araújo (2011) fazendo referência a Graça (1996), nos informa que entre as ausências motivadas por *outras causas* (que constituem um terço das ausências totais ao trabalho), importaria também saber quais são as de curta ou de curtíssima duração (menos de três ou menos de cinco dias, conforme o contrato de trabalho) pois são estas que poderão, muitas vezes, dar a perceber o verdadeiro motivo da ausência, isto é, conhecer o comportamento individual que leva o trabalhador a faltar ao trabalho.

Ainda em Araújo (2011) encontramos outros autores (GARDNER; TAYLOR, 1975; DAVIES, 1993) acrescentam ainda que são estes os motivos de ausência que necessitam de ser examinados para se poder reduzir consideravelmente os níveis de absentismo, uma vez que são motivos considerados disciplinares, relacionados mais com conduta do que com capacidade. Este tipo de ausências e as relacionadas com a segurança, higiene e saúde no trabalho, poderiam ser objeto de intervenção das instituições no sentido da sua redução, controle e prevenção.

Por sua vez, Ribaya Mallada (2008) classifica o absentismo segundo as suas causas. Para este autor distingue-se o absentismo legal ou involuntário e o absentismo pessoal ou voluntário. O absentismo legal ou involuntário caracteriza-se por causar custos à instituição, nomeadamente porque o trabalhador continua a ser remunerado, nestes casos encontramos as ausências motivadas por doença, acidente de trabalho, licenças abrangidas pela lei, doenças profissionais e outras. O absentismo pessoal ou voluntário caracteriza-se por ser um custo de oportunidade para a empresa, isto é, em determinadas circunstâncias o trabalhador não é remunerado. Trata-se de ausências motivadas por conflitos laborais, ausências não autorizadas e compromissos pessoais dos trabalhadores.

Ainda em Araújo (2011) identificamos mais duas concepções sobre o absentismo. A primeira delas desenvolvida por Davies (1993), onde aponta os fatores que poderão estar na origem das ausências ao trabalho podem-se situar em três categorias principais: a empresa, o indivíduo e o ambiente. As razões para o absentismo relacionadas com a empresa dizem respeito, na maioria das vezes, com o resultado da insatisfação com o trabalho ou com a chefia. As razões relacionadas com o indivíduo podem incluir os conflitos com colegas e chefia, incapacidade de desempenho do cargo e incapacidade de suportar a pressão. As razões para o ambiente de trabalho estão relacionadas com o fato de a empresa cultivar o absentismo.

A segunda concepção é encontrada em Gardner e Taylor (1975) onde se referem às causas do absentismo como estando diretamente relacionadas com o trabalho, com condições de saúde, com problemas individuais em casa ou com a personalidade do indivíduo, ou inclusive com a combinação destes motivos.

É nesse cenário e a partir desta compreensão conceitual que desenvolvemos esta pesquisa. Antes de apresentarmos uma “cartografia” das principais causas do absentismo nas unidades da Estratégia da Saúde da Família, apresentamos um mapeamento deste absentismo tomando como referência o número de dias de afastamento em relação ao ano da ocorrência.

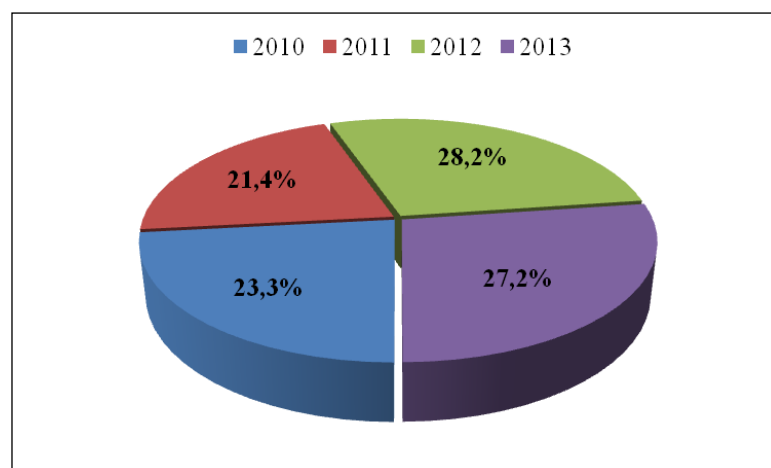
Na tabela 3 temos a distribuição dos dias de afastamento segundo o ano de ocorrência. Através dela verifica-se que o ano com maior número de afastamento foi o ano de 2012 (29 casos), seguido do ano de 2013 (28 casos), 2010 (24 casos) e 2011 (22 casos). Ainda, observa-se que o tempo de afastamento mais frequente é o de até 3 dias (22,3%), seguido do tempo de 15 a 90 dias (13,6%) e acima de 4 a 15 dias (7,8%). É importante salientar que em 54,4% dos casos de afastamento dos anos de 2010 a 2013 os profissionais não souberam dizer quantos dias ficaram afastados.

Tabela 3 – Distribuição dos dias de afastamento segundo o ano de ocorrência

Dias de afastamento	Ano				Total
	2010	2011	2012	2013	
Até 3 dias	4(16,7%)	4(18,2%)	9(31,0%)	6(21,4%)	23(22,3%)
Acima de 4 a 15 dias	3(12,5%)	0(0,0%)	3(10,3%)	2(7,1%)	8(7,8%)
Acima de 15 a 90 dias	3(12,5%)	3(13,6%)	2(6,9%)	6(21,4%)	14(13,6%)
Acima de 90 dias	0(0,0%)	1(4,5%)	1(3,4%)	0(0,0%)	2(1,9%)
Não soube informar	14(58,3%)	14(63,6%)	14(48,3%)	14(50,0%)	56(54,4%)
Total	24(23,3%)	22(21,3%)	29(28,2%)	28(27,2%)	103(100,0)

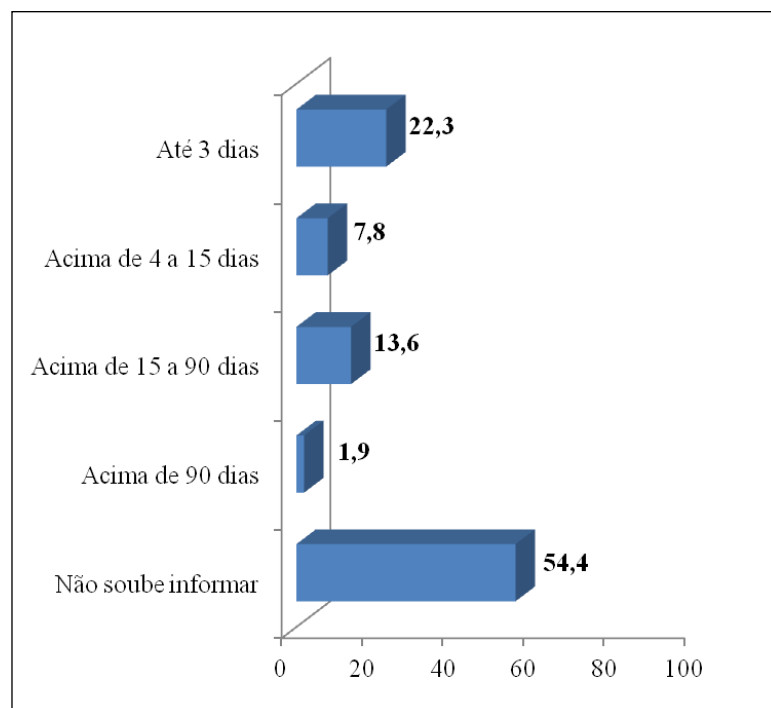
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 14 – Distribuição dos casos de afastamento segundo o ano de ocorrência



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 15 – Distribuição dos casos de afastamento segundo o número de dias afastado



Fonte: Elaborada pela autora.

Na figura 14 verificamos que não há grandes variações no tocante aos casos de afastamento dos profissionais investigados nos anos de 2010 a 2013, onde de certa forma, ocorre uma pequena variação dos indicadores. Um dado que nos chamou a atenção foi o expressivo número de entrevistados que não souberam identificar o número de dias que ficaram afastados nesse período, apresentando 54,4% dos investigados. Levando em consideração que o restante do grupo investigado corresponde aproximadamente a metade da amostra da pesquisa e a totalidade dos dados precisos no tocante a informação do número de dias afastados, poderemos concluir por inferência que 30% do total de investigados e 60% do número conhecido de pessoas que souberam responder o número exato que estiveram afastados nos anos que são referência para esta pesquisa, verificamos que esse absenteísmo tem provocado provocou um impacto econômico significativo para as instituições de saúde onde estes trabalhadores desenvolvem suas atividades laborais, pois até o período de 15 dias de afastamento a ausência do trabalhador é mantida pela instituição/empresa onde ele trabalha.

Iremos analisar agora a distribuição do perfil de afastamento profissional com base nos dados coletados no questionário aplicado aos sujeitos da investigação.

Na tabela 4 temos a distribuição do perfil de afastamento do profissional. Através dela verifica-se que a maioria dos profissionais já pediu afastamento do trabalho (53,4%), se afastaram apenas uma vez nos últimos quatro anos (43,2%), pediram afastamento por motivos de doenças não relacionadas ao trabalho ou ao profissional (48,9%), afirmaram que as condições de trabalho favorecem ao afastamento por motivo de doença (65,4%), citaram que a insalubridade é o benefício mais suspenso por conta do afastamento (41,1%), consideram que não há dificuldades para afastamento por motivo de doença (88,8%), acreditam que a maior dificuldade enfrentada para os afastamentos por motivo de doença seja o serviço (66,7%) e não tem conhecimento da existência do serviço saúde do trabalhador implantado no município (81,3%).

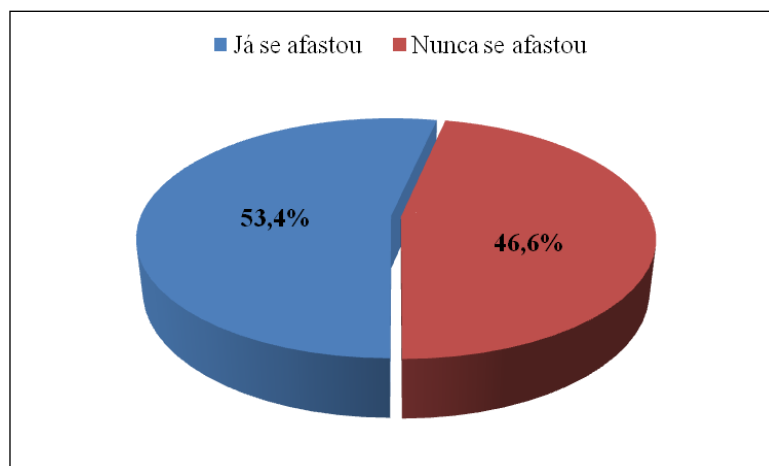
Tabela 4 – Distribuição do perfil de afastamento do profissional

Fator avaliado	n	%	p-valor ¹
Já se afastou do trabalho*			
Sim	47	53,4	0,522
Não	41	46,6	
Número de afastamentos*			
1 afastamento	19	43,2	0,166
2 a 3 afastamentos	9	20,5	
4 afastamentos	16	36,4	
Causas dos afastamentos*			
Doença do trabalho	20	42,6	0,001
Doença profissional	4	8,5	
Outras doenças	23	48,9	
As condições do trabalho favorecem ao afastamento por motivo de doença*			
Sim	51	65,4	0,007
Não	27	34,6	
Benefícios suspensos por conta do afastamento			
Insalubridade	30	41,1	<0,001
Gratificação PSF	24	32,9	
Remanejamento por interesse da unidade	10	13,7	
Adiantamento de férias	9	12,3	
Há dificuldades para afastamentos por motivo de doença*			
Sim	9	11,3	<0,001
Não	71	88,8	
Dificuldades enfrentadas para afastamento por motivo de doenças			
Perícia	3	25,0	-
Chefia	1	8,3	
Serviço	8	66,7	
Tem conhecimento da existência do serviço saúde do trabalhador implantado no município			
Sim	18	18,8	<0,001
Não	78	81,3	

Fonte: Elaborada pela autora.

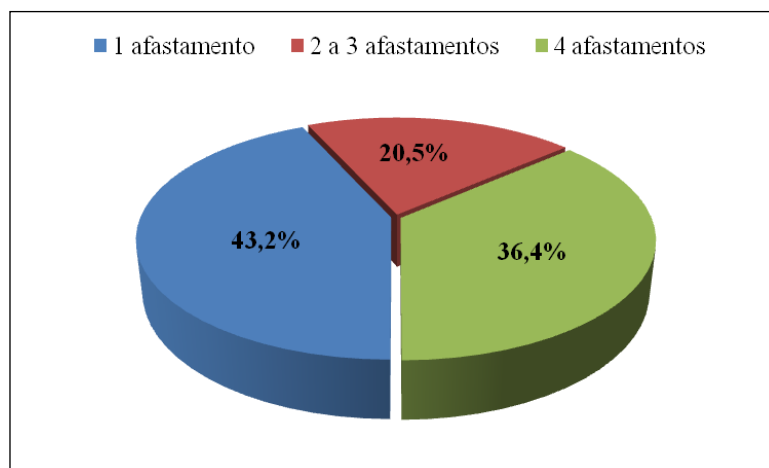
Nota: ¹p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente). – Não foi possível calcular o p-valor do teste por conta do baixo valor de n.

Figura 16 – Distribuição dos profissionais segundo o afastamento do trabalho



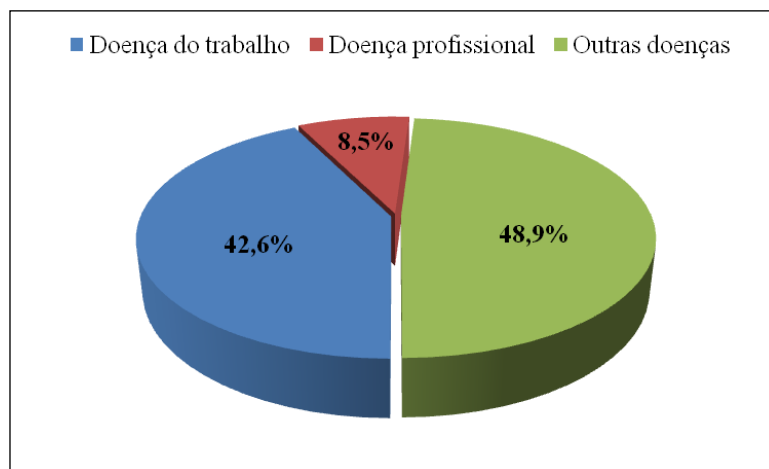
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 17 – Distribuição dos profissionais segundo o número de afastamentos



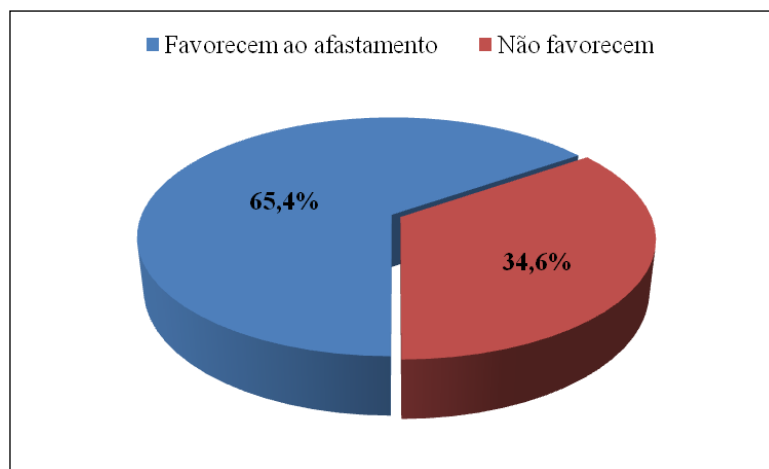
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 18 – Distribuição dos profissionais segundo a causa do afastamento



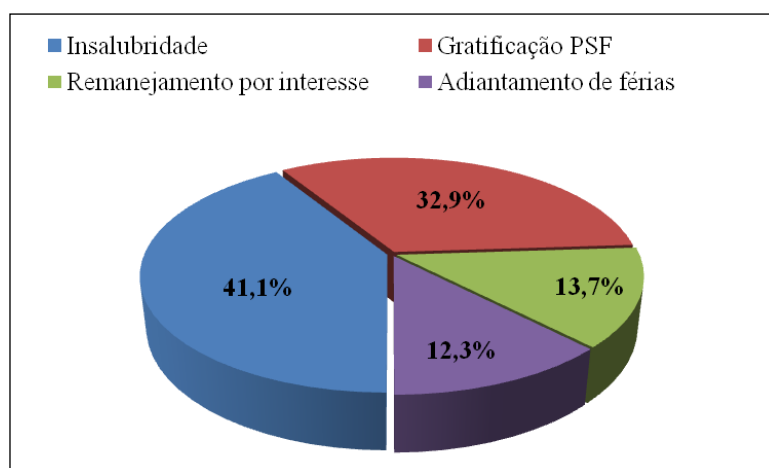
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 19 – Distribuição dos profissionais segundo a influência das condições do trabalho para o afastamento



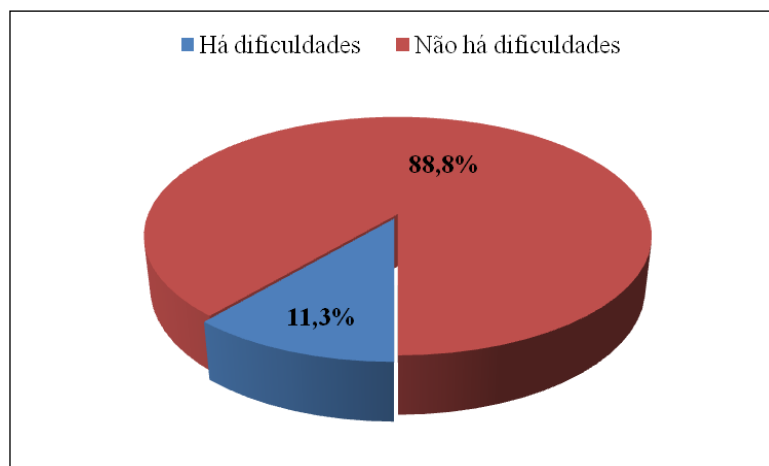
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 20 – Distribuição dos profissionais segundo os benefícios suspensos por conta do afastamento



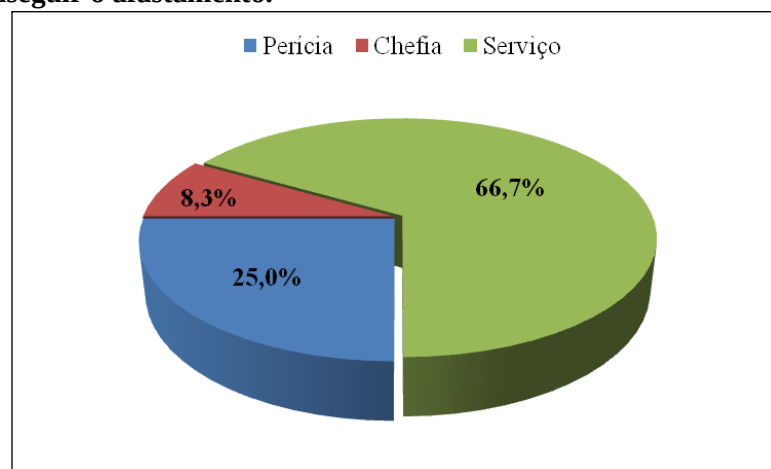
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 21 – Distribuição dos profissionais segundo a dificuldade para afastamento por motivo de doença



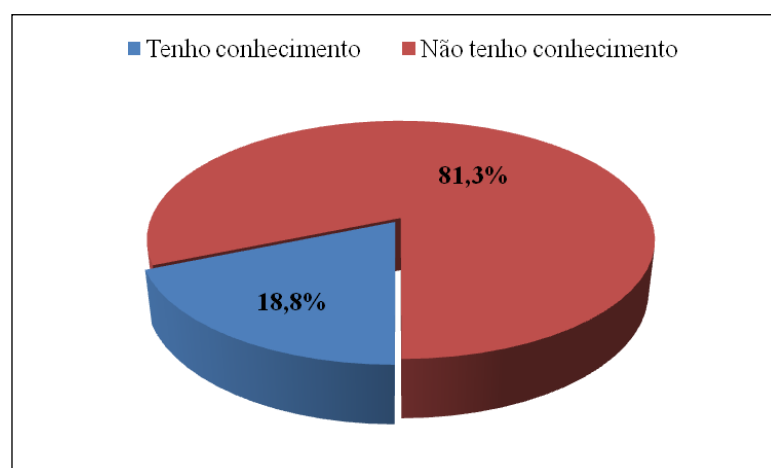
Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 22 – Distribuição dos profissionais segundo os tipos de dificuldades enfrentadas para conseguir o afastamento.



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 23 – Distribuição dos profissionais segundo o conhecimento acerca do serviço do trabalhador implantado no município



Fonte: Elaborada pela autora.

As figuras 16 a 23 estão relacionadas a tabela 4 que apresenta o perfil de afastamento do profissional de saúde da ESF. Em seu artigo Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital Escola¹⁰, Laus (2003) nos informam que no Canadá, investigação¹¹ envolvendo dois mil enfermeiros registrados e em atividade profissional, identificou como causas de absenteísmo, desde pequenas indisposições às fadigas provocadas pela sobrecarga de trabalho. Altas taxas de absenteísmo foram encontradas associadas à baixa satisfação no trabalho, turnos longos, trabalho em cuidado crítico e em tempo integral. Uma parcela dos

¹⁰Extraído da tese LAUS, A. M. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem das unidades médicas e cirúrgicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP**. 2003. 212 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

¹¹ZBORIL-BENSON, L. R. Why nurses are calling in sick: the impact of health-care restructuring. **Canadian Journal of Nursing Research**, Montreal, v. 33, n. 4, p. 89-107, 2002.

enfermeiros investigados relatou intenção em abandonar a profissão, apontando como causas primárias à sobrecarga de trabalho e o estresse.

Estudo sobre fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem, aponta que as investigações sobre o perfil de adoecimento destes trabalhadores no Brasil são escassas¹² e, deste modo, pouco se conhece sobre o perfil de morbidade associado ao afastamento do trabalho.

Na tabela 5 temos a distribuição da ocorrência de afastamento segundo os fatores de perfil dos profissionais avaliados. Através dela verifica-se que a maioria dos profissionais que se afastam serviço é do sexo feminino (54,4%), com 60 anos ou mais (100,0%), viúvo/divorciado (66,7%), possui três ou mais filhos (69,2%) e possui pós-graduação (62,1%). Mesmo sendo observada maior prevalência de afastamento do trabalho nestes grupos de profissionais descritos, o teste de independência não foi significativo em nenhum dos fatores avaliados (todo p-valor foi maior que 0,05) indicando que o perfil pessoal dos profissionais não é determinante para o afastamento do trabalho.

Tabela 5 – Distribuição da ocorrência de afastamento segundo os fatores de perfil dos profissionais avaliados

Fator avaliado	Já pediu afastamento do trabalho		p-valor ¹
	Sim	Não	
Sexo*			
Masculino	3(37,5%)	5(62,5%)	0,467 ²
Feminino	43(54,4%)	36(45,6%)	
Idade*			
20 a 39 anos	20(51,3%)	19(48,7%)	0,102 ²
40 a 59 anos	20(48,8%)	21(51,2%)	
60 ou mais	5(100,0%)	0(0,0%)	
Estado civil*			
Solteiro	18(60,0%)	12(40,0%)	0,343 ²
Casado/União estável	22(45,8%)	26(54,2%)	
Viúvo/Divorciado	6(66,7%)	3(33,3%)	
Número de filhos			
Nenhum	10(58,8%)	7(41,2%)	0,528 ¹
1 filho	11(45,8%)	13(54,2%)	
2 filhos	17(50,0%)	17(50,0%)	
3 ou mais filhos	9(69,2%)	4(30,8%)	
Escolaridade*			
Fundamental	1(50,0%)	1(50,0%)	0,782 ²
Médio	14(48,3%)	15(51,7%)	
Superior	14(50,0%)	14(50,0%)	
Pós-graduação	18(62,1%)	11(37,9%)	

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: ¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia significativamente na afastamento do trabalho).

¹²REIS, R. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-623, 2003.
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Ciências Económicas e das Organizações

Na tabela 6 temos a distribuição da ocorrência de afastamento segundo os fatores profissionais dos entrevistados. Através dela verifica-se que a maioria dos profissionais que pedem afastamento do trabalho é médico (80,0%), com tempo de exercício acima de 10 a 15 anos (58,5%), com tempo de serviço de 0 a 10 anos (56,3%), que possui local de descanso durante a jornada de trabalho (57,1%), trabalha também em outra instituição (60,0%) e possui renda maior do que seis salários mínimos (70,6%). Mesmo sendo observada maior prevalência de afastamento neste grupo descrito o teste de independência não foi significativo em nenhum dos fatores avaliados, indicando que as características profissionais dos entrevistados não são determinantes para o afastamento do trabalho.

Tabela 6 – Distribuição da ocorrência de afastamento segundo os fatores profissionais dos entrevistados

Fator avaliado	Já pediu afastamento do trabalho		p-valor ¹
	Sim	Não	
Cargo			
ACS	29(50,9%)	28(49,1%)	0,744 ²
Dentista	4(66,7%)	2(33,3%)	
Enfermeiro (a)	6(54,5%)	5(45,5%)	
Médico(a)	4(80,0%)	1(20,0%)	
Tec. de Enfermagem	4(44,4%)	5(55,6%)	
Tempo de exercício*			
Acima de 5 a 10 anos	14(46,7%)	16(53,3%)	0,299 ¹
Acima de 10 a 15 anos	31(58,5%)	22(41,5%)	
Tempo de serviço*			
0 a 10 anos	18(56,3%)	14(43,8%)	0,827 ¹
Maior que 10 a 15 anos	18(52,9%)	16(47,1%)	
Maior que 15 anos	10(47,6%)	11(52,4%)	
Existe local para descanso durante a jornada de trabalho*			
Sim	4(57,1%)	3(42,9%)	1,000 ²
Não	41(53,2%)	36(46,8%)	
Trabalha em outra instituição			
Sim	6(60,0%)	4(40,0%)	0,745 ²
Não	41(52,6%)	37(47,4%)	
Qual a sua renda*			
Até 2 SM	29(49,2%)	30(50,8%)	0,030 ²
3 a 5 SM	0(0,0%)	4(100,0%)	
Acima de 6 SM	12(70,6%)	5(29,4%)	

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: ¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia significativamente na afastamento do trabalho).

Diante desse cenário apontado nessa subseção, em relação às causas do absenteísmo, vários autores tem procurado refletir sobre algumas ações que podem contribuir para a diminuição do absenteísmo. Nesse sentido, Graça (2003) aponta algumas medidas, designadamente:

- ✓ Uma política efetiva e concreta de redução do absentismo e prevenção das suas causas;
- ✓ A melhoria da organização e condições de trabalho;
- ✓ A melhoria do clima organizacional;
- ✓ O reforço da motivação e satisfação no trabalho;
- ✓ O aumento das oportunidades de participação e consulta dos trabalhadores e seus representantes;
- ✓ O apoio sócio familiar.

Em linhas gerais, poucos são os estudos realizados dentro desta temática, o que impossibilita uma análise mais consistente de determinados aspectos da investigação, mas o que observamos é que há uma indicação clara de ações que precisam ser tomadas diante do cenário de absenteísmo nas instituições e de uma forma especial as que tratam da assistência a saúde.

4.4 O registro das juntas médicas do município de Marechal Deodoro/AL

Um dos procedimentos metodológicos da investigação é analisar os registros das juntas médicas do município de Marechal Deodoro/AL. Assim, foram verificadas 47 solicitações de afastamento através do controle da junta médica durante o ano de 2010 a 2013. Na tabela 7 temos a distribuição do perfil dos profissionais que solicitaram afastamento. Através dela verifica-se que a maioria é do sexo feminino (95,7%), possui 10 ou mais anos de trabalho (72,3%), já solicitou afastamento de duas a três vezes (34,0%), é agente comunitário de saúde (59,6%). Ainda, a ESF com maior número de solicitação de afastamento é Massagueira (6 casos, 12,8%) e a ESF com menor número de solicitações é a ESF de Santa Rita e Malhadas (ambas com apenas 1 caso, 2,1%). Ainda, observa-se que o teste de comparação de proporção foi significativo nos fatores sexo (p-valor < 0,001), anos de trabalho (p-valor = 0,002) e função (p-valor < 0,001) indicando que a proporção de pessoas do sexo feminino, com 10 ou mais anos de trabalho e agente comunitário de saúde que pedem afastamento é relevantemente maior do que os demais.

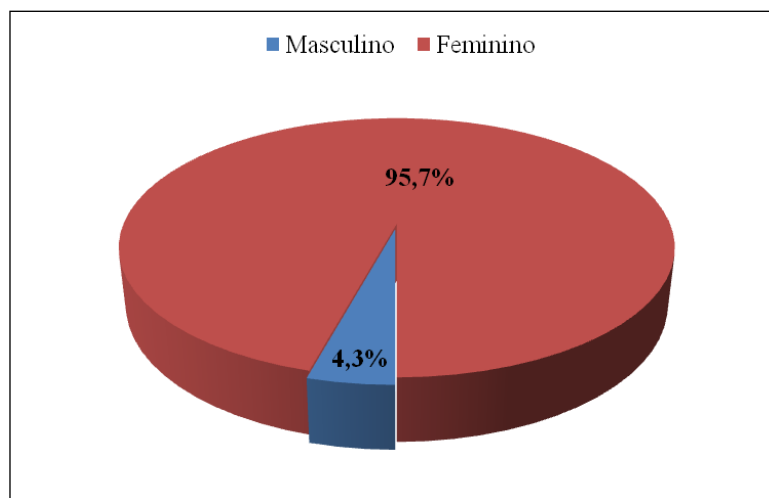
Tabela 7 – Distribuição do perfil dos profissionais que solicitaram afastamento, segundo o controle da junta médica

afastamento, segundo o controle da junta médica				
Fator avaliado		n	%	p-valor
Sexo				
Masculino		2	4,3	<0,001
Feminino		45	95,7	
Anos de trabalho				
Menos de 10 anos		13	27,7	0,002
10 ou mais		34	72,3	
Mínimo		1	-	
Máximo		26,5	-	
Média±desvio padrão		10,5±3,3	-	
Número de solicitações de afastamento				
1 vez		19	40,5	0,455
2 a 3 vezes		16	34,0	
4 ou mais		12	25,5	
Mínimo		1	-	
Máximo		9	-	
Média±desvio padrão		3±2	-	
Função				
Agente comunitário de saúde		28	59,6	<0,001
Médico generalista/clinico geral		6	12,8	
Atendente/auxiliar de enfermagem/aux. de consultório dentário/técnico de enfermagem		5	10,6	
Enfermeiro		4	8,5	
Odontólogo		4	8,5	
Lotação				
Massagueira		6	12,8	-
Barra Nova		4	8,5	
Barro Vermelho		4	8,5	
Estiva		4	8,5	
Poeira		4	8,5	
Rua Nova		4	8,5	
Tuquanduba		4	8,5	
Taperagua		3	6,4	
Terra da Esperança		3	6,4	
Vila Altina		3	6,4	
Frances		2	4,3	
José Dias		2	4,3	
Pedras		2	4,3	
Malhadas		1	2,1	
		1	2,1	
Santa Rita				

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: ¹p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente). - Não foi possível aplicar o teste de comparação de proporção.

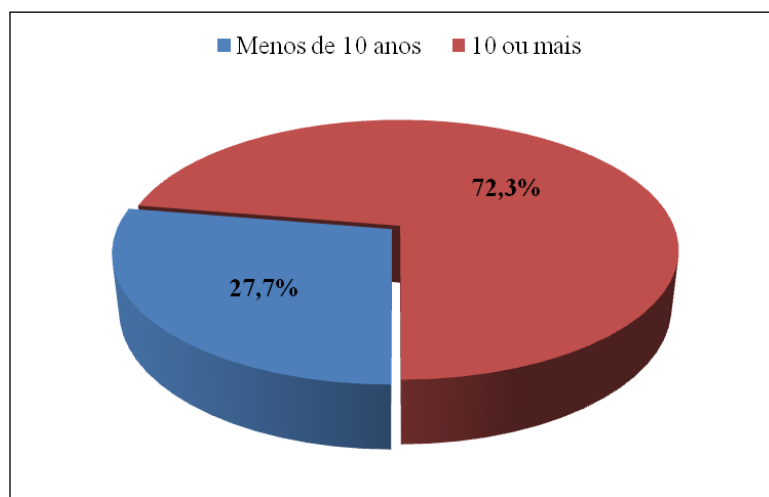
Figura 24 – Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo o sexo



Fonte: Elaborada pela autora.

Um dado interessante e que é confirmado em outras pesquisas é que a promoção da saúde da mulher nas instituições de trabalho é um fator indispensável para diminuição do absenteísmo.

Figura 25– Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo o tempo de trabalho

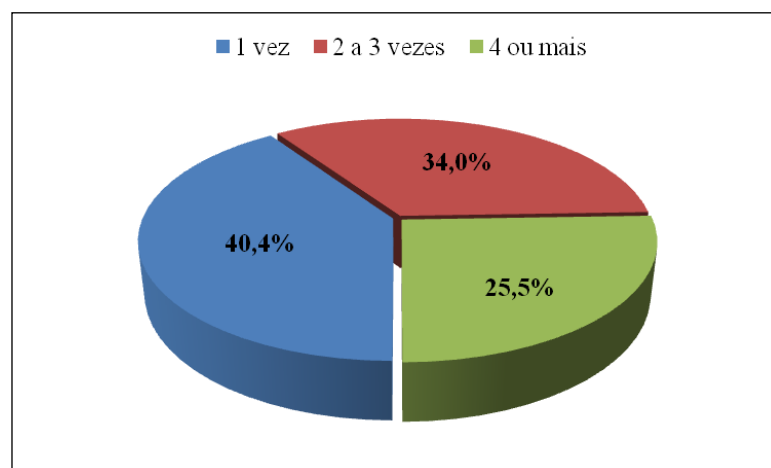


Fonte: Elaborada pela autora.

Outro fator importante na análise é relacionado ao tempo de trabalho, pois os resultados da investigação apontaram que 2/3 dos registros das juntas médicas relacionados as solicitações de afastamento das atividades laborais estavam ligadas a profissionais que possuíam mais de 10 anos de tempo de trabalho. Gardner e Taylor (1975) referem que as causas do absenteísmo estão diretamente relacionadas com o trabalho, com condições de saúde, com problemas individuais em casa ou com a personalidade do indivíduo, ou inclusive

com a combinação destes motivos. Esses fatores são agravados quando estamos numa condição de muitos anos de atividade profissional submetido a esses mesmos fatores.

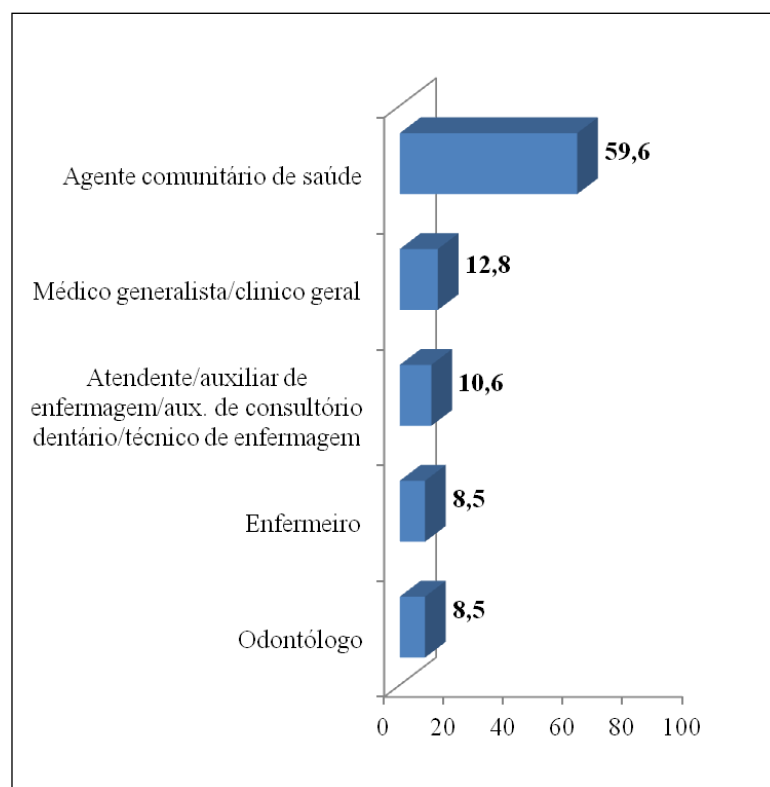
Figura 26 – Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo o número de solicitações de afastamento



Fonte: Elaborada pela autora.

Um dado que nos chamou a atenção na análise foi a distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento de acordo com a sua função. Na figura abaixo demonstramos a representação gráfica dessa realidade.

Figura 27 – Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo a função¹³



Fonte: Elaborada pela autora.

As solicitações de afastamento do trabalho tem relação direta com o estilo de atividade profissional, as condições de insalubridade e demais fatores atenuantes do tipo de atividade, das condições socioeconômicas desses trabalhadores, sobretudo a retribuição salarial, etc. Nesse sentido, verificamos que os ACS são os responsáveis por 59,6% dos profissionais da ESF do município de Marechal Deodoro/AL a solicitarem afastamento do trabalho.

Outro cenário que identificamos na pesquisa foi a distribuição por lotação dos funcionários que solicitaram afastamento no período que foi objeto da investigação, 2010 a 2013. A partir deste mapeamento verificamos que em certa medida não ocorre grandes discrepâncias no que diz respeito ao número de solicitações de afastamento por lotação. Nossa intenção aqui foi de fornecer um detalhamento mais elaborado sobre o lugar de origem das solicitações na tentativa de identificar algum elemento de ordem geográfico que pudesse influenciar num maior ou menor número de registros de solicitações de afastamento o que pudesse vir a ser um elemento significativo de análise.

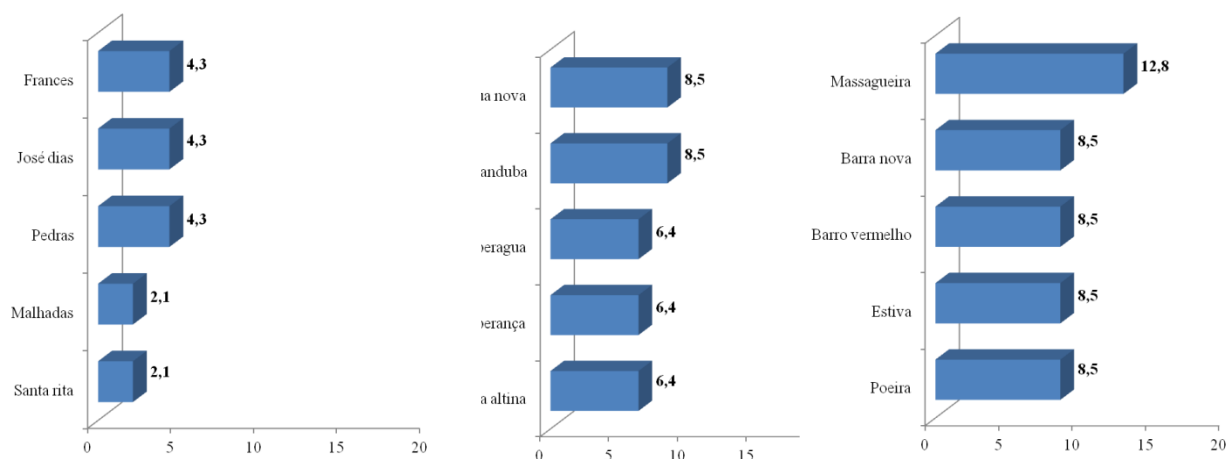
Em se tratando de um único programa de saúde, a Estratégia Saúde da Família e também levando em consideração que todos os profissionais estavam lotados no mesmo

¹³Os auxiliares de consultório dentário (ACD) não fizeram parte da investigação pelo critério que foi estabelecido na pesquisa de somente participar os servidores efetivos.

município, as variantes são menores se comparados a outras pesquisas que analisaram programas diferentes e que muitas vezes estavam em contextos geográficos distintos.

Em seguida na Tabela 8 apresentamos a distribuição do número de dias de afastamento e da classificação da doença que levou o afastamento profissional.

Figura 28- Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo a lotação.



Fonte: Elaborada pela autora.

No controle da junta média foram notificados 123 afastamentos durante o ano de 2010 a 2013. Na tabela 8 temos a distribuição do número de dias de afastamento e da classificação da doença que levou ao afastamento do profissional. Através dela verifica-se que a maioria dos afastamentos é de 11 a 20 dias (34,2%, 42 casos) e que os grupos de doenças que mais acometem os profissionais são: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (36,6%, 45 casos), Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (26,0%, 32 casos) e Gravidez, parto e puerpério (10,6%, 13 casos). Ainda, os tipos de doenças que menos acometem os profissionais a ponto de solicitarem afastamento do serviço são: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (0,8%, 1 caso), Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (0,8%, 1 caso) e Transtornos mentais e comportamentais (1,5%, 2 casos). O teste de comparação de proporção foi significativo nos fatores avaliados indicando que de fato o perfil descrito é o mais presente entre os casos de afastamentos verificados.

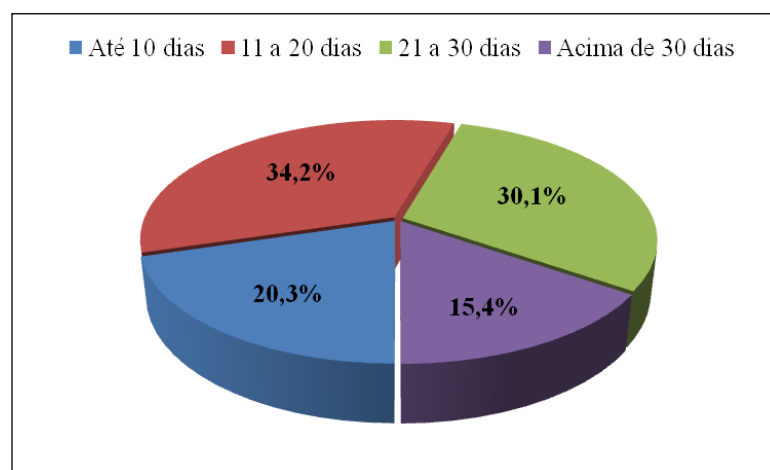
Tabela 8 – Distribuição do número de dias de afastamento e da classificação da doença que levou ao afastamento do profissional

Fator avaliado	n	%	p-valor
Dias de afastamento			
Até 10 dias	25	20,3	0,012
11 a 20 dias	42	34,2	
21 a 30 dias	37	30,1	
Acima de 30 dias	19	15,4	
Mínimo	4	-	-
Máximo	90	-	-
Média±desvio padrão	26±20	-	-
CID 10			
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	45	36,6	<0,001
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	32	26,0	
Gravidez, parto e puerpério	13	10,6	
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	11	8,9	
Doenças do aparelho circulatório	5	4,1	
Doenças do aparelho digestivo	5	4,1	
Doenças do aparelho geniturinário	4	3,3	
Doenças do olho e anexos	4	3,3	
Transtornos mentais e comportamentais	2	1,5	
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	1	0,8	
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	0,8	

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: ¹p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

Figura 29 – Distribuição dos profissionais que solicitaram afastamento segundo o tempo



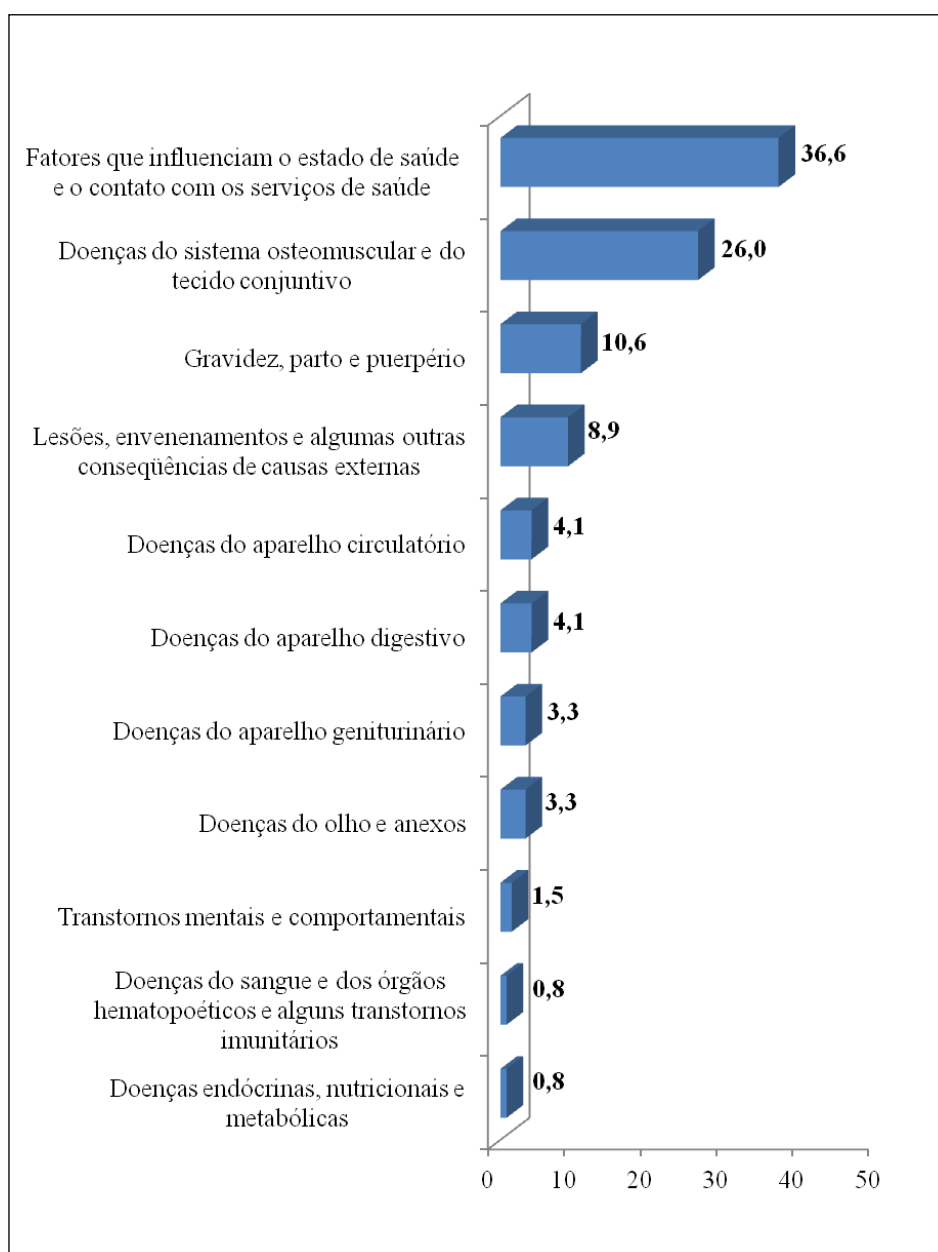
Fonte: Elaborada pela autora.

Verificamos a partir dos dados coletados, que a maioria dos afastamentos está no intervalo de 11 a 20 dias. Algo que nos chama a atenção é o fato também de que 79,7% dos casos investigados apresentam um afastamento maior que 10 dias, o que produz impactos diretos para o resultado dos trabalhos desenvolvidos pela ESF como também incidindo em

demandas financeiras extraordinárias para as instituições onde estes profissionais que se afastaram estão lotados.

Aliado a essas questões também investigamos os fatores relacionados aos motivos que levaram estes profissionais a solicitarem afastamento. Esse levantamento foi realizado levando em consideração a classificação das doenças indicadas nos registros médicos. A partir da figura 30 podemos observar que há uma diversidade relativamente grande desses fatores, mas que de forma geral alocamos 1/3 dessas causas aqueles que chamamos de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Figura 30 – Distribuição das classificações das doenças que levaram os profissionais a solicitarem afastamento do serviço



Fonte: Elaborada pela autora.

Em recente artigo publicado pela Revista Latino Americana de Enfermagem¹⁴ apresenta que 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, etc., são situações que tem produzido dificuldades em relação à situação econômica e financeira dos hospitais.

Assim verificamos que os registros médicos analisados na pesquisa contribuíram de forma significativa no que diz respeito ao subsídio de informações que foram relevantes para a análise do objeto proposto para este estudo.

¹⁴JUNKES, Maria Bernardete; PESSOA, Valdir Filgueiras. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2010.

5 CONCLUSÃO

O conhecimento científico e a investigação científica tem esse caráter de algo que está sempre inacabado e que pode ser mais bem desenvolvido, refutado ou ainda ampliado. Mas para além desses sentimentos, nos toma também a consciência objetiva que diante de uma questão inicial de partida e de objetivos que foram estabelecidos preliminarmente neste trabalho, podemos chegar a conclusões são relativos a essa pesquisa que possuem um poder explicativo em relação a realidade estudada, podendo ser aplicada a outras realidades que investiguem o mesmo objeto.

A investigação foi motivada inicialmente pela necessidade de conhecer as causas de afastamentos por doença dos servidores que fazem parte da ESF, o perfil, e de saber se o quantitativo de absenteísmo é tão significativo que venha a prejudicar nas ações e planejamento da equipe multiprofissional. Os objetivos propostos foram levantar informações documentais a partir do parecer da junta medica municipal de Marechal Deodoro/AL acerca das causas de absenteísmo; mapear o perfil dos servidores públicos da estratégia saúde da família no município Deodoro/AL; analisar as causas de absenteísmo entre os servidores das equipes das unidades de estratégia saúde da família a partir dos dados fornecidos pela junta medica coordenação de gestão e desenvolvimento de pessoas do município de Marechal Deodoro/AL. A Abordagem da pesquisa está ancorada no método quali-quantitativo, onde aplicamos um questionário baseado na escala de Fisher aos 174 profissionais de saúde investigados e elaboramos uma análise dos dados numa perspectiva estatística.

De forma muito clara verificamos que o absenteísmo é uma realidade na Estratégia Saúde da Família do município de Marechal Deodoro/AL e que essa condição produz consequências diretas nos resultados dos serviços de assistência a saúde do município. Inicialmente destacamos o que outras pesquisas já colocaram de que o absenteísmo em instituições de saúde não é uma tarefa consensual dado às especificidades da atividade profissional (ARAÚJO, 2011).

Sobre a identificação da incidência do absenteísmo na equipe multiprofissional da ESF verificamos através da tabela 6 onde temos a distribuição da ocorrência de afastamento segundo os fatores profissionais dos entrevistados. Através dela verifica-se que a maioria dos profissionais que pedem afastamento do trabalho é médico (80,0%), com tempo de exercício acima de 10 a 15 anos (58,5%), com tempo de serviço de 0 a 10 anos (56,3%), que possui local de descanso durante a jornada de trabalho (57,1%), trabalha também em outra instituição

(60,0%) e possui renda maior do que 6 salários mínimos (70,6%). Mesmo sendo observada maior prevalência de afastamento neste grupo descrito o teste de independência não foi significativo em nenhum dos fatores avaliados, indicando que as características profissionais dos entrevistados não são determinantes para o afastamento do trabalho.

Antunes (2001) falando da realidade portuguesa afirma que a produtividade da atividade médica é regra geral baixa e que tal se deve ao não cumprimento dos horários mínimos a que estes profissionais estão legalmente obrigados, isto é o número de horas de trabalho que constitui na obrigação contratual individual. Este autor refere que frequentemente não são cumpridas as 12 das 35 horas semanais de trabalho de urgência a que estes profissionais são obrigados e que a causa desta ausência do período de trabalho no hospital está relacionada com a necessidade de estes estarem presentes em atividades privadas, nomeadamente consultórios particulares.

Sobre os registros médicos analisados verificamos que as solicitações de afastamento do trabalho tem relação direta com o estilo de atividade profissional, as condições de insalubridade e demais fatores atenuantes do tipo de atividade, das condições socioeconômicas desses trabalhadores, sobretudo a retribuição salarial, etc. Nesse sentido, verificamos que os ACS são os responsáveis por 59,6% dos profissionais da ESF do município de Marechal Deodoro/AL a solicitarem afastamento do trabalho. Considerando a classificação das doenças indicadas nos registros médicos, os fatores que influenciaram o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde são responsáveis por 30,6% dos afastamentos e em segundo lugar as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 26,0%, e os 37,4% distribuídos entre outras patologias.

Verificamos a partir dos dados coletados, que a maioria dos afastamentos está no intervalo de 11 a 20 dias. Algo que nos chama a atenção é o fato também de que 79,7% dos casos investigados apresentam um afastamento maior que 10 dias, o que produz impactos diretos para o resultado dos trabalhos desenvolvidos pela ESF como também provavelmente incidindo em demandas financeiras extraordinárias para a instituição onde estes profissionais que se afastaram estão lotados.

Assim, constatamos através dos dados coletados durante o estudo e o seu respectivo emparelhamento com o aporte teórico consultado para esta investigação que o absenteísmo enquanto objeto de estudo é bastante desafiador e que estabelece a necessidade de analisá-lo em relação a vários aspectos. A partir da questão inicial proposta, do recorte espaço-temporal, das questões metodológicas estabelecidas, acreditamos que os objetivos preliminarmente

estabelecidos foram alcançados no tocante a poder contribuir enquanto uma nova proposta de analisar o fenômeno em questão.

Esse entendimento vem acompanhado da constatação que, como toda investigação, esta também possui seus alcances e limites, dados especialmente pela circunscrição da investigação. Uma das expressões desses limites se deve ao recorte espaço-temporal que estabelecemos para a este trabalho. A investigação teve como referência 04 anos de dados registrados (2010-2013). O segundo limite diz respeito à delimitação espacial, quando elegemos o município de Marechal Deodoro/AL. Essas limitações não diminuem o potencial explicativo do fenômeno estudado, mas segue, a partir de uma metodologia específica, a possibilidade de se observar o fenômeno estudado e apresentar conclusões que, se por um lado não esgotam todas as dimensões do objeto analisado, por outro nos possibilita um olhar mais específico sobre determinada realidade.

Este trabalho vem contribuir para o conhecimento científico da área no que tange uma análise crítica dos fatores que contribuem para o absenteísmo no serviço público, tendo em vista que há um bom material já produzido a respeito dessa temática na academia. A análise de dados empíricos e o rigor metodológico empregados na investigação também exerce um papel fundamental na relevância da pesquisa.

Pretendemos num momento posterior, continuar o trabalho investigativo do tema, agora com novos olhares e se debruçando sobre novos desafios e questões outras que foram levantadas, mas não investigadas nesse estudo devido à limitação do objeto da investigação.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, R. M. D. **Estudo do absenteísmo na equipe de enfermagem de um hospital de ensino**. Uberaba: UFTM, 2009.

ABRUCIO, F. L. O impacto do modelo gerencial na administração pública. um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**, n. 10. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/index.php?option=content&task=view&id=258>>. Acesso em: 21 set. 2014.

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 67-86, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v41nspe/a05v41sp.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014.

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. **Federalismo e políticas públicas**: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. São Paulo: FGV, 2007. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/242213262>>. Acesso em: 14 set. 2014.

AGAPITO, S. M.; SOUSA, F. C. de. A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 132-139, 2010.

ALMEIDA, A. L.; ROCHA, D. **Saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1997.

ALMEIDA, L. P.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.61, n.1, p. 31-35, 2008.

ALVES, C. S. C.; FINAMOR, A. L. N. **Gestão de pessoas em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

AMARAL, M. A.; CAMPOS, G. W. de S. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In: NETO VECINA, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ANTUNES, M. J. **A doença da saúde**: Serviço Nacional de Saúde, ineficiência e desperdício. Lisboa: Quetzal, 2001.

APPOLINÁRIO, R. S. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan./mar. 2008.

ARAÚJO, E. R. D. **Sistema de registro biométrico no controlo da assiduidade e da pontualidade**: estudo de caso num hospital do SNS. Lisboa: UNL, 2011.

BECKER, S. G. Estudo do absenteísmo de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.1, p. 109-114, 2008.

BELÉM, J. H. R.; GAIDZINSKI, R. R. Estudo das ausências da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 51, n. 4, p. 697-708, out./dez. 1998.

BEVAN, S.; HERON, P. **Reviewing attendance in the NHS: causes of absence and discussion of management strategies**. London: Health Education Authority, 1999. Disponível em:
<http://www.nice.org.uk/proxy/?sourceUrl=http%3A%2F%2Fwww.nice.org.uk%2Fnicemedi%2Fdocuments%2Frevattend_nhs.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BITTENCOURT, C. M. M. **Doenças do trabalho e o exercício da enfermagem**. 1993. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1993.

BITTENCOURT, C. C. **A gestão de competências: a contribuição da aprendizagem organizacional**. 2001. 319 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

BITTENCOURT, C. C. **Gestão de competências e aprendizagem nas organizações**. São Leopoldo: Editora UNISINOS, 2005.

BITTENCOURT, C. C. A gestão por competências: uma análise da mobilização entre competências, capacidades e recursos. **Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Administração**, Cristalina, v. 1, n. 1, maio, 2009.

BRASIL. [Código Civil (2002)]. **Código civil brasileiro e legislação correlata**. Brasília, DF, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 616 p. Disponível em:
<<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%20%20ed.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado Federal, 1988. Disponível em:
<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

BRASIL. Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 9 ago. 1943. p.11937.

BRASIL, Lei n. 8.958, de 20 de dezembro de 1994. Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 dez. 1994. p. 20025.

BRASIL. Lei no 8.246, de 22 de outubro de 1991. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 out. 1991. p. 23281.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

BRASIL. Lei n. 7.596, de 10 de abril de 1987. Altera dispositivos do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, modificado pelo Decreto-lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, e pelo Decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 abr. 1987. p. 5253.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.318/GM, de 5 de junho de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 jun. 2007. Seção 1, p. 63.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília, DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. 3. ed. Brasília, DF, 2009. 77 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Administração. **Carta de Brasília sobre Gestão Pública**. Brasília, DF, 2008. Por ocasião do Congresso do CONSAD de Gestão Pública. Brasília, DF, 2008 de maio de 2008. Brasília/DF. Disponível em:
<<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/consadcarta-1.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jul. 1978.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 4: Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. Brasília, DF, 2014. Disponível em:
<[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A4AC03DE1014AEED6AD8230DC/NR-04%20\(atualizada%202014\)%20II.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A4AC03DE1014AEED6AD8230DC/NR-04%20(atualizada%202014)%20II.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2005. Disponível em:
<[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20(atualizada%202011).pdf)>. Acesso em: 25 set. 2014.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Tradução Nathanael C. Caixeiro. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 379 p.

CAMARGO, T. A. **Gestão de recursos humanos no contexto da nova gestão pública**: um estudo comparativo Brasil – Portugal. 2011. 127 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

CAMPOS, E. C.; JULIANI, C. M. C. M.; PALHARES, V. C. O absenteísmo da equipe de enfermagem em unidade de pronto socorro de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 295-302, 2009.

CAMPOS, V. de A.; MALIK, A. M. Gestão de pessoas em hospitais. In: NETO VECINA, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL DESARROLLO. **Carta Iberoamericana de la Función Pública**. Aprobada por la V Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado. Santa Cruz de La Sierra, Bolivia, 2003 e Respalda por La XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estados y de Gobierno. (Resolución n. 11 de La “Declaración de Santa Cruz , Bolívia, 14-15 de noviembre de 2003). Disponível em: <<http://old.clad.org/documentos/declaraciones/cartaibero.pdf>>. Acesso em: 6 de ago. 2014.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 1979.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 5. ed. São Paulo: Makron Books, 1997.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2000.

COSTA, F. M. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

COUTO, H. A. **Temas de saúde ocupacional**: coletânea dos cadernos ERGO Belo Horizonte: ERGO, 1987. 432 p.

CRESWELL, J. W. **Projetos de pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, L. M. A. da. **Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes**. 2007. 78 f. Dissertação (Mestrado em Probabilidades e Estatística) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.

DAVIES, R. W. **Absentismo**. Lisboa: Gradiva, 1993. (Col. Cadernos de Gestão).

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 2008.

ECHER, I. C. et al. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 65-76, 1999.

FARIA, A. C. D.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2005.

FISCHER, A. L. **A constituição do modelo competitivo de gestão de pessoas no Brasil**: um estudo sobre as empresas consideradas exemplares. 1998. 391 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

FISCHER, A. L.; ALBUQUERQUE, L. G. **Delphi RH 2010**: tendências em gestão de pessoas nas empresas brasileiras. São Paulo: FEA/USP, 2009.

FISCHER, A. L.; ALBUQUERQUE, L. G. **Delphi RH 2010**: tendências em gestão de pessoas nas empresas brasileiras. São Paulo: FEA/USP, 2004.

FISCHER, R. M. Mudança e transformação organizacional. In: FLEURY, M. T. L. **As pessoas na organização**. 2. ed. São Paulo: Gente, 2002.

FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO. **A prevenção do absentismo no trabalho**: sinopse de investigação. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1997. Disponível em: <<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/15/pt/1/ef9715pt.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2014.

GAETANI, F. A reforma do Estado no contexto latino-americano: comentários sobre alguns impasses e possíveis desdobramentos. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, Ano 49, p. 83-102, n.2 abr.-jun. 1998. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=821&Itemid=129>. Acesso em: 10 dez. 2014.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Administração de em enfermagem**. São Paulo: Editora EPU, 2003. p. 91-96.

GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de ensino. In: KURCGANT, P.(Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. p. 125-137.

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

GARDNER, W.; TAYLOR, P. Absence: sickness or malingering. In: _____. **Health at work**. London: Associated Business Programmes, 1975. p. 33-42.

GOBBI, G. Avanços e desafios da gestão do trabalho e da educação em saúde no Rio de Janeiro: o papel do Cosems RJ. **Revista Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**, RJ. 2010. Disponível em: <http://cosemsrj.org.br/images/artigo_ggobbi.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2011.

GODELIER, M. Trabalho. In: ENCICLOPÉDIA Einaudi; modo de produção, desenvolvimento/subdesenvolvimento. [S.l.]: Imprensa Nacional, 1986. v. 7, p. 11-62.

GRAÇA, L. **Absentismo global e específico: alguns problemas teórico-metodológicos**. Lisboa: ENSP-UNL, 2003. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos154.html>>. Acesso em: 12 maio 2014.

GRAÇA, L. **Ill-health and workplace absenteeism in Portugal: initiatives for prevention**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1995.

GRAÇA, L. et al. Iniciativas para reduzir e prevenir o absenteísmo por incapacidade para o trabalho: três estudos de casos. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 14, n. 4, 1996.

GRAÇA, L. Um problema de saúde pública: o absentismo por incapacidade para o trabalho. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 14, n. 3, p. 5-19, 1996.

GUIMARÃES SOBRINHO, T. **Controle do absenteísmo**. Belo Horizonte: [s.n.], 2002.

IACOVIELLO, M. Análisis comparativo por subsistemas. In: CHEBARRÍA, K. et al. (Ed.). **Informe sobre la situación del servicio civil en América Latina**. Washington: BID, 2006. p. 533-572. (Red de Gestión y Transparencia de La Política Pública, Diálogos Regionales de Políticas).

INOUE KC, M. L. M. et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 209-214, 2008.

INTER-AMERICAN DEVELOPMENT BANK. **Evolución de los estudios del BID**. Washington, 2006. 46 p. Disponível em: <<http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/4512/Evaluaci%C3%B3n%20de%20los%20Estudios%20del%20BID.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 406-412, maio-jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_16.pdf . Acesso em: 10 mar. 2015.

LAUS, A. M. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem das unidades médicas e cirúrgicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP**. 2003. 212 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2003.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 340 p.

LEÃO, L. H. da C. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 349-351, jun./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/11.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

LIMA, M. C. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

LONGO, F. **Una lectura transversal de los resultados**. In: ECHEBARRÍA, K. et al. Informe sobre la situación del servicio civil en América Latina. Washington, K. Echebarría Editor, 2006. (Diálogos Regionales de Políticas). Disponível em: <<http://publications.iadb.org/handle/11319/5895>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

LONGO, F. **Mérito e flexibilidade**: a gestão das pessoas no setor público. São Paulo: FUNDAP, 2007a.

LONGO, F. **Metodologia para avaliação da gestão dos recursos humanos no setor público**. Natal, SEARH/RN, 2007b.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MATTIA, A. L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico. 1998. 92 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração**: da escola científica à competitividade na economia globalizada. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MCDONALD, J. M.; SHAVER, A. V. An absenteeism central program. **Journal of Nursing Administration**, Billerica, v. 11, n. 5, p. 13-18, May, 1981.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. S. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAYO GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estrutura em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 2003.

MOREIRA, M. A.; ROSA, P. R. da S. **Uma introdução à pesquisa quantitativa em ensino**. Versão 2008 sujeita a revisões. Porto Alegre: UFRGS: Campo Grande, UFMS, 2008. Disponível em: <http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/52798222/pesquisa_quantitativa_em_ensino.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2014.

MORICI, M. C. **Recursos humanos em hospitais do sistema único de saúde: entre a assistência e a gestão.** 2011. 182 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MOSER, A. Processo de trabalho e exploração dos trabalhadores. **Veritas Revista de Filosofia**, Porto Alegre, v. 30, n. 118, p. 32-40, jun. 1985.

NASCIMENTO, G. M. do. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica de saúde do município de Ribeirão Preto–SP.** 2003. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, C. R. de. **História do trabalho.** São Paulo: Ática, 1991.

OLIVEIRA, D. de P. R. de. **História da administração:** como entender as origens, as aplicações e as evoluções da administração: glossário dos principais termos técnicos da administração. São Paulo: Atlas, 2011.

OLIVEIRA, J. A. C. K. **A gestão de competências e sua articulação à gestão estratégica de recursos humanos:** estudos de casos em organizações brasileiras e portuguesas. 2011. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. A gestão de pessoas como um recurso estratégico. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 57, n. 3, p. 389-426, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=853&Itemid=129>. Acesso em: 10 dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). Desenvolvimentos recentes na gestão dos recursos humanos nos países membros da OCDE. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, ano 52, n.2, p. 49-67, abr.-jun, 2001. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=833&Itemid=129>. Acesso em: 10 dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Flexibilidade na gestão de pessoal na administração pública.** (Cadernos ENAP, 16). Brasília: ENAP, 1998. (Cadernos ENAP, 16). Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/index.php?option=content&task=view&id=258>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). Modernizando o emprego público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 419-428, out.-dez. 2005. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=850&Itemid=129>. Acesso em: 10 dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **The state of public service.** Paris, 2008. Disponível em: <<http://www.sourceoecd.org/employment/9789264055940>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n esp, p. 73-78, 2006.

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

PENA, F. P. M.; MALIK, A. M. Gestão estratégica em saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

POLIT, D; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. **Public management reform: a comparative analysis: new public management, governance, and the neo-Weberian state**. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção a saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2006. 117p.

PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Gabinete de Estratégia e Planeamento. **Balanço Social 2008**. Lisboa, 2010. 93 p. (Coleção Estatísticas). Disponível em: <<http://www.gep.msess.gov.pt/estatistica/gerais/bs2008pub.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 62-67, 1982.

REIS, R. J. dos et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-623, 2003.

RIBAYA MALLADA, F. La gestión del absentismo laboral en las empresas españolas. **Alta Dirección**, Madrid, año 43, n. 257-258, p. 29-39, 2008.

RICHARDSON, J. R. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. e amp. São Paulo: Atlas, 1999.

ROGENSKI, K. E.; FUGULIN, F. M. T. Índice de segurança técnica da equipe de enfermagem da pediatria de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 683-689, 2007.

SANCINETTI, T. R. et al. Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1277-1283, 2009.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL. Departamento Nacional. A nova concepção de formação profissional do SENAC. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 1-22, maio/ago. 1995.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 27. ed. rev. atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, R. O. da S. **Teorias da administração**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2008.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. **Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário**. 1999. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SOBRINHO, T. G. **Controle do absenteísmo**. Belo Horizonte: [s.n.], 2002.

TANOS, M. A. A. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 376-382, 2000.

TOLEDO, V. V.; GANCHO, C. V. Mulheres e homens com as mãos na massa. In: FUSER, B. **Trabalho em debate**. São Paulo: Moderna, 1997. p. 57-69.

TONELLI, M. J.; LACOMBE, B. M. B; CALDAS, M. P. Desenvolvimento histórico de RH no Brasil e no mundo. In: BOOG, G.; BOOG, M. (Coord.). **Manual de gestão de pessoas e equipes: estratégias e tendências**. São Paulo: Gente, 2002.

VALLE, A. S.; VIEIRA, I. P. R. Qualidade de vida no trabalho dos servidores técnico-administrativos da Universidade Federal de Minas Gerais. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 38-78.

VECINA NETO, G. A Evolução da assistência a saúde no mundo e no Brasil até o SUS. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012

ZBORIL-BENSON, L. R. Why nurses are calling in sick: the impact of health-care restructuring. **Canadian Journal of Nursing Research**, Montreal, v. 33, n. 4, p. 89-107, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “STRICTO SENSU” EM GESTÃO DE EMPRESAS

ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO

GESTÃO DE PESSOAS: ABSENTEÍSMO NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MARECHAL DEODORO/AL

INSTRUÇÕES

O questionário a seguir está pautado em 03 partes, a primeira com a identificação, a segunda com dados profissionais e a terceira composta por fatores que dão subsídios sobre motivos que os levam ao afastamento ao trabalho.

I-DADOS PESSOAIS

1. Idade: _____
2. Sexo: () Masc. () Fem.
3. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () () Divorciado () União Estável
4. Nº de Filhos: _____
5. Escolaridade: () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () Especialização () Mestrado () Doutorado () Outros: _____.

II- DADOS PROFISSIONAIS

6. Cargo: _____
7. Função: _____
8. Tempo de exercício na função atual:
() 0 a 05 anos () 05 a 10 anos () 10 a 15 anos

9. Tempo de serviço na SMSMD

() 0 a 05 anos () 05 a 10 anos () 10 a 15 anos () 15 a 20 anos () 20 a 25 anos
() 25 a 30 anos () 30 ou mais.

10. Carga horária semanal na unidade:

() 20h () 30h () 40h () Outros _____

11. Existe local de descanso durante a jornada de trabalho? () Sim () Não

05 minutos () 15 minutos () 30 minutos () Outros (especifique)

12. Local onde desempenha seus serviços no momento:

Unidade ESF _____

13. Trabalha em outra Instituição: () Sim () Não

Em caso afirmativo, em quantos mais? _____

14. Qual a sua renda mensal na SMSMD em salário mínimo (SM)?

() Até 02 SM () De 03 a 05 SM () Acima de 06 SM

III- MOTIVOS QUE LEVARAM AO AFASTAMENTO DO TRABALHO

15. Já se afastou do trabalho por motivo de doença?() sim () não.

Numero de dia de afastamentos nos anos:

ANO	ATE 3 DIAS	ACIMA 4 ATE 15 DIAS	ACIMA 15 ATE 90 DIAS	ACIMA 90 DIAS	OUTROS	NÃO SOUBE INFORMAR
2010						
2011						
2012						
2013						

16. Causas dos afastamentos por:

() Doença do trabalho;

() Doença Profissional;

() Acidente em serviços;

Outras doenças (especificar) _____

17. As condições de trabalho favorecem ao afastamento por motivo de doença? () sim () não.

Quais? (especificar) _____

18. Os afastamentos interferem na suspensão de benefícios sociais e outros?

() Insalubridade;

() Gratificação PSF;

() Remanejamento por interesse da unidade;

() Adiantamento de férias;

Outras doenças? (especificar) _____

19. Há dificuldades para afastamentos por motivo de doença? () sim () não

Quais?

() Em relação a perícia(especifique);

() Em relação aos procedimentos(especifique);

() Em relação a chefia (especifique);

() Em relação aos colegas;

() Em relação ao serviço;

20. Tem conhecimento da existência do serviço Saúde do Trabalhador, implantado no município? () sim () não

21. Quer elencar sugestões para a melhoria no atendimento na gestão da saúde do trabalhador () sim () não

Quais? (especificar) _____