

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

**A ROTATIVIDADE E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM: UM ENFOQUE DA ERGONOMIA**

Dissertação submetida à Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção, na área de Ergonomia.

Orientador: Osmar Possamai, Dr.

Florianópolis
2003

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

**A ROTATIVIDADE E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM: UM ENFOQUE DA ERGONOMIA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção, com ênfase em Ergonomia e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

Florianópolis, 12 de junho de 2003

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.
Coordenador do Programa

Banca Examinadora:

Prof. Osmar Possamai, Dr.
Orientador - UFSC

Prof^ª. Ana Regina de Aguiar Dutra, Dra.
Co-orientadora - UFSC

Prof. Neri dos Santos, Dr.
Membro - UFSC

DEDICATÓRIA

A Deus, razão da nossa existência.
Ao Gerson e ao Samuel, pela compreensão, carinho, apoio
e encorajamento durante esta árdua jornada.
Aos meus pais Sylvio e Vanda, por todo amor e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Osmar Possamai, pelas orientações e apoio, e à Prof^a. Dra. Ana Regina de Aguiar Dutra pela atenção e dedicação.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, e à Coordenação do Curso de Administração da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE.

Aos docentes do Curso de Mestrado, que nos direcionaram e contribuíram nesta caminhada.

À direção, gerentes e profissionais de enfermagem da instituição hospitalar em que foi realizada esta pesquisa, pela acolhida e contribuições.

Aos profissionais de enfermagem das instituições hospitalares e unidades de saúde da cidade de Cascavel - PR, pelo carinho e contribuições marcantes em minha carreira profissional. Vocês são especiais.

Aos docentes e discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná pela compreensão e apoio recebido.

À Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Evangélica do Paraná, enfermeira Rose Marie Siqueira Villar, e aos docentes e discentes da instituição pelo constante apoio e compreensão.

Às amigas Silvia Mariani de Oliveira Jorge, Marigelci Souza Oliveira, Marlei C. Fiewski, Miriam Cristina T. Reisdorfer, Helenara Salvatti Moreira, Maria Marta Nolasco Chaves e Carolina Bocchi Maia pelo carinho, apoio e incentivo.

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre rotatividade com enfoque da ergonomia, em situação real de trabalho, de uma equipe de enfermagem que atua em uma unidade de pronto socorro de trauma de uma instituição hospitalar. O estudo teve como objetivo propor a melhoria das condições de trabalho, visando a redução dos índices de rotatividade verificados. A constante alteração do quadro de profissionais tem efeitos negativos sobre a empresa e sobre a própria equipe de trabalho. Utilizou-se a metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), estabelecendo-se um modelo para levantamento de fatores geradores da rotatividade. A pesquisa caracteriza-se como quali-quantitativa, do tipo descritiva e exploratória, utilizando como métodos a análise documental, observações diretas e entrevistas informais e semi-estruturadas. Na fundamentação teórica foram apresentados os conceitos de rotatividade, ergonomia e condições de trabalho. Buscou-se conhecer e aprofundar o fenômeno da rotatividade, através da análise de suas causas, conseqüências e influência no nível de qualidade e produtividade dos serviços prestados na área de saúde. O estudo resultou na elaboração do Caderno de Encargos e Recomendações Ergonômicas (CERE), que apresenta sugestões para a melhoria das condições de trabalho dos atores sociais envolvidos.

Palavras Chaves

rotatividade, condições de trabalho, enfermagem

ABSTRACT

This study is about turnover of employees (or rotation of employees) with an ergonomic focus. It analyses a nurse team in a real work situation in a Trauma emergency room of a Hospital. The objective of this study is to propose ways to improve work conditions, aiming at the reduction of staff turnover verified. The constant change of professionals affects both their work and the company negatively. The Methodology of Ergonomic Analysis of Work (AET) was used as a model to raise factors that can cause turnover. The research is both qualitative and quantitative, descriptive and exploratory and was conducted using a variety of methods such as: document analysis, direct observation and informal and semi structured interviews. The concepts of rotation, ergonomics and work conditions were studied in the theoretical background research for this paper. The focus was to deepen the knowledge of rotation phenomenon through the analysis of its causes, consequences and influences on quality and productivity levels of the services in the health area. This study resulted in the creation of a notebook of duties and ergonomic recommendations that presents ideas and suggestions on how to get high quality and improved work conditions.

Key - words:

turnover, work conditions, nursing

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	09
LISTA DE TABELAS.....	10
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivos do Trabalho	12
1.2 Justificativa	12
1.3 Delimitação do Trabalho	13
1.4 Procedimentos Metodológicos	14
1.5 Estrutura do Trabalho	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 Rotatividade de Pessoal	16
2.1.1 Significado da rotatividade.....	16
2.1.2 Causas da rotatividade.....	16
2.1.3 Conseqüências da rotatividade.....	19
2.1.4 Controle da rotatividade.....	21
2.2 Ergonomia, Condições de Trabalho e a Rotatividade.....	23
2.2.1 Ergonomia.....	24
2.2.2 Condições de trabalho.....	24
2.2.3 Condições de trabalho e rotatividade.....	26
2.3 Trabalhadores da Enfermagem.....	32
2.3.1 As categorias.....	32
2.3.2 O processo de trabalho na enfermagem.....	33
2.3.3 Dimensionamento de pessoal.....	35
2.3.4 Rotatividade na enfermagem	37
2.3.5 Causas da rotatividade na enfermagem	38
2.3.6 Conseqüências da rotatividade na enfermagem	42
2.4 Considerações sobre o Capítulo	45
3 INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA ROTATIVIDADE	47
3.1 Formas de Cálculo da Rotatividade	47
3.2 Análise Ergonômica do Trabalho - Diagnóstico das Condições de Trabalho	50
3.3 Entrevista de Saída	53
4 MODELO PROPOSTO.....	55
4.1 Apresentação do Modelo	55
4.2 Descrição das Etapas do Modelo	56
4.2.1 Etapa 1 - Análise da demanda.....	56
4.2.2 Etapa 2 - Escolha do setor	57
4.2.3 Etapa 3 - Análise da tarefa, das atividades e entrevista de saída	57
4.2.4 Etapa 4 - Proposição de soluções	62

5 APLICAÇÃO DO MODELO	63
5.1 Descrição da Aplicação	63
5.1.1 Etapa 1 - Análise da demanda	63
5.1.1.1 Origem da demanda	64
5.1.1.2 Histórico da instituição	64
5.1.1.3 Estrutura e funcionamento	65
5.1.1.4 Caracterização do efetivo de enfermagem da instituição	68
5.1.1.5 Seleção e recrutamento	69
5.1.1.6 Salários e benefícios	70
5.1.2 Etapa 2 - Escolha do setor	71
5.1.2.1 Taxas de rotatividade na instituição	71
5.1.2.2 Caracterização do pronto socorro	76
5.1.2.3 Estrutura física e organizacional	78
5.1.3 Etapa 3 - Análise da tarefa, entrevista de saída, análise das atividades e diagnóstico	79
5.1.3.1 Análise da tarefa	80
5.1.3.2 Entrevista de saída	88
5.1.3.3 Análise das atividades	89
5.1.3.4 Diagnóstico	99
5.1.4 Etapa 4 - Proposição de soluções	102
5.2 Considerações sobre a Aplicação do Modelo Proposto	105
6 CONCLUSÕES	107
6.1 Conclusões	107
6.1.1 Quanto aos objetivos e pergunta de pesquisa propostos	107
6.1.2 Quanto à abordagem utilizada	109
6.1.3 Quanto à situação referência	109
6.2 Sugestões para Trabalhos Futuros	110
REFERÊNCIAS	111
BIBLIOGRAFIA	116
APÊNDICES	118
ANEXOS	128

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fórmula da Taxa de Rotatividade	47
Figura 2 - Fórmula da Taxa de Rotatividade Líquida	48
Figura 3 - Fórmula do Índice de Rotatividade de Pessoal	48
Figura 4 - Fórmula do Índice de Rotatividade de Pessoal - Associação Paulista de Administradores de Pessoal	49
Figura 5 - Fórmula da Taxa Líquida de Substituição	49
Figura 6 - Correspondência entre os procedimentos de pesquisa em ergonomia e as etapas da análise ergonômica de uma situação de trabalho	50
Figura 7 - Fluxograma das etapas do modelo proposto	55
Figura 8 - Dados da Análise da Demanda	56
Figura 9 - Dados da Análise da Tarefa	58
Figura 10 - Dados da Análise das Atividades	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Efetivo de Enfermagem por Setor e Categoria	68
Tabela 5.2 - Demissionários/Demitidos de Enfermagem por Setor e Categoria - 2001	71
Tabela 5.3 - Demissionários/Demitidos de Enfermagem por Setor e Categoria - 2002 ...	72
Tabela 5.4 - Taxa de Rotatividade por Setor e Categoria 2001 - Demissionários	73
Tabela 5.5 - Taxa de Rotatividade por Setor e Categoria 2001 - Demissionários/Demitidos ...	74
Tabela 5.6 - Taxa de Rotatividade por Setor e Categoria 2002 - Demissionários	75
Tabela 5.7 - Taxa de Rotatividade por Setor e Categoria 2002 - Demissionários/Demitidos ...	75

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre a rotatividade de pessoal e como a mesma pode ser reduzida. O assunto tem extrema relevância, pois altos índices de rotatividade são prejudiciais para qualquer organização.

A rotatividade de pessoal ou *turnover* pode ser definida como a ocorrência de um rodízio da equipe de trabalho, seja por iniciativa dos próprios trabalhadores, que podem trocar de empresa ou setor por motivos diversos, seja por demissões ou realocações de pessoal procedidas por parte da empresa.

“A rotação de pessoal é expressa através de uma relação percentual entre as admissões e as demissões, com relação ao número médio de participantes da organização, no decorrer de certo período” (AQUINO, K. 1992, p. 75). O fenômeno da rotatividade alta é conhecido em muitas empresas e organizações, ocorrendo nos setores da indústria, comércio e prestação de serviços.

Algumas instituições preocupam-se em encontrar os índices desta rotatividade, e entre tais instituições, parte delas procuram conhecer os fatores que possam estar provocando a alta rotatividade. Porém, no que se refere à implementação de ações que venham a minimizar a rotatividade elevada, pouco ou praticamente nada se tem avançado.

A rotatividade pode estar relacionada, por um lado, a atitudes e diretrizes estabelecidas por diretores ou gerentes da empresa, ou por outro lado, à vontade dos próprios trabalhadores, ou ainda, a fatores alheios a qualquer uma das partes.

A rotatividade pode decorrer, por exemplo, da busca do profissional por algo novo, que lhe traga maior satisfação ou realização no trabalho, seja por razões financeiras, familiares ou sociais, entre outras.

É comum encontrar-se alta rotatividade em empresas onde se verifica a subjugação do profissional a condições de trabalho precárias. A maioria dos executivos negligencia as necessidades dos funcionários, imaginando que apenas a questão salarial importa. Entretanto, o profissional também busca reconhecimento pessoal e profissional.

As condições de trabalho precárias têm uma relação direta de proporcionalidade com a rotatividade de pessoal. Em face deste pressuposto, surge a seguinte pergunta de pesquisa: como interferir nas condições de trabalho de modo a minimizar elevadas taxas de rotatividade de pessoal? A partir da pergunta de pesquisa, pode-se formular os objetivos que nortearam este trabalho.

1.1 Objetivos do Trabalho

O objetivo geral do trabalho é propor a melhoria das condições de trabalho, visando a redução da rotatividade de pessoal, através do diagnóstico das condições de trabalho geradoras de rotatividade.

Para a consecução do objetivo geral faz-se necessário estabelecer os seguintes objetivos específicos:

- identificar as condições de trabalho que possam gerar rotatividade de pessoal;
- estabelecer a inter-relação das reais condições de trabalho com a rotatividade verificada;
- listar ações que minimizem o impacto das condições de trabalho na rotatividade de pessoal.

1.2 Justificativa

A constante alteração no quadro de profissionais tem efeitos negativos sobre a empresa e sobre a própria equipe de trabalho, afetando a qualidade do produto ou serviço executado.

Duarte (1996) esclarece bem essa situação, usando a expressão “malhas de controle”, como um elemento essencial para assegurar a confiabilidade do processo desenvolvido por uma organização, à medida que a integração da equipe, especialmente entre os trabalhadores novatos e os experientes, gera importante troca de informações e espírito de equipe, o que também é chamado conceitualmente de “coletivo de trabalho”.

Segundo o mesmo autor, as reduções do efetivo e a saída constante de trabalhadores experientes podem colocar em risco a segurança do processo. “Nos parece fundamental, compreender o papel desempenhado pelos diferentes membros do coletivo e discutir como poderão ser os novos modos de agir da equipe e quais suas margens de manobra diante das diferentes anormalidades e situações de ação” (DUARTE, 1996, p. 20).

A rotatividade elevada, portanto, gera oscilação dos níveis de produção, falta de senso de equipe e sobrecarga aos trabalhadores remanescentes, e a isto pode-se acrescentar que representa demanda financeira e de tempo para a empresa, decorrente da repetição demasiada dos processos de recrutamento e seleção, treinamento, adaptação e desligamento, entre outros problemas.

Ferreira e Freire (2001) comentam sobre as quedas de produtividade causadas pela alta rotatividade, bem como a perda da historicidade da instituição, que segundo os autores também parece “demitida” com os veteranos que partem, ou seja, a experiência profissional e até mesmo o coletivo de trabalho outrora formado acabam desestruturados pela saída dos trabalhadores mais experientes.

A organização do trabalho tem sido responsabilizada por autores como Dejours (1992) e Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) por uma espécie de “sofrimento” que o profissional enfrenta em seu local de trabalho. Esse “sofrimento” seria decorrente da sobrecarga física e mental que atinge os trabalhadores, podendo a rotatividade ser uma forma utilizada para fugir de tal situação.

A ergonomia tem como âncora para a realização de uma intervenção ergonômica dois critérios: o critério de saúde e o critério de produtividade. Portanto, para se realizar uma intervenção ergonômica deve-se levar em conta que a demanda possa favorecer melhorias nas condições de trabalho, tanto nos aspectos relacionados com a saúde do trabalhador - diminuindo ou eliminando suas sobrecargas - como no processo de trabalho em análise, para que a produtividade possa ser aumentada e/ou melhorada.

Na literatura sobre rotatividade de pessoal é até comum encontrar estudos sobre taxa de rotatividade, causas e conseqüências do fenômeno. Porém, os estudos sobre o tema de modo geral não fazem abordagem aprofundada sobre as formas de intervenção que possam minimizar as taxas de rotatividade encontradas, como se as altas taxas acontecessem ao acaso, sem merecer a devida atenção, tornando-se apenas elemento de contemplação.

Frente à lacuna encontrada na literatura científica sobre o tema, o presente estudo se justifica por trazer uma abordagem diferenciada, que busca identificar os motivos da rotatividade, focando as atenções em toda a organização, de forma global, e levando em conta as condições gerais do ambiente de trabalho em que os trabalhadores envolvidos estão inseridos.

1.3 Delimitação do Trabalho

O trabalho está delimitado à identificação da inter-relação das condições de trabalho com o fenômeno da rotatividade em trabalhadores da área de enfermagem no âmbito hospitalar, em uma unidade de pronto socorro de trauma.

1.4 Procedimentos Metodológicos

O presente estudo é baseado na Análise Ergonômica do Trabalho (AET) em situação real de trabalho. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, de caráter descritivo e natureza exploratória.

A população é constituída por trabalhadores da equipe de enfermagem de uma unidade de pronto socorro de trauma de uma instituição hospitalar pública.

A amostra é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os métodos utilizados para o levantamento de dados são a análise documental, observações diretas, entrevistas informais e semi-estruturadas.

1.5 Estrutura do Trabalho

O presente trabalho apresenta-se estruturado em 6 capítulos, incluindo este primeiro capítulo introdutivo, que se propõe a oferecer uma noção geral da pesquisa.

O Capítulo 2 é dedicado à fundamentação teórica a respeito da rotatividade, com abordagem focada no conceito, causas e conseqüências da alta rotatividade, e necessidade de controle da taxa de rotatividade de pessoal.

Neste capítulo ainda são apresentados os conceitos de ergonomia, condições de trabalho, de trabalho real e de trabalho prescrito. Posteriormente, apresenta-se uma visão geral sobre a profissão de enfermagem, incluindo as categorias existentes, as características do processo de trabalho, dimensionamento de pessoal, rotatividade da enfermagem e as causas e conseqüências dessa rotatividade.

No Capítulo 3 são detalhados os instrumentos para avaliação da rotatividade e procedimentos metodológicos, incluindo as formas de cálculo para obtenção dos índices de rotatividade, a Análise Ergonômica do Trabalho - destacando as fases de análise da demanda, da tarefa e das atividades -, a explicitação do diagnóstico, a elaboração do Caderno de Encargo e Recomendações Ergonômicas (CERE) e por último a finalidade e importância da entrevista de saída.

No Capítulo 4 é apresentado o modelo proposto, visando a redução da rotatividade, em forma de fluxograma e explicação descritiva, com base nos instrumentos apresentados no Capítulo 3, estabelecendo prioridades de melhoria das condições de trabalho.

O Capítulo 5 apresenta a aplicação do modelo em um setor de uma instituição hospitalar, incluindo as características gerais da instituição, bem como do setor em que o estudo foi realizado, a população e amostra da pesquisa, o diagnóstico das condições de trabalho e os resultados obtidos apresentados na forma do Caderno de Encargos e Recomendações Ergonômicas (CERE).

O Capítulo 6 é dedicado à conclusão do trabalho e também às sugestões para trabalhos futuros, com o intuito de contribuir com o aprofundamento de questões complexas relacionadas ao fenômeno da rotatividade.

CAPÍTULO 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Rotatividade de Pessoal

Para estudar o fenômeno da rotatividade é necessário inicialmente buscar a compreensão de alguns aspectos gerais importantes, que são aqui apresentados.

2.1.1 Significado da rotatividade

A conceituação clássica de rotatividade de pessoal adotada pelos autores Anselmi, Angerami, Gomes (1997a), Aquino, K. (1992) e Mezomo (1981) é de que o fenômeno se refere à “entrada e saída de pessoal” em uma determinada empresa ou setor.

Costenaro et al (1987) utiliza a expressão “flutuação de pessoal”, mas também é possível encontrar em sua publicação o termo “entradas e saídas de recursos humanos”.

A rotatividade no emprego, segundo o DIEESE (1988 apud BEZERRA, 1997, p. 108), “[...] encontra-se intimamente relacionada com a idéia de reposição, substituição ou rodízio, expressando o total do movimento de entradas e saídas que ocorrem numa fábrica, ou em um setor de atividade, num determinado período de tempo”.

Anselmi, Angerami, Gomes (1997a, p. 32) associam a expressão “entradas e saídas” a trabalhadores em postos de trabalho de uma empresa ou de um setor de atividade. As autoras afirmam que “[...] a rotatividade é entendida como um movimento que se verifica no mercado de trabalho, caracterizado pelas entradas e saídas dos indivíduos de uma determinada instituição e/ou empresa que compõem este mercado”.

Em todos os conceitos verifica-se que a rotatividade de pessoal, *turnover* ou movimentação de mão-de-obra dos trabalhadores é confrontada com uma análise do tempo de permanência do profissional em uma determinada empresa ou setor, sendo que esta relação é que indicará a taxa de rotatividade nesta empresa ou setor.

2.1.2 Causas da rotatividade

A rotatividade de pessoal pode ter influência de diversos fatores, tanto internos quanto externos à empresa ou setor (Mezomo, 1981), alguns evitáveis, outros inevitáveis, podendo

esses fatores estarem relacionados à vontade dos executivos e/ou gerentes de setor, à vontade dos próprios trabalhadores, ou ainda estarem alheios à vontade de qualquer uma das partes.

Ferreira e Freire (2001) constataram em literatura sobre o tema que entre os fatores mais citados como causas da rotatividade estão a inexistência de política salarial e de benefícios, impossibilidade de ascensão profissional, política disciplinar equivocada, condições físicas ambientais de trabalho inadequadas e falta de motivação pessoal.

Também é praticamente unânime o entendimento de que uma das principais causas da rotatividade de pessoal é a subjugação do profissional a condições de trabalho precárias e desgastantes. Incluem-se nessa linha de pensamento os autores Anselmi (1993), Anselmi, Angerami, Gomes (1997a), Brannick (1999), Duarte (2000), Ferreira e Freire (2001), Lunardi Filho (1997), Marziale e Robazzi (2000) e Wisner (1994).

Para Wisner (1994), más condições de trabalho podem causar um certo grau de sofrimento mental do trabalhador, problema que pode ganhar tamanha proporção ao ponto de ele ver como única saída a decisão de abandonar o emprego.

O autor cita que essa sobrecarga atribuída ao trabalhador pode ser provocada, por exemplo, por uma eventual desproporção entre as exigências do trabalho e a quantidade de pessoas envolvidas no trabalho, voltando-se nesse ponto à questão conceitual da rotatividade, que prevê a substituição do funcionário demitido ou demissionário.

Por razões econômicas ou outra qualquer, entretanto, a empresa pode decidir não repor imediata ou definitivamente o funcionário, exigindo dos remanescentes que dividam entre si a tarefa daquele que saiu da empresa ou setor.

“A não contratação de substitutos implica em aumento das exigências físicas e mentais, ao impor um ritmo acelerado e intenso ao trabalho, como solução à escassez de recursos humanos” (LUNARDI FILHO, 1997, p. 88).

Anselmi (1993) coloca a estrutura da jornada diária de trabalho em turnos como um fator potencialmente determinante da rotatividade, e isso especialmente em hospitais públicos, onde, na observação da autora, predomina um esquema de turnos alternados que leva o trabalhador a variar constantemente seus horários de trabalho, com risco de comprometimento da saúde e do bem-estar do trabalhador.

A redução do efetivo de trabalho, segundo Anselmi, Angerami, Gomes (1997a), tem como resultado imediato a redução dos custos da empresa, mas ao mesmo tempo promove uma sobrecarga aos indivíduos que permanecem no trabalho, elevando o nível de pressão entre os trabalhadores e aviltando gravemente as condições de trabalho.

Brannick (1999) entende que a rotatividade tem como causa a relação deficiente entre o funcionário e a cultura organizacional, o treinamento inadequado e a falta de incentivos. Epstein (1999) observa que a maioria dos executivos equivocadamente negligencia outras necessidades dos funcionários, imaginando que apenas a questão salarial é que importa para eles. “Dinheiro pode ser capaz de comprar bons empregados, mas o dinheiro sozinho não os manterá” (GOLDGLANTZ, 1999, p. 20).

As afirmações de Epstein (1999) e Goldglantz (1999) são condizentes com o que se verifica atualmente no mercado de trabalho, em que embora os profissionais procurem bons salários, muitas vezes acabam deixando empregos onde atingiram nível salarial desejável em busca de outras conquistas, tais como melhores condições de trabalho, benefícios e reconhecimento pessoal e profissional, e ainda o conteúdo do trabalho.

Aquino, K. (1991) justifica o estudo da rotatividade argumentando que o fenômeno deve ser controlado pela empresa para se evitar dois extremos: o índice zero e o índice elevado, ambos indesejáveis, pois no primeiro caso configuraria estagnação da organização, e no segundo caso a rotatividade elevada gera gastos administrativos demasiados e prejuízos à qualidade dos serviços desenvolvidos.

As causas da rotatividade são divididas em externas e internas. As causas externas são aquelas que independem da política de ação da empresa e da vontade de seus executivos, e dos próprios trabalhadores, não havendo, segundo Mezomo (1981), sequer motivação para aprofundar-se o estudo de tal fator.

As principais causas externas são a situação do mercado de trabalho (oportunidades de emprego ou existência de vagas), a situação do mercado de mão-de-obra (disponibilidade de profissionais ou existência de candidatos) e a conjuntura econômica.

Já as causas internas estão diretamente relacionadas a este estudo, pois a identificação delas poderá auxiliar na estruturação de uma política empresarial que permita diminuir a rotatividade elevada, assim entendida como a rotatividade de mão-de-obra tão constante que sua ocorrência gera prejuízos para a empresa.

Mezomo (1981) subdivide as causas internas da rotatividade em controláveis, semicontroláveis e incontroláveis. As principais causas internas controláveis citadas são a remuneração inadequada, as condições de trabalho impróprias e inseguras, seleção e treinamento insuficientes, supervisão e planejamento inadequados, falta de oportunidades para o empregado, problemas de relacionamento interno, organização defeituosa da empresa, falta de planos de promoção para o pessoal, chefias incompetentes, falta de valorização das pessoas e sistema de controle rígido demais ou inexistente.

As causas internas semicontroláveis incluem a incompetência do empregado, temperamento difícil, maus hábitos pessoais, condições de alojamento e insatisfação pessoal e profissional. As causas incontroláveis compreendem, entre outras, a morte e a doença.

2.1.3 Conseqüências da rotatividade

Segundo Lorge (1999), a rotatividade pode ter resultados positivos, desde que, evidentemente, dentro de uma margem aceitável. O raciocínio feito pela autora é de que um pouco de rotatividade pode ser saudável, na medida em que proporciona um ambiente de trabalho competitivo e aberto a novas técnicas de trabalho e maneiras de fazer negócios.

Por outro lado, a rotatividade pode ter conseqüências negativas para uma empresa, caso se apresente em taxas acima do que se poderia aceitar como normal ou saudável, assunto que passa a ser tratado detalhadamente.

Costenaro et al (1987) apresenta entre os malefícios da rotatividade elevada de pessoal a impossibilidade de se manter a equipe integrada, a perda de produção no período de seleção e treinamento do profissional substituto, e a dificuldade deste profissional recém-admitido em desempenhar as tarefas por falta de conhecimento e de habilidade ou prática.

A rotatividade alta, na visão de Costenaro et al (1987) e de outros autores como Brannick (1999), Ferreira e Freire (2001), Mezomo (1981), implica em diversos problemas para as empresas, entre eles podendo-se destacar a elevação dos custos operacionais.

“O *turnover* dos empregados afeta significativamente o desempenho financeiro da organização. O *turnover* dos empregados é muito dispendioso para a organização e ultimamente, causa prejuízos no desempenho organizacional, produtividade e lucro” (BRANNICK, 1999, p. 1).

“Os custos da rotatividade de pessoal podem ser significativos, abrangendo desde a queda da produtividade até a perda de historicidade da instituição, que parece também demitida com os veteranos que partem” (FERREIRA e FREIRE, 2001, p. 179).

Os custos financeiros decorrentes da rotatividade apontados por Mezomo (1981) podem ser classificados como primários e secundários. Entre os custos primários pode-se destacar:

- Custo de recrutamento e seleção, que envolve despesas de emissão e processamento da requisição de empregado; de manutenção do órgão de recrutamento e seleção (salários de pessoal de recrutamento e seleção, encargos sociais, horas extras, material de escritório e aluguéis pagos, entre outros); de anúncios em jornais, folhetos e recrutamento, honorários de

empresas de recrutamento, material de recrutamento e formulário.; e de manutenção do órgão de serviços médicos (como salário do pessoal de enfermagem, encargos sociais e horas extras), rateados pelo número de candidatos submetidos a exames médicos de seleção;

- Custo de registro e documentação, que envolve despesas de manutenção do órgão de registro e documentação de pessoal (salários, encargos sociais, horas extras, material de escritório, aluguéis pagos e outros); e com formulários, documentação, anotações e registros;
- Custo de integração, que envolve despesas do órgão de treinamento (se for este o órgão responsável pela integração do pessoal recém-admitido na organização) rateadas pelo número de empregados submetidos ao programa de integração; e com o tempo do supervisor do órgão requisitante aplicado na ambientação dos empregados recém-admitidos em seu setor;
- Custo do desligamento, que envolve despesas do órgão de registro e documentação relativas ao processo de desligamento do empregado (anotações, registros, comparecimentos à homologações na Justiça do Trabalho ou no sindicato de classe e outras) rateadas pelo número de empregados desligados; com a aplicação de entrevistas de desligamento (tempo do entrevistador, custo dos formulários utilizados e elaboração dos relatórios decorrentes); com a antecipação de pagamentos relativos a férias proporcionais, 13º salário proporcional, aviso prévio (com ou sem a contraprestação do serviço pelo empregado), multa relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e outras despesas.

Os custos financeiros secundários decorrentes da rotatividade apontados por Mezomo (1981) são os seguintes:

- Reflexos na produção, incluindo perda de produção causada pela vaga deixada pelo empregado desligado, enquanto o mesmo não for substituído; produção geralmente inferior durante o período de ambientação do novo empregado no cargo; e a insegurança inicial do novo empregado, que com isso tende a causar interferência no trabalho dos colegas;
- Reflexos na atitude pessoal, incluindo a imagem, atitudes e predisposições que o empregado que está se desligando transmite aos colegas; imagem, atitudes e predisposições que o novo empregado transmite aos colegas; influência de ambos os aspectos anteriores sobre a atitude do supervisor e do chefe e sobre a atitude dos clientes/pacientes e dos fornecedores ou prestadores de serviço terceirizados;
- Custo extra-laboral, incluindo despesas de pessoal extra ou horas extras necessárias para cobrir uma vaga existente ou para cobrir a deficiência inicial do novo empregado; sobretempo de produção causado pela deficiência inicial do novo empregado; elevação do custo unitário de produção com a queda da eficiência média provocada pelo novo empregado; sobretempo do supervisor aplicado na integração e treinamento do novo empregado;

- Custo extra-operacional, incluindo o custo adicional de energia elétrica devido ao índice reduzido de produção do empregado; custo adicional de lubrificação devido ao índice reduzido de produção do novo empregado; custo adicional de serviços de manutenção, utilidades, planejamento e controle de produção, expediente e outros que se tornam mais elevados frente ao índice reduzido de produção do novo empregado; acréscimo de acidentes - e, conseqüentemente, dos custos diretos e indiretos de acidentes devidos à sua intensidade maior no período de ambientação dos recém-admitidos; acréscimos de erros, refugos e problemas de controle de qualidade provocados pela inexperiência do novo empregado;
- Custo extra-investimento, incluindo aumento proporcional das taxas de seguro, depreciação de equipamentos, manutenção e reparos em relação ao volume de produção reduzido face às vagas existentes ou a operadores em período de ambientação e treinamento; aumento do volume de salários pagos aos novos empregados e, conseqüentemente, reajustes de todos os demais empregados, quando a situação do mercado de trabalho é de procura, intensificando a competição e a oferta de salários iniciais mais elevados no mercado de recursos humanos;
- Perdas nos negócios, incluindo reflexos na imagem da empresa e nos próprios negócios, provocados pela eventual redução do nível de qualidade dos produtos ou serviços executados por empregados inexperientes.

Brannick (1999) classifica os custos gerados pelo *turnover* como diretos e indiretos, apontando que os primeiros incluem o tempo envolvido em recrutamento, seleção e treinamento, bem como os custos associados com despesa com propaganda e mão-de-obra, enquanto os custos indiretos da rotatividade incluem o aumento de tarefas *per capita* de cada trabalhador até que novos empregados sejam contratados e treinados.

2.1.4 Controle da rotatividade

Para Mezomo (1981) o controle da entrada e saída de pessoal é uma atividade necessária para as empresas, mas ainda pouco estudado e pouco valorizado pela grande maioria delas, pois tal controle pode ser colocado ao mesmo nível dos controles que se faz da entrada e saída de matéria prima, de produtos fabricados e dos recursos financeiros.

O autor observa que as empresas investem na estruturação de controles de materiais, estoque e caixa, complexos que envolvem a utilização, por exemplo, de fichas, requisições, notas fiscais, duplicatas, faturas e tantos outros formulários e esquemas de segurança e controle, que refletem a preocupação com a maximização dos resultados e minimização dos

custos. O controle da entrada e saída de pessoal, segundo Mezomo (1981), também têm importância na obtenção desses objetivos.

A inter-relação da rotatividade com o tempo em que ela ocorre é importante, porque tal procedimento permite a constatação de seu índice de ocorrência, e por extensão a compreensão por parte dos diretores e dos próprios trabalhadores sobre como esta movimentação de mão-de-obra está influenciando a qualidade dos serviços prestados e/ou produtos desenvolvidos pela organização.

Segundo Chiavenato (1989a) somente através da verificação dos motivos reais da rotatividade é possível estruturar melhores condições de trabalho para os profissionais, e com isso diminuir elevadas taxas de rotatividade.

Para Mezomo (1981) a ocorrência de oscilações negativas no número de membros da equipe de trabalho deverá ser sanada com novas admissões, para que o desenvolvimento do serviço não sofra prejuízo por falta de pessoal.

Esse ponto de equilíbrio precisa ser preservado ao longo da existência da empresa, o que implica em substituição do trabalhador que migra para outro emprego ou setor, quando necessário.

Ainda que a instituição substitua de imediato o profissional que migrou para outra instituição ou setor, a movimentação excessiva pode acarretar desequilíbrio no quadro de pessoal, afetando negativamente a qualidade dos produtos, serviços ou até mesmo os negócios da instituição, aspecto que se verá mais adiante.

Em qualquer empresa ou setor existe um ponto de equilíbrio que exprime a quantidade ideal de profissionais que esta empresa ou setor precisa dispor, para produzir com qualidade os serviços ou produtos que pretende colocar no mercado, ou ainda para realizar os negócios a que se propõe, em qualquer ramo de atividade.

É necessário ressaltar, nesse ponto, que a rotatividade é um fenômeno normal e inevitável dentro das empresas, e não chega a ser necessariamente prejudicial, desde que ocorra em índices aceitáveis, entendimento de Lorge (1999) que é citado no início da abordagem sobre as conseqüências da rotatividade.

Chiavenato (1989b) e Mezomo (1981) associam a rotatividade equilibrada à idéia de que ela tanto pode como deve preservar os trabalhadores eficientes e permitir a saída de trabalhadores desqualificados, para que a substituição seja efetivada com trabalhadores qualificados.

Para o primeiro autor a taxa de rotatividade ideal é aquela que contempla a retenção dos profissionais de melhor qualificação e que, por outro lado, permite a substituição de

trabalhadores que desempenham suas atividades de modo tão insatisfatório que nem mesmo através de programas de treinamento a deficiência apresentada por estes trabalhadores possa ser corrigida.

Mezomo (1981) entende que não existe uma taxa ideal de rotatividade, pois há aspectos individuais de cada empresa a serem considerados. Ele argumenta que a taxa de rotatividade ideal é aquela que possibilita à empresa manter uma equipe de trabalho de boa qualidade e, ao mesmo tempo, substituir os recursos humanos que não ofereçam perspectivas de melhora dentro de um programa de treinamento. De tudo isso, conclui-se que o que realmente importa é que a taxa de rotatividade não chegue a níveis que representem prejuízo ou desequilíbrio das atividades operacionais da empresa.

Hall (1979 apud COSTENARO et al, 1987, p. 42) afirma que o percentual admissível para a rotatividade deve oscilar entre 2,4% e 2,5%. Hendrikx (1982 apud AQUINO, K. 1992, p. 75) apresenta uma taxa um pouco superior à calculada por Hall, entendendo que haveria certo grau de razoabilidade em uma taxa de rotatividade com variação entre 3% e 5%.

Na opinião de Aquino, K. (1992) a taxa ideal não pode ser fixada numa faixa numérica, sem levar em conta outros fatores, como o segmento de atividade e o nível de exigência nos aspectos de qualidade, rapidez e segurança dos produtos ou serviços prestados pela empresa ou setor.

Após esta descrição sobre o conceito, causas e conseqüências da rotatividade, por se tratar de um estudo baseado na ergonomia, passa-se a apresentar a partir deste momento uma abordagem sobre os conceitos de ergonomia e condições de trabalho.

2.2 Ergonomia, Condições de Trabalho e a Rotatividade

A apresentação destes três conceitos é relevante para o desenvolvimento deste estudo, pois a conjunção das idéias que eles expressam é que abrem o caminho em que se pretende trilhar na fundamentação teórica.

Os conceitos de ergonomia e de condições de trabalho são apresentados individualmente. Já o conceito de rotatividade, que foi abordado anteriormente, é tratado de forma inter-relacionada com as condições de trabalho.

2.2.1 Ergonomia

A palavra ergonomia, conforme relata Grandjean (1998), tem origem nas expressões gregas “*ergon*”, que significa “trabalho”, e “*nomos*”, que se traduz por “legislação” ou “conjunto de normas”.

Para Lida (1990) a ergonomia é definida como “o estudo da adaptação do trabalho ao homem”. O autor também faz uso do conceito apresentado pela Ergonomics Research Society, da Inglaterra, de que a ergonomia é “o estudo do relacionamento entre o homem e o seu trabalho, equipamento e ambiente, e particularmente a aplicação dos conhecimentos de anatomia, fisiologia e psicologia na solução dos problemas surgidos desse relacionamento” (IIDA, 1990, p. 2).

Para Wisner (1987, p. 12) a ergonomia pode ser definida como “o conjunto e de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia”.

Montmollin (1990, p. 2) afirma que “a ergonomia refere-se, portanto, a todos os que têm que conceber uma máquina ou uma instalação e ainda aos que têm que organizar um trabalho, bem como os que têm que executar, aprender ou ensinar”.

A rotatividade é um fenômeno que ocorre trazendo em seu interior uma gama de causas e conseqüências, que necessitam ser compreendidas à luz da ergonomia com um enfoque diferenciado do que muitas vezes é feito por outras ciências, pois ela se ocupa da adaptação do trabalho ao homem. Em outras palavras, busca analisar a rotatividade através do ângulo de visão do próprio trabalhador, e em benefício deste.

A seguir tem-se uma descrição sobre as condições de trabalho para uma maior compreensão deste conceito em ergonomia.

2.2.2 Condições de trabalho

Condições de trabalho segundo Wisner (1987, p.12) “englobam tudo o que influencia o próprio trabalho”. Para Montmollin (1990, p. 150) é “tudo o que caracteriza uma situação de trabalho e permite ou impede a atividade dos trabalhadores”.

Em seu conceito Wisner (1987) inclui desde o posto de trabalho e seu ambiente até as relações entre produção e salário; a duração da jornada, da semana, férias, aposentadoria,

turnos de trabalho, pausas; do repouso e alimentação; serviço médico, social, escolar, cultural, até mesmo das modalidades de transporte.

Nesse sentido as condições físicas de trabalho estão relacionadas às características dos instrumentos de trabalho, máquinas existentes e dimensões deste ambiente. Estas características são designadas de ambiente físico.

Ainda é importante nessa linha de discussão a observação sobre aspectos do posto de trabalho como o ambiente térmico, ambiente sonoro ou acústico, ambiente luminoso, poeiras, perigos diversos, ou seja, tudo o que, sem o devido ajuste, ou sem o uso de equipamentos de proteção e segurança, quando for o caso, pode trazer prejuízos à saúde do trabalhador ou mesmo dificultar a realização das atividades.

As condições temporais de trabalho também são importantes dentro desse enfoque. Em especial pode-se destacar entre as condições temporais a questão do turno de trabalho. O trabalhador que for exposto a extensas jornadas de trabalho, por exemplo, sofre grande desgaste físico, que ao longo do tempo se transformará em problema de extrema gravidade, acarretando estresse, desmotivação, sonolência, queda na qualidade de serviço e baixa auto-estima, entre outros problemas.

O trabalho em turnos - principalmente os noturnos - e em atividades que exigem o desenvolvimento de tarefas ininterruptas e/ou a prestação de serviços essenciais dificulta e limita o contato social do trabalhador com seus familiares.

Ainda é importante ressaltar que foram feitos vários estudos, conforme relata Grandjean (1998), observando-se a ocorrência de doenças entre trabalhadores de turnos diurnos e noturnos, verificando-se elevações das doenças do aparelho digestivo e perturbações nervosas com mais frequência nos trabalhadores noturnos.

Também em relação às condições temporais a extrapolação na ocorrência de horas extras, devido à ausência inesperada de colegas de trabalho (absenteísmo) e/ou pela necessidade de atingir metas e de cumprir prazos de produtividade, ou também pela insuficiência de pessoal que permita ao trabalhador gozar de períodos de descanso adequados, levam esse trabalhador a sacrificar seu descanso, ou, em outras palavras, a “vender o seu descanso”, o que é comum em algumas empresas.

As condições organizacionais de trabalho, também conhecidas de um modo geral como “conteúdo do trabalho”, envolvem os procedimentos prescritos, ou seja, os ritmos impostos pela organização. Tais condições organizacionais estão relacionadas, por exemplo, à postura das chefias e supervisões e/ou seu relacionamento com as equipes a elas subordinadas.

É possível destacar ainda entre as condições de trabalho as condições subjetivas, assim entendidas como aquelas relacionadas às características do trabalhador como, por exemplo, seu grau de saúde, sua idade, experiência e qualificação, que vão definir o nível de remuneração.

Na ergonomia é importante salientar a qualificação operativa do profissional, que diz respeito a uma parte da qualificação pessoal adquirida ao longo do histórico de vida do trabalhador, de sua formação, de suas experiências anteriores e de suas atividades externas ao trabalho.

Nesse sentido também cabe destacar a diferença da força de trabalho entre homens e mulheres, que por suas características físicas, considerando que as mulheres têm a força muscular diminuída em relação aos homens, representa uma importante variante nas condições de trabalho. Uma mulher terá mais dificuldade do que um homem em tarefas que incluam atividades como, por exemplo, levantar peso.

O fator da idade dos trabalhadores é igualmente importante. Em determinados postos de trabalho os trabalhadores jovens são mais adequados do que os de faixa etária mais avançada, mas essa situação pode se inverter, quando se tratar de tarefas que exijam maior grau de experiência ou maturidade do profissional.

Outra condição de trabalho importante é a social. Nessa categoria de condições de trabalho estão o nível de remuneração do profissional, seu grau de qualificação, as vantagens sociais a ele oferecidas, a estabilidade ou falta de estabilidade no emprego e, em certos casos, as condições de alojamento e transporte, entre outras.

Em ergonomia, tratando-se do estudo das condições de trabalho, também é fundamental a compreensão sobre os conceitos de trabalho prescrito e de trabalho real.

O trabalho prescrito é a forma como o trabalho deve ser executado, ou seja, como o trabalhador deve utilizar suas ferramentas e máquinas, e quais as regras e os tempos a serem respeitados para atingir os objetivos propostos.

O trabalho real, por sua vez, está relacionado a como o trabalhador atingirá o trabalho prescrito, ou seja, refere-se ao que é realmente executado pelo trabalhador.

2.2.3 Condições de trabalho e rotatividade

Alguns autores como Anselmi, Angerami e Gomes (1997a), Ferreira e Freire (2001), Wisner (1994), como descrito anteriormente neste capítulo, afirmam que as causas da rotatividade estão atreladas às condições de trabalho encontradas nos diferentes ambientes de trabalho.

Guérin et al (2001) afirma que as condições de trabalho tanto podem contribuir para a inserção dos trabalhadores na organização quanto para a fragilização destes trabalhadores, e até mesmo sua marginalização e, pior, sua exclusão, ou mais objetivamente o rompimento da relação de trabalho.

Isso depende do modo como cada organização conduz sua administração (políticas de gestão do emprego e das competências, condições e organização do trabalho e gestão social), assim como das características dos indivíduos.

Laurell e Noriega (1989) encontraram em uma mesma empresa setores com maior e menor índice de rotatividade, sendo esta variante influenciada diretamente por condições de trabalho precárias e desgastantes.

A pesquisa que apontou essa questão foi realizada em uma empresa minero-siderúrgica em uma cidade do México. O estudo permitiu a conclusão de que ocorriam taxas mais altas de rotatividade nos setores em que os trabalhadores realizavam atividades de manutenção com alta periculosidade com uma supervisão rígida, mas sem nenhum apoio, e sob alta pressão de tempo. Também foram identificados níveis muito elevados e contínuos de ruídos.

Quando as condições de trabalho são desfavoráveis o trabalhador sofre uma sobrecarga de trabalho. “O estado emocional, causado por uma discrepância entre o grau de exigência do trabalho e os recursos disponíveis para gerenciá-lo, define o estresse do trabalho” (GRANDJEAN, 1998, p. 165). Esta sobrecarga invariavelmente influencia decisivamente nas taxas de rotatividade a serem encontradas em qualquer organização, seja no setor da indústria, do comércio ou de serviços.

Duarte (1996) faz um relato sobre um trabalho realizado em uma refinaria brasileira face ao contexto de modernização tecnológica ocorrido na década de 90.

Dentro deste contexto havia manifesta preocupação da empresa em relação aos impactos sobre o trabalho de operação causados pela introdução da tecnologia digital de controle, já que até então a refinaria tinha passado por poucas inovações tecnológicas.

A preocupação principal da empresa estava ligada ao fato de que à medida em que as mudanças tecnológicas eram implementadas verificava-se significativa perda dos operadores mais experientes. Em seu estudo o autor encontrou a seguinte realidade no quadro de colaboradores da refinaria: no ano de 1994 mais de 50% dos operadores eram novatos e possuíam menos de dois anos de experiência.

A consequência desse êxodo profissional é natural. Segundo o estudo a baixa experiência da equipe de trabalho colocava em risco a confiabilidade das unidades de produção.

Ferreira e Freire (2001) comentam sobre os veteranos que partem da empresa, levando embora sua experiência, como fator que afeta diretamente a imagem da organização, pois compromete a qualidade de seus serviços. O coletivo de trabalho também passa por uma desestruturação, pela obrigação de receber um novo trabalhador, auxiliá-lo na ambientação e treiná-lo para desempenhar as funções daquele que partiu.

Um trabalhador novato normalmente passa por um estresse de adaptação ao novo emprego. Para Lida (1990) a sobrecarga ocorre, por exemplo, quando as solicitações feitas a determinado indivíduo ultrapassam a capacidade de resposta do mesmo. ‘Isso depende do grau de liberdade que o operador dispõe para resolver o problema, da estratégia adotada para solucionar o problema e também dos conhecimentos e habilidades da pessoa’ (IIDA, 1990, p. 285).

Esse fator é facilmente verificado, pois invariavelmente, quando o profissional está pouco familiarizado com o ambiente de trabalho e com os demais integrantes da equipe, as ações deste profissional são mais lentas e dificultosas.

Paraguay (1987) chama esta familiarização de ‘prática prolongada’, o que segundo a autora proporciona um comportamento ‘automático’, diminuindo o estresse do trabalhador e permitindo que ele obtenha êxito na tarefa com menos esforço.

À medida que a experiência aumenta e o trabalhador adquire um modelo preditivo da situação, espera-se que desapareçam as flutuações no desempenho, devidas à alocação da capacidade e ao esforço dispendido. Assim, tendo internalizado uma representação da tarefa cada vez mais precisa, o trabalhador pode utilizá-la automaticamente para controlar as exigências das tarefas. Isto significa também que o trabalhador terá um comportamento sem carga de trabalho nem esforço (ou muito pouco) (PARAGUAI, 1987, p. 41).

Em artigo sobre o absenteísmo, cuja abordagem também pode ser aplicada à rotatividade, Silva e Marziale (2000, p. 45) afirmam que ‘o número insuficiente de recursos humanos pode contribuir para elevar o índice de absenteísmo [rotatividade], como consequência das condições de trabalho adversas e da insatisfação dos trabalhadores, desencadeando a queda da qualidade do cuidado prestado ao homem’.

Duarte (1996, p. 20) afirma que as trocas de informação entre os diferentes elementos da equipe de turno se constituem em malhas de controle essenciais para assegurar a

confiabilidade do processo de trabalho. Segundo o mesmo autor, as reduções de efetivo destróem essas malhas e podem colocar em risco a segurança do processo. Não resta dúvida de que a rotatividade alta apresenta exatamente a mesma consequência, gerando grave prejuízo à qualidade final do processo de trabalho.

A catástrofe de Bhopal ocorrida na Índia ano de 1984, decorrente de vazamento de gás (inseticida) dos reservatórios da usina, é exemplo claro dessa afirmação. O exemplo é apresentado por Wisner (1994), que depois de ter estudado uma série de reportagens sobre o assunto apresentou entre as causas da catástrofe o fato de que a usina tinha passado a adotar, nos anos anteriores ao episódio, uma ‘política cega de cortes e despesas’, que acabou por determinar entre outras medidas a redução do número e da qualidade do pessoal.

Em seu trabalho Wisner conta que a direção da usina favorecera, através de indenizações, a saída de profissionais qualificados.

A metade dos técnicos e dos operários mais qualificados haviam deixado a empresa. [...] A formação técnica dos substitutos não foi garantida e a preparação dos operários qualificados passou de 90% para 25%. Os mais importantes postos de controle da fábrica viram reduzidos seus efetivos (WISNER, 1994, pg. 56).

Na hora do acidente havia apenas um operador na sala de controle com a responsabilidade de vigiar 70 indicadores em caso de emergência. Além de inexperiente ele não dispunha de manual de procedimentos de emergência (isso por interesses de segredo industrial). Resultado: milhares de pessoas morreram em decorrência do acidente.

A análise ergonômica do trabalho mostra que entre os principais problemas gerados pela rotatividade estão a dificuldade dos trabalhadores novatos ou não integrados ao coletivo, quando confrontados com problemas e incidentes novos, suas urgências e inter-relações. Tais circunstâncias exigem tomada de decisão imediata e para elas, geralmente, os trabalhadores novos, os inexperientes e os não integrados estão técnica e emocionalmente despreparados.

Quando isso ocorre em setores de risco como no episódio relatado ou em atividades ligadas ao cuidado da saúde, ou seja, quando o objeto de trabalho é o ser humano - como é o caso da profissão de enfermagem, foco deste trabalho, a problemática deve ser enfrentada dando-se a ela elevada importância.

Cabe novamente observar que todas as condições de trabalho podem ter relação e interferir positivamente ou negativamente nas taxas de rotatividade vivenciadas por qualquer organização.

O ritmo de trabalho, quando exaustivo ou demasiado, gera desgaste físico que ao longo do tempo pode se tornar insuportável ao trabalhador. Também a ansiedade do profissional, a permanência em posições incômodas, separação do trabalho intelectual e manual e o controle inadequado das chefias pode produzir essa carga negativa e determinante da rotatividade alta.

Quando a tarefa expõe o trabalhador a fortes momentos de emoções, o profissional, como ser humano que é, acaba sendo afetado por estas emoções, e não raramente sofre uma carga negativa delas decorrente.

Há também outras circunstâncias que podem gerar o desgaste do trabalhador. Problemas de relacionamento com a equipe de trabalho ou com a chefia, falta de autonomia ou liberdade de atuação, situações de humilhação pessoal e profissional... Tudo isso gera ou pode gerar o desejo do trabalhador de afastar-se do emprego.

Se o trabalhador mantém dois vínculos de emprego ou tem uma carga de trabalho superior a 8 horas diárias os desgastes físico e mental também tendem a ocorrer. É humanamente impossível a uma pessoa desenvolver atividade profissional por número excessivo de horas, especialmente quando ocorrem superposições de plantões e escalas, sem ser afetada em sua capacidade física e mental.

Ao olhar o posto de trabalho e seu ambiente deve-se enxergar de que forma ele está influenciando a rotatividade do grupo de trabalhadores que ali desenvolve suas atividades profissionais. E nesse foco estão questões importantes como a relação entre a produção do trabalhador e seu salário, a jornada e turnos de trabalho, os benefícios de que os colaboradores desfrutam ou poderiam desfrutar, o preparo e o nível de qualificação e de ajuste do profissional às novas condições de trabalho.

No caso da refinaria brasileira apresentada no estudo de Duarte (1996), o excesso de operadores novatos ocorreu, segundo o autor, sobretudo pela falta de uma gestão previsional de emprego, problema que ele aponta afirmando que “à nível de gestão de pessoal, a empresa não conservou o saber operacional de forma a se antecipar às dificuldades geradas pelas mudanças tecnológicas”.

Da mesma forma, quando se verificam as condições físicas de trabalho, nelas incluídas o ambiente térmico, ambiente sonoro ou acústico e o ambiente luminoso, deve-se detectar as condições adversas nestes ambientes, de modo a propiciar ao local de trabalho um ambiente saudável, buscando com isso a diminuição da rotatividade.

Do mesmo modo não há dúvidas de que o desgaste físico de um trabalhador influencia na qualidade do trabalho que ele desenvolve, e muitas vezes o deixa sem condições de executá-lo adequadamente.

Os custos decorrentes da eventual perda de produção e acidentes e incidentes que interrompem o processo de trabalho podem ser muito superiores aos ganhos com a economia feita com a não implementação de medidas que propiciem melhores condições de trabalho.

Nessas medidas pode-se citar, apenas exemplificativamente, uma melhor remuneração do trabalhador, melhorias no ambiente de trabalho, em sua escala de turno e carga horária, e as que ajustem a equipe de trabalho à demanda que o serviço realmente apresenta - entenda-se esse último item como a identificação da necessidade de contratação de maior número de funcionários.

Ainda no estudo de Duarte (1996) ficou evidenciado o risco das horas extras e dobras de turno (operadores que trabalhavam na refinaria por até 16 horas consecutivas) em duas situações.

A primeira era de que operadores em dobra, apesar de experientes, não se lembravam de manobras simples e reduziam as inspeções de campo para suportar a intensa jornada de trabalho. A segunda situação apontava para a falta de reflexos e a diminuição da atenção como uma das causas de uma parada de emergência da unidade.

Tais situações, levadas ao extremo, inevitavelmente terão como consequência o afastamento do profissional, seja por iniciativa do próprio trabalhador, ou da empresa. Em ambos os casos, entretanto, a saída do profissional não representa solução para o problema, pois o trabalhador substituto também estará exposto ao desgaste sofrido por seu antecessor, e com mais suscetibilidade, já que terá que passar ainda pelo processo de integração ao trabalho, e, muitas vezes, de enfrentar dificuldades decorrentes da inexperiência no desenvolvimento das tarefas assumidas.

Marziale e Robazzi (2000) observam que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) considera que em muitos países, de modo geral, as instituições hospitalares oferecem condições de trabalho inadequadas às suas equipes de trabalho.

Por causa dessa preocupação a OIT tem feito várias recomendações relacionadas a fatores biológicos, físicos, químicos, psicossociais e ergonômicos, pois a falta de atenção com estas questões pode causar danos à saúde dos profissionais.

Em seu trabalho Marziale e Robazzi (2000) se preocupam especialmente com os fatores ergonômicos, apresentando o conceito de que fatores ergonômicos são aqueles que

incidem no comportamento trabalho-trabalhador, incluindo o desenho dos equipamentos, do posto de trabalho, a maneira que a atividade é executada, a comunicação e o meio ambiente.

A influência das condições de trabalho na rotatividade de pessoal na atividade da enfermagem pode ser claramente percebida, como se verá no item seguinte.

2.3 Trabalhadores da Enfermagem

É importante ressaltar inicialmente algumas particularidades da atividade profissional da enfermagem para o estudo sobre rotatividade destes profissionais, tornando mais claro alguns aspectos que normalmente as pessoas desconhecem e, por vezes, em razão desse desconhecimento, generalizam toda atividade e todos os trabalhadores da enfermagem como “enfermeiros”, sendo este um fato irreal, pois há diversas categorias de profissionais nesta atividade.

2.3.1 As categorias

A Lei nº 7.498 de 26/06/86 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem) e o Decreto 94.406 de 08/06/87 dispõem que a atividade é exercida privativamente pelas seguintes categorias de profissionais: enfermeiro, técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem, cada um deles com específico grau de habilitação e responsabilidade técnica.

Os enfermeiros são profissionais de formação em nível superior, os técnicos são capacitados em cursos de nível médio (técnico) e os auxiliares obtêm tal título em cursos específicos.

A atividade ainda tem alguns profissionais de uma categoria remanescente, intitulados atendentes de enfermagem - pessoal sem formação específica autorizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a exercer atividades elementares, em virtude da carência de recursos humanos de nível médio nessa área -, categoria que está em processo de extinção em razão da exigência legal de qualificação mínima na condição de auxiliar de enfermagem.

Silva (1986 apud HADDAD, 1998, p. 308) descreve que a origem da palavra enfermagem tem o sentido de “[...] aquela que nutre[...]”, e é aplicada para referir -se à pessoa “[...] que cuida de crianças, e por extensão, que assiste ao doente [...], tendo como objetivo a caridade”. Justamente por isso a atividade não tinha exigência de treinamento específico.

A enfermagem passou a ser encarada como profissão a partir de 1854, com Florence Nightingale, que após atuação na guerra da Criméia, organizou a enfermagem e também redefiniu a própria concepção de hospital (Pires, 1989).

No Brasil, segundo dados do COFEN (2001), a categoria denominada “profissionais de enfermagem” é constituída atualmente de 87.711 enfermeiros, 94.259 técnicos e 430.567 auxiliares de enfermagem.

Segundo Geovanini et al (1995, p. 192) “a enfermagem é detentora de percentual superior a 50% do contingente de recursos humanos do setor de saúde, sendo responsável pela maior parcela da prestação de serviços de saúde à sociedade”.

A autora observa que apesar dessa realidade os profissionais da enfermagem sofrem elevado grau de desvalorização, inclusive em relação ao baixo padrão de remuneração no mercado de trabalho, fato que leva muitos profissionais a enfrentarem dupla ou até mesmo tripla jornada de trabalho, em busca de melhor remuneração, colocando em risco suas condições de vida e saúde.

Além dos baixos salários os profissionais da enfermagem enfrentam outros problemas específicos da atividade que geram alto grau de sobrecarga física e mental, e, por decorrência, elevada rotatividade, conforme se verá a seguir.

2.3.2 O processo de trabalho na enfermagem

Os trabalhadores de enfermagem são responsáveis pelo atendimento direto ao paciente/cliente, prestando cuidado de forma integral, tanto em relação ao corpo físico (biológico) como no aspecto social.

O trabalho da enfermagem está dividido historicamente em duas tarefas, que são o cuidado direto ou assistencial do paciente e a administração do serviço de enfermagem geral ou de setores específicos, dependendo do porte e da distribuição realizado pela instituição (Pires, 1999 p. 39).

A tarefa de cuidado direto ou assistência é toda a atividade com o intuito de promover a recuperação e a saúde do indivíduo sob seus cuidados, incluindo todos os procedimentos específicos da enfermagem e também tudo o que está relacionado às necessidades humanas básicas. Cita-se, dentre elas, as necessidades de alimentação, medicação, sono, repouso, higiene e conforto físico e emocional.

Para a tarefa de administração da assistência de enfermagem o enfermeiro é o profissional responsável pela coordenação geral dos trabalhadores de enfermagem e o contato

com a direção da instituição e outros trabalhadores da área de saúde, sendo elemento fundamental para articular um bom serviço de enfermagem. É também responsável junto ao setor de recursos humanos pela distribuição do pessoal de enfermagem nas diversas áreas, envolvendo contratação, treinamento e também demissão dos trabalhadores.

Nas instituições hospitalares são utilizadas atualmente duas formas de prestar assistência ao paciente/cliente: a de “cuidados funcionais” e a de “cuidados integrais” (Pires, 1999). Na forma de “cuidados funcionais” os profissionais desenvolvem um trabalho rotineiro por tarefas, ou seja, em um determinado setor e período a equipe é distribuída para que cada componente seja responsável por alguma tarefa.

Nessa forma de atendimento um trabalhador é responsável por medicar todos os pacientes, enquanto outro é responsável por aferir os sinais vitais, higienizar os pacientes e assim por diante. Esta forma nos lembra bem o trabalho parcelizado de Taylor, sistema que faz com que o trabalhador não veja o produto do seu trabalho como um todo.

Na modalidade de “cuidados integrais” a assistência de enfermagem é realizada de forma não parcelizada, ou seja, o mesmo profissional é responsável pelos cuidados completos do paciente/cliente que está sob seu cuidado.

O profissional, ao assumir o plantão, se organiza para dar assistência aos pacientes designados a ele. Isto possibilita cuidar do paciente de forma mais completa, tornando o trabalho mais criativo e prazeroso (Pires, 1999). Com isso o trabalhador pode, ao encerrar o plantão, ter a percepção que sua missão foi cumprida, pois desenvolveu as tarefas designadas.

Estas duas formas citadas de prestar o cuidado do paciente são sempre gerenciadas ou supervisionadas pelo profissional enfermeiro, sendo importante salientar ainda que em determinadas instituições esse profissional também é responsável pela monitoração de outros trabalhadores, como escriturários, copeiros e pessoal de limpeza, bem como pela supervisão de estagiários, sendo também delegadas a ele atividades de educação continuada.

A variedade de atividades provoca condições de trabalho penosas e adversas. As especialidades estão subdivididas em unidade de terapia intensiva, emergência, clínica cirúrgica, centro cirúrgico e outras, cada qual com suas peculiaridades e exigências nas condições de trabalho, ora as exigências sendo de ordem física gestual ou ambiental, ou mesmo cognitivas e organizacionais.

O profissional que atua na unidade de terapia intensiva, por exemplo, tem necessariamente que se preocupar com cuidados intensivos relacionados à gravidade do paciente, devendo adaptar-se a um alto nível de tecnologia de aparelhos utilizados, como

respiradores, oxímetros, monitores cardíacos e outros equipamentos de monitoramento das condições clínicas do paciente bem como as questões ambientais do trabalho.

Já no setor de emergência o profissional lida com situações repentinas, que exigem tomada de decisões e ações imediatas, o que gera grande instabilidade emocional, problema que também é agravado pelo desconhecimento do profissional das situações que irá encontrar em seus plantões.

A atividade do enfermeiro no centro cirúrgico implica em organização e coordenação do serviço, incluindo o agendamento de cirurgias com as equipes médicas, sendo que em uma atuação falha são comuns atrasos em cirurgias eletivas em decorrência de uma má programação, que não leve em conta a necessidade da realização de cirurgias de emergência.

As demais categorias da enfermagem, compreendidas pelo auxiliar e o técnico têm suas próprias peculiaridades e responsabilidades, mas de um modo geral toda a categoria é submetida a experiências marcadas por condições de trabalho que por vezes auxiliam ou não nas tarefas a serem executadas.

2.3.3 Dimensionamento de pessoal

Em toda atividade profissional, e na enfermagem não é diferente, há que se fazer, adequadamente, o dimensionamento de pessoal necessário para atender a demanda de serviço, sob pena de se ter, por um lado, número excessivo de pessoal, com conseqüente ociosidade, ou por outro lado demanda excessiva de tarefas, com sobrecarga para a equipe de trabalho.

Santos (1992 p.137) define o dimensionamento de pessoal “como sendo uma estimativa da quantidade necessária de recursos humanos, que possibilite a adequação entre o volume de trabalho e a força de trabalho”.

O dimensionamento de recursos humanos é um fator importante para a previsão do quantitativo de trabalhadores de enfermagem por categoria e turnos. Essa distribuição adequada evita sobrecarga da equipe e proporciona uma melhor qualidade na assistência de enfermagem (Amorim, Façamba e Barros, 1996).

“Nas instituições de saúde do país os trabalhadores de enfermagem representam o quantitativo mais significativo de pessoal destas instituições, chegando a atingir cerca de 60% nas instituições hospitalares”(GAIDZINSKI, 1991, p. 91).

Diante deste fato os trabalhadores de enfermagem são os mais visados quando o assunto é redução de despesas; os cortes no quantitativo de enfermagem ocorrem com frequência, muitas vezes em detrimento da qualidade dos serviços.

A Resolução nº 189 do COFEN preceitua que “compete ao enfermeiro estabelecer o quadro quanti-qualitativo de profissionais necessários à prestação da assistência de enfermagem”.

Estabelece ainda a Resolução nº 189 que para a elaboração de quadro de profissionais para cada instituição devem ser consideradas as características peculiares da instituição/empresa, como por exemplo sua missão, porte, estrutura organizacional e física, tipos de serviço e programas que desenvolve, tecnologia e complexidade dos serviços, política de pessoal, recursos materiais e financeiros, atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.

Deve-se observar também questões técnico-administrativas como dinâmica das unidades nos diferentes turnos, modelo gerencial, modelo assistencial, métodos de trabalho, jornada de trabalho, carga horária semanal, níveis de formação dos profissionais e o padrão de desempenho dos profissionais.

O COFEN recomenda ainda que o Índice de Segurança Técnica (IST) não seja inferior a 30%. Este índice representa a cobertura das ausências ao trabalho, sejam elas previsíveis ou inesperadas.

No que se refere o número de horas de assistência de enfermagem que deve ser dedicado a cada cliente/paciente, a cada período de 24 horas, este quantitativo é classificado da seguinte forma: assistência mínima ou auto-cuidado (3 horas de enfermagem por cliente), assistência intermediária (4,9 horas de enfermagem por cliente), assistência semi-intensiva (8,5 horas de enfermagem por cliente), assistência intensiva (15,4 horas de enfermagem por cliente).

Estas horas de assistência de enfermagem são muito importantes na elaboração das escalas mensais de trabalho, possibilitando dimensionar de uma forma mais adequada o quantitativo de pessoal para cada setor, cada qual com suas especificidades.

Não serão mostradas as formas de cálculo para se obter o dimensionamento de pessoal, pois entende-se que seria necessário um trabalho mais aprofundado. Apenas foram traçadas algumas considerações sobre dimensionamento em razão da questão estar intimamente relacionada com a sobrecarga dos trabalhadores de enfermagem.

É importante salientar que o dimensionamento de recursos humanos não termina com o cálculo de pessoal feito no início da prestação do serviço. É necessária uma avaliação permanente, pois o processo é dinâmico, complexo e sofre muitas interferências. Segundo afirma Gaidzinski (1991, p. 96) “um percentual muito elevado de rotatividade de pessoal interfere diretamente na qualidade da assistência e no tempo despendido para cada tipo de cuidado”.

Portanto, cada instituição e setor necessitam fazer constante avaliação do dimensionamento de pessoal, e como consequência oferecer melhores condições de trabalho e satisfação de sua equipe, para atingir seus objetivos e buscar a melhoria da qualidade dos produtos e serviços que oferece.

Feita esta abordagem sobre o dimensionamento de pessoal este trabalho apresenta a seguir uma abordagem sobre a rotatividade na profissão da enfermagem.

2.3.4 Rotatividade na enfermagem

Segundo Mezomo (1981) o cálculo da taxa de rotatividade é importante porque mostra se o fenômeno se situa numa faixa razoável ou ideal, ou apresenta oscilações demasiadas, situação que exige providências dos responsáveis, considerando-se que a alta rotatividade gera produção reduzida, necessidade de recrutamento constante, repetição de treinamentos, problemas administrativos e de relacionamento interno e desperdícios.

O autor observa que a rotatividade de pessoal precisa ser estudada e seus motivos identificados, com o propósito de se atuar sobre eles e diminuir as perdas de recursos humanos, providência necessária na medida em que a rotatividade, quando não decorrente de fatores excepcionais ou da vontade da empresa, prejudica a qualidade e a produtividade de todo o conjunto.

Em pesquisa realizada por Costenaro et al (1987) em âmbito hospitalar na cidade de São Paulo com as categorias de enfermagem o percentual de rotatividade encontrado foi de 7,7%, resultado que pode ser considerado como elevado.

A base para esta avaliação é referendada por percentuais já apresentados neste capítulo apontados por Hall (1979 apud COSTENARO, 1987, p. 42) e Hendriks (1982 apud AQUINO, K. 1992, p.75), que classificam, respectivamente, como percentual aceitável para a rotatividade de pessoal, aquele que oscilar entre 2,4% e 2,5% para o primeiro autor, e entre 3% e 5% para o segundo autor.

Os primeiros estudos da rotatividade na área da enfermagem são bem mais antigos que o estudo apresentado por Costenaro et al (1987). Um dos trabalhos pioneiros nesse sentido foi realizado nos Estados Unidos pela Fundação Kellogg. Segundo relato feito por Anselmi, Angerami, Gomes no ano de 1990 (1950 apud ANSELMÍ, ANGERAMI, GOMES, 1997b, p. 44) ‘ós resultados obtidos apontaram para uma rotatividade efetiva média da força de trabalho de 63% no ano de estudo’.

As autoras informam que na enfermagem brasileira são raros os estudos acerca da rotatividade. Um dos primeiros trabalhos nesse sentido foi desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem, entre 1956 e 1958, e publicado apenas em 1980.

Elas próprias apresentam resultado de estudo realizado em 1990, embasando tese de Doutorado, com enfoque na rotatividade em hospitais situados no município de Riberão Preto, Estado de São Paulo. As autoras observaram ‘baixa mediana de tempo de serviço para atendentes, auxiliares e enfermeiros, sendo que para todo o conjunto de trabalhadores que se desligaram em 1990 a mediana de tempo de serviço foi de apenas 11 meses, caracterizando que a rotatividade foi elevada na área hospitalar’ (ANSEMI, ANGERAMI, GOMES, 1997b, p. 48).

Apesar dos estudos citados é notória a necessidade de investigação mais aprofundada do fenômeno da rotatividade na enfermagem. Essa necessidade decorre da importância emergente de se analisar os reais motivos destes afastamentos, que em determinada época, bem como nas diferentes formas de organização do trabalho, podem modificar-se de uma instituição para outra.

2.3.5 Causas da rotatividade na enfermagem

No início da década de 80 a Associação Brasileira de Enfermagem reconheceu pela primeira vez as dificuldades enfrentadas pelos profissionais quanto às condições de trabalho, rotatividade, alta evasão da profissão, insatisfação e falta de motivação, baixa demanda para cursos de graduação, evasão escolar e dificuldades no processo de formação profissional.

‘Estes problemas, de forma talvez até mais intensa, se fazem presentes até os nossos dias. São muitas as dificuldades, e às vezes estas são percebidas como uma crise da profissão’ (DUARTE et al, 2000, p. 92).

Estryn-Behar e Poinignon (1989 apud DUARTE et al 2000, p. 92) afirmam que entre os enfermeiros a grande maioria exerce a atividade por determinado tempo, interrompendo a carreira profissional para assumir outros compromissos, como cuidar dos filhos, ou ainda para ingressar em outra profissão menos desgastante, e que apenas as enfermeiras mais determinadas, que não têm obrigações familiares, ou ainda, aquelas que não têm qualquer expectativa de arrumar outro emprego e necessitem contribuir para a manutenção do lar, mantêm-se na profissão.

Na Itália segundo Caviocchili et al (1997 apud DUARTE et al 2000, p. 92) “o período de serviço do pessoal de enfermagem é reduzido (cerca de dez anos), resultando em um elevado *turnover*”.

Martins et al (2000) encontrou em um estudo realizado utilizando uma amostra de 30 enfermeiros de pós-graduação, como resposta entre os agentes estressores organizacionais, a sobrecarga de trabalho com 73,3%, sendo este problema citado por 22 enfermeiros, e a falta de pessoal com 23,3%, item apontado por 7 enfermeiros.

De um certo modo ambas as respostas apontam para o mesmo problema, pois a sobrecarga de trabalho decorre exatamente do acúmulo excessivo de tarefas, que acontece pelo número inadequado de profissionais, ou seja, pela falta de pessoal.

A profissão de enfermagem é considerada por diversos autores como uma profissão penosa. “Os trabalhadores de enfermagem estão constantemente expostos aos riscos ocupacionais, relacionados aos agentes físicos, químicos e biológicos e a fatores ergonômicos e psicossociais” (SILVA e MARZIALE, 2000, p. 45).

Os riscos para a saúde relacionados com o trabalho dependem do tipo de atividade profissional e das condições em que a mesma é desempenhada. Os serviços de saúde, em particular os hospitais, expõem seus trabalhadores a condições de trabalho reconhecidamente piores em relação aos demais serviços deste segmento, principalmente clínicas especializadas, onde o atendimento e o relacionamento com os pacientes/clientes ocorre de maneira diferenciada.

Segundo Silva e Marziale (2000, p. 45) é comum verificar-se dentre as condições de trabalho da enfermagem a existência de longas jornadas de trabalho, em turnos desgastantes, sejam vespertinos ou noturnos, aí incluídos os domingos e feriados, a existência de rodízios e alterações nas escalas e rotinas de trabalho e horários, multiplicidade de funções, repetitividade das tarefas e monotonia.

As autoras também tecem comentários sobre o efeito negativo da intensidade e dos ritmos de trabalho, ansiedade do profissional, da necessidade de esforços físicos, permanência em posições incômodas, da separação do trabalho intelectual e manual, e do controle inadequado das chefias.

Tudo isso acaba “desencadeando acidentes e doenças” no trabalhador, que vão se acumulando e se repetindo até chegarem a níveis insuportáveis, e nesta situação o profissional se vê obrigado a buscar algum tipo de alívio, e, não raras vezes, o abandono ou a saída do emprego se apresenta como a única alternativa que o profissional tem para encontrar o alívio desejado.

Como visto no item 2.3.2 o processo de trabalho da enfermagem tem peculiaridades muito próprias, que ajudam a perceber quais as causas da alta rotatividade nesta atividade profissional.

Como estão diretamente ligados ao atendimento do paciente/cliente, tanto em relação ao corpo físico quanto no aspecto social, especialmente em setores como no pronto socorro, os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem sofrem uma carga negativa de emoções, pois convivem diariamente com o drama de diversos pacientes, e muitas vezes se deparam com a morte de um paciente ou a ocorrência de seqüelas de toda espécie.

“A responsabilidade pela vida e pelo bem-estar dos outros pode ser um alto fator de carga mental” (GRANDJEAN, 1998, p. 165). Por mais que se queira dissociar o trabalho profissional da carga de emoções pessoais, o enfermeiro, assim como todo ser humano, traz consigo uma experiência de vida e uma individualidade que pode ser, e geralmente é, afetada pelas situações que presencia.

Mas também há outras questões que têm influência direta na rotatividade alta dentro da atividade de enfermagem. Via de regra nesta atividade profissional estabelece-se um ciclo vicioso e grave.

Por um lado a sobrecarga de trabalho pode ser determinada pela rotatividade, ou seja, a alta rotatividade tem como um dos muitos fatores negativos a sobrecarga de trabalho dos profissionais remanescentes, que se vêem obrigados a suprir os problemas decorrentes da saída de um profissional e ingresso de outro funcionário não ajustado às rotinas de trabalho, e que necessariamente deverá passar por um período de adaptação ao serviço.

Por outro lado a rotatividade sofre influência direta das condições negativas de trabalho, ou seja, tais condições negativas podem provocar a ocorrência de maior rotatividade entre os profissionais.

Segundo Lunardi Filho (1997) a inexistência de uma política de provimento de recursos materiais não permite à equipe de enfermagem destinar seu tempo apenas à assistência. O senso de responsabilidade leva o profissional a se preocupar em prover as condições para que o trabalho seja desenvolvido satisfatoriamente.

Com esta preocupação, e na busca de soluções para prover tais condições, ou compensar a ausência delas, o trabalhador passa a consumir parte do seu tempo de trabalho e de seu raciocínio, o que inevitavelmente gera prejuízo à qualidade do serviço, devido ao desgaste que o trabalhador sofre, que pode ser caracterizado como uma sobrecarga física e mental.

Um exemplo típico da enfermagem é a tentativa da equipe de trabalho em suprir um trabalhador que não foi repostado ou substituído, com a atribuição de um maior número de atividades ao grupo que permanece, para que o resultado de atendimento à clientela seja satisfatório, ocorrendo assim a sobrecarga.

‘Mágoa, tristeza, humilhação e aborrecimentos são formas de sofrimento que dizem respeito, também, às transferências de setor ou turno de trabalho, sem consulta prévia, que são acatadas por medo de demissão’ (LUNARDI FILHO, 1997, p. 88).

A intervenção de Lunardi Filho é bastante oportuna, pois é comum na atividade da enfermagem a transferência de setor ou turno de trabalho sem consulta anterior, o que exige do profissional um esforço inesperado de adaptação.

Anselmi, Angerami, Gomes (1997a) apresentam estudo desenvolvido por Laus et al (1985) e Nakao et al (1986) em que os autores detectaram que em um grupo de auxiliares e atendentes de enfermagem todos os profissionais que fizeram parte do estudo mantinham dois vínculos de emprego.

Essa situação decorre de uma generalizada desvalorização da atividade. Apesar de sua importância, por questões culturais, o trabalho do profissional de enfermagem não tem o devido reconhecimento. Por decorrência, muitas vezes o trabalhador é forçado a buscar mais de uma fonte de rendimento.

Dessa situação é inevitável o desgaste físico, pois é humanamente impossível a uma pessoa submeter-se de forma sistemática a duplas jornadas de trabalho, com superposição de plantões e escalas.

‘Sob o ritmo de trabalho diurno, ao longo do tempo, o trabalhador encontra dificuldades para recompor sua capacidade de trabalho fisicamente e psicologicamente, e ele acaba deixando um dos empregos, em geral aquele cuja remuneração é inferior’ (ANSELMÍ, ANGERAMI, GOMES, 1997a, p. 35).

Na prática, entretanto, a determinação em estabelecer melhor patamar de rendimento, à medida em que as necessidades sociais se fazem presentes, muitas vezes leva o mesmo profissional a não se contentar com a manutenção de um único emprego, pois isso não lhe permite atender suas necessidades pessoais e familiares em sua dimensão mais básica, e o trabalhador acaba retornando ao duplo emprego.

Entre as explicações para o fenômeno da alta rotatividade na atividade de enfermagem também é possível citar o rápido desenvolvimento da tecnologia, a divisão do trabalho e a intensificação e expansão das especialidades médicas.

Tal situação exige “um complexo sistema de divisão do trabalho, com elevada hierarquia de autoridade, canais formais de comunicação e um forte conjunto de regras e normas para seu funcionamento” (Lautert, 1997, p. 83).

Há outros fatores importantes que influenciam diretamente na rotatividade dos profissionais de enfermagem, como a responsabilidade técnica atribuída aos enfermeiros que assumem cargo de chefia ou de supervisão da equipe de enfermagem.

Lautert (1997) relata que no ambiente hospitalar podem ser separadas duas linhas paralelas de autoridade: a administrativa e a profissional, sendo verificados freqüentes conflitos entre ambas.

Estes conflitos são latentes pelo fato de que a linha profissional prioriza a assistência ao paciente e a humanização do cuidado ao cliente, enquanto a linha administrativa exige alta produtividade, mas ao mesmo tempo promove a redução das despesas, redução do número de funcionários, menor qualidade de dispositivos e equipamentos e até mesmo falta de equipamentos de proteção individual.

Esta ideologia dos profissionais, de quererem priorizar o cuidado, e a verificação de que a linha administrativa tem maior interesse pela obtenção de resultados financeiros, pode ser um fator de sofrimento, desgaste emocional e sobrecarga no trabalho.

Nessa linha de raciocínio é penoso para o profissional observar que a organização onde ele está inserido, na qual procura prestar a melhor assistência, tem na verdade, outro tipo de prioridade, motivada pelo enfoque empresarial.

Evidentemente tal situação ocorre mais especificamente nas instituições hospitalares privadas. De outro lado, nas instituições públicas, há outro drama igualmente penoso, ou talvez até ainda mais, decorrente da falta de verbas públicas para compor o quadro de trabalho e as condições de trabalho em níveis adequados, caso em que se verificam as mesmas circunstâncias já descritas ao longo dessa temática.

2.3.6 Conseqüências da rotatividade na enfermagem

As conseqüências da rotatividade descritas no item 2.1.3 se aplicam também à atividade da enfermagem, mas faz-se necessário uma abordagem específica, devido às peculiaridades da profissão.

Costenaro et al (1987) faz uma abordagem direta sobre a alta rotatividade de pessoal no setor da enfermagem, afirmando que o fenômeno tem sido alvo de diversos relatos de

profissionais, todos no sentido de que a rotatividade gera efeitos negativos no nível de qualidade da assistência prestada aos pacientes.

É importante salientar, mais uma vez, que a atividade dos profissionais de enfermagem está relacionada ao cuidado do ser humano. Dessa forma o produto do trabalho não é um simples objeto ou serviço, mas a devolução à sociedade de um ser humano restabelecido e com saúde - e não um indivíduo com seqüelas de um tratamento realizado por uma equipe mal preparada.

Dos custos classificados como primários ou diretos em quaisquer empresas, destacam-se, na atividade de enfermagem, os custos com recrutamento e seleção, considerando que para esta atividade há necessidade de uma seleção mais apurada quanto possível. Assim, em razão de que a atividade envolve o trabalho direto com pessoas e com patologias/agravos à saúde, exige-se do profissional habilidade e conhecimentos específicos.

Os custos de registro, documentação e desligamento são comuns a todas as empresas, e também estão presentes na atividade de enfermagem. Os custos de integração e treinamentos, entretanto, merecem especial atenção em relação a estes outros citados, tendo em vista que pelas peculiaridades da profissão necessitam de uma programação bem estruturada e demandam um percentual considerável de horas.

Se o trabalhador permanecer por pouco tempo na empresa os investimentos na integração e treinamento representarão custo demasiadamente elevado, podendo este ser um fator relevante a determinar o nível de rentabilidade da empresa, não apenas no aspecto financeiro, mas também no conceitual. Aí se vê como é importante qualquer iniciativa que vise reter a mão-de-obra disponível.

Dentre os custos secundários ou indiretos pode-se citar os reflexos na produção. Se a equipe de trabalho for reduzida devido à saída de um integrante, ou mesmo que tal trabalhador que se afastou seja substituído, essa situação pode acarretar atendimento deficiente à clientela, deixando-se de realizar alguns cuidados, e interferindo no bom andamento da assistência.

“A perspectiva de um grupo de profissionais estáveis valoriza a instituição e colabora para que se atinja a qualidade dos serviços prestados, em especial a assistência de enfermagem” (BEZERRA, 1997, p. 118).

A insegurança do novo empregado muitas vezes é percebida pelos clientes/pacientes, e por isso também se pode destacar como conseqüência negativa uma possível interferência no andamento das atividades dos outros membros da equipe, que terão que se desdobrar para

suprir falhas e necessidades decorrentes dos problemas gerados pelas dificuldades inerentes de um trabalhador novato, para restituir aos clientes/pacientes a confiança no atendimento.

Costenaro et al (1987) enfoca como uma das conseqüências da rotatividade na enfermagem a insegurança refletida pelo paciente, quando atendido por profissionais novatos e inexperientes, que visivelmente demonstram não ter domínio no desenvolvimento de suas tarefas. Não há dúvidas de que essa insegurança compromete a credibilidade do serviço, sendo fator de prejuízo institucional à empresa.

Como custo secundário, portanto, também destaca-se a possibilidade de a empresa ficar exposta a uma imagem negativa, passada pelo trabalhador que cumpre aviso prévio, ou mesmo pelo novato, quando assume as atividades de um serviço ou setor sem estar adequadamente preparado para isso.

No custo extra-laboral, que inclui as despesas com horas extras, também há que se ressaltar peculiaridade especial desse item na atividade de enfermagem. Por se tratar de atividade essencial, já que é desenvolvida de forma ininterrupta em instituições hospitalares (nas 24 horas do dia, inclusive nos finais de semana e feriados), a alta rotatividade acarretará remanejamento de pessoal e necessidade de cobertura de plantões, com vistas a permitir o bom andamento do serviço, o que gerará custos com horas extras. Até mesmo as horas a mais que o supervisor terá que se dedicar treinando o novo trabalhador representam, nesse item, a elevação dos custos extra-laborais.

Como custo extra-operacional pode-se citar sua elevação em decorrência do maior risco de acidentes a que estão sujeitos os novos trabalhadores. Com a existência de novos funcionários em um determinado setor há maior propensão, por exemplo, a acidentes com materiais infectantes, o que resultará na necessidade de cobertura de ausências ou, no mínimo, gasto de tempo com os cuidados necessários para o socorro do trabalhador que sofreu o acidente.

Também pode-se destacar os gastos decorrentes de falhas na administração de medicamentos e de erros no manuseio de equipamentos por pouca habilidade, necessitando por vezes reparos e até mesmo substituições de equipamentos danificados por estes novos trabalhadores.

Nos custos classificados como de “perdas nos negócios” pode -se citar a eventual ou freqüente perda de clientes/pacientes, por sentimento de insegurança destes em permanecer na instituição, em decorrência do atendimento inadequado ou despreparado que possam ter recebido de trabalhadores inexperientes.

2.4 Considerações sobre o Capítulo

É importante ressaltar que a cultura organizacional que permeia cada instituição é diferenciada, porém há muitos aspectos comuns que podem contribuir para que este estudo também favoreça a melhoria das condições de trabalho de outras organizações.

A partir desses aspectos comuns, e da realidade a ser encontrada em relação às taxas e motivos da rotatividade dos trabalhadores, através do estudo aprofundado das condições de trabalho que atingem essa categoria profissional, será possível estruturar medidas que resultem na melhoria das condições de trabalho e de vida desses trabalhadores, obtendo-se com isso a redução da rotatividade e, por decorrência, a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Antecipadamente já se pode afirmar com convicção que qualquer iniciativa do gênero passa pela valorização do profissional. Desenvolver um programa de apoio ao trabalhador de enfermagem, segundo Haddad (1998), é uma forma de promover um espírito de motivação da equipe.

A autora entende que essa motivação só ocorrerá se cada integrante da equipe se sentir valorizado. Sem dúvida, levantar os motivos da rotatividade e relacionar ações que possam oferecer melhores condições de trabalho são medidas importantes para reduzir a rotatividade de pessoal.

“Uma administração que consiga envolver os próprios trabalhadores na busca de soluções só poderá obter com isso vantagens, porque não há ninguém que conheça melhor o trabalho do que eles mesmos” (IIDA, 1990, p. 303).

Esse sem dúvida é o melhor jeito de produzir saúde em um ambiente hospitalar: contar com uma equipe profissional que ela própria goze de saúde física e mental, e possa transmitir isso a pacientes e seus familiares, bem como a sociedade em geral.

“Entre os caminhos para a redução dos altos índices de rotatividade são apontados providências nos seguintes campos: melhoria do ambiente de trabalho; análise de desempenho de supervisores e das práticas de compensação; boa integração com os funcionários oferecendo-lhes condições de progresso dentro da empresa” (Ferreira e Freire, 2001, p.179).

Esta pesquisa busca, através de instrumentos baseados na ergonomia, promover melhoria nas condições de trabalho dos profissionais e mostrar que a Análise Ergonômica de Trabalho é uma abordagem metodológica que pode auxiliar na elucidação dos motivos geradores de rotatividade.

De todo o exposto, faz-se necessário estabelecer os instrumentos que possibilitam a avaliação da rotatividade. Entre esses instrumentos incluem-se: a) a forma de cálculo, que indicará o mecanismo para se chegar aos índices de rotatividade; b) a Análise Ergonômica do Trabalho, que permite fazer o diagnóstico das condições de trabalho e fazer orientações através da elaboração do caderno de encargos e recomendações ergonômicas; e c) a entrevista de saída, que é um importante instrumento para auxiliar na identificação das causas da rotatividade.

Estes instrumentos citados são apresentados de forma detalhada no Capítulo 3.

CAPÍTULO 3 INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA ROTATIVIDADE

Este capítulo apresenta os instrumentos utilizados nesta pesquisa para a avaliação da rotatividade.

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, do tipo descritiva e exploratória. Como método optou-se pelo estudo de caso baseado na Análise Ergonômica do Trabalho.

A metodologia é definida por Minayo (2001, p. 16) como “[...] o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade [...] deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática”.

3.1 Formas de Cálculo da Rotatividade

Há diversas fórmulas conhecidas para o cálculo da rotatividade. Todas elas giram em torno de fatores como a média de entradas e/ou saídas, contrapondo-se tal média com o número de trabalhadores efetivos em um determinado período de tempo.

“A taxa de rotação é a relação existente entre a média de admissões ou de demissões de empregados num determinado período e o número de empregados nesse mesmo período” (MEZOMO, 1981, p. 158).

“O cálculo do índice de rotação de pessoal é baseado no volume de entradas e saídas de pessoal em relação aos recursos humanos disponíveis em certa área da organização, dentro de certo período de tempo, e em termos percentuais” (CHIAVENATO, 1989b, p. 35).

Tanabe (1985), por sua vez, formulou a taxa líquida de substituição, que leva em conta números relacionados com trabalhadores com menos de um ano de atividade da empresa ou setor.

Mezomo (1981) apresenta a seguinte fórmula para se encontrar a taxa de rotatividade:

$$TR = \frac{A \text{ (ou D)} \times 100}{MEP} \quad (1)$$

onde:

TR = taxa de rotatividade

A = admissões

D = demissões

MEP = média de empregados no período

Mezomo entende que no cálculo da taxa de rotatividade não devem ser contadas as admissões e demissões provocadas por fatores que independem da empresa (causas incontrolláveis) como, por exemplo, a retração do mercado, que pode exigir demissões em massa.

Assim, o autor apresenta a seguinte equação:

$$TRL = \frac{A \text{ (ou D)} - DI \times 100}{MEP} \quad (2)$$

onde:

TRL = taxa de rotatividade líquida

A = admissões

D = demissões

DI = demissões inevitáveis

MEP = média de empregados no período

Para Chiavenato (1989b) a fórmula de apuração da rotatividade pode ser:

$$IRP = \frac{D \times 100}{EM} \quad (3)$$

onde:

IRP = índice de rotatividade de pessoal

D = desligamentos

EM = efetivo médio no período

Chiavenato (1989b) apresenta versão aplicada para casos em que se pretende analisar as perdas de pessoal, com intuito de verificar os motivos que levaram as pessoas a deixar a organização.

O cálculo envolve as saídas de iniciativa dos empregados, permitindo que se possa analisar as saídas decorrentes puramente da vontade dos trabalhadores, isolando-se as saídas causadas pela vontade da organização.

Chiavenato (1989b, p. 36) ainda discorre sobre a fórmula desenvolvida pela Associação Paulista de Administradores de Pessoal, em 1972, muito adotada, que é a seguinte:

$$IRP = \frac{D \times 100}{\frac{N_1 + N_2 + \dots + N_n}{a}} \quad (4)$$

onde:

IRP = índice de rotatividade de pessoal

D = demissões espontâneas a serem substituídas

$N_1 + N_2 + \dots + N_n$ = somatória dos números de empregados no início de cada mês

a = números de meses do período

A taxa líquida de substituição (TLS) utilizada por Anselmi, Angerami, Gomes (1997b) para calcular a rotatividade é dada por:

$$TLS = 100 (L_{-1} - L_f) \quad (5)$$

onde:

TLS = taxa líquida de substituição

L_{-1} = número de empregados com menos de um ano de serviço ao final do período analisado

L_f = número total de empregados da categoria em serviço no final do período analisado

Este indicador, que representa a substituição média de pessoal no período, “tem a vantagem de eliminar a contagem sucessiva de trabalhadores em uma mesma vaga, ou seja, mesmo que mais de um trabalhador tenha ocupado a vaga durante o período analisado só é computada na aplicação do indicador a admissão do trabalhador que ainda ocupar a vaga no final do período” (ANSELMÍ, ANGERAMI, GOMES, 1997b, p. 46).

Para esta pesquisa optou-se pela fórmula elaborada pela Associação Paulista de Administradores de Pessoal, pelo fato de ser considerada de melhor manuseio e mais

conclusiva para a proposta desta pesquisa, ao levar em conta a somatória dos números de empregados no início de cada mês.

3.2 Análise Ergonômica do Trabalho - Diagnóstico das Condições de Trabalho

Na ergonomia o estudo de caso é conhecido como Análise Ergonômica do Trabalho e contempla as etapas de análise da demanda, a análise da tarefa, a análise das atividades, diagnóstico e o Caderno de Encargos e Recomendações Ergonômicas (CERE).

Santos e Fialho (1997) descrevem esta metodologia na forma de um quadro no qual fica bastante acessível o entendimento de como se procede a análise ergonômica de trabalho.

PROCEDIMENTOS DE PESQUISA EM ERGONOMIA	ETAPAS DE UMA ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO
1. Quadro teórico de referência	1. Formulação da demanda 2. Análise das referências bibliográficas sobre o homem em atividade de trabalho 3. Questão de pesquisa
2. Análise ergonômica da situação de trabalho	4. Análise ergonômica da demanda: definição do problema (entrevistas exploratórias e problemática da pesquisa) 5. Análise ergonômica da tarefa: análise das condições de trabalho (elaboração do modelo de análise das atividades). 6. Análise ergonômica das atividades de trabalho: a análise dos comportamentos do homem no trabalho (observação)
3. Síntese ergonômica da situação de trabalho	7. Diagnóstico em ergonomia: análise e tratamento dos dados (termos de referência da situação analisada) 8. Caderno de Encargos de Recomendações Ergonômicas: as conclusões da pesquisa

Figura 6: Correspondência entre os procedimentos de pesquisa em ergonomia e as etapas da análise ergonômica de uma situação de trabalho.

Cada uma destas etapas envolve outros passos para o levantamento de dados. O desenvolvimento não precisa necessariamente ser apresentado na mesma ordem. Para os fins de estudo, entretanto, a ordem se mostra bastante didática e coerente.

A análise da demanda é o momento onde se faz a solicitação da intervenção ergonômica, portanto ela deve ser a parte inicial da pesquisa em ergonomia. “A sua análise permite compreender a natureza e a dimensão dos problemas apresentados, assim como elaborar um plano de intervenção para abordá-los” (SANTOS E FIALHO, 1997, p. 73).

“A demanda pode ter sua origem nos diversos atores sociais da empresa, direta ou indiretamente envolvidos pelos problemas ergonômicos [...]” (SANTOS E FIALHO, 1997, p. 73).

A demanda pode ser formulada pela direção da empresa, pelos trabalhadores de um determinado setor, pelos sindicatos ou mesmo pelo conjunto de trabalhadores de uma organização, ou seja, departamento de recursos humanos, médicos do trabalho, CIPA, supervisores, gerentes, ou ainda por instituições públicas legais como as Delegacias Regionais do Trabalho (em caso de notificações). A demanda pode ser também induzida, como nos casos de trabalhos ou pesquisas com fins acadêmicos.

Na análise da demanda são levantados dados referentes à instituição tais como finalidade, objetivos, missão, aspectos históricos e política de recursos humanos (recrutamento, seleção, avaliação, entrevista de saída, salários, benefícios, plano de cargo e salários). Também são levantados dados da população geral estudada e da amostra, formação dos profissionais, carga horária, turnos de funcionamento, dimensionamento e estrutura física geral da instituição e setor alvo.

Na análise da tarefa, segundo Santos e Fialho (1997), é importante separar três momentos ou fases, sendo o primeiro momento a delimitação do sistema homem-tarefa a ser analisado. No segundo momento os autores ainda orientam que seja feita uma descrição de todos os elementos que compõem este sistema. E no terceiro momento que seja realizada uma avaliação das exigências da tarefa (fisiológicas, ambientais, sensoriais e motoras, mentais e organizacionais).

Os dados a serem levantados sobre os profissionais em relação ao sistema homem-tarefa delimitado são os de formação, experiência anterior, tempo de serviço, regime de trabalho, escalas, turnos, folgas, coberturas de folgas e férias, pausas, estruturação do trabalho, tarefas prescritas (manuais de normas e rotinas) e legislações pertinentes.

Dentre a descrição dos elementos que compõem este sistema, sendo condições organizacionais, têm-se as inter-relações com as hierarquias, técnicos administrativos, comunidade, alunos e com a equipe multiprofissional. O fluxo de informações entre os diversos setores inclui reuniões, informativos, mural telefone e a comunicação pessoal.

Para contemplar as exigências da tarefa são levantados dados sobre: a) ambiente físico, que inclui espaço de trabalho, sala de descanso, disposição de móveis e equipamentos de

proteção individual, limpeza e conservação, equipamentos eletro-eletrônicos; b) ambiente térmico, abrangendo temperatura e ventilação; c) ambiente acústico, relativo a ruídos e sinais sonoros; e d) ambiente luminoso, incluindo iluminação natural e artificial.

Porém, como comenta Montmollin (1990, p. 30), “uma tarefa sem atividade correspondente é comparável a máquinas paradas ou a impressos guardados em uma gaveta”. Assim compreende-se a importância que o atuar de cada trabalhador imprime na tarefa a ele delegada, ou seja, as tarefas só passam a ter um significado real quando os trabalhadores a executam.

Portanto, como relata Santos e Fialho (1997), a análise da atividade é feita a partir da análise da tarefa, pois “a partir do trabalho prescrito (tarefa) é que os trabalhadores organizam suas atividades, em função de múltiplos fatores”.

Pode-se citar como exemplos a organização dos trabalhadores para vencer a pressão do tempo, o número insuficiente de pessoal e outras condições adversas de trabalho, e até mesmo transformar o trabalho árduo em trabalho de maior prazer.

A análise da atividade também leva em consideração uma série de condicionantes, dentre as quais pode-se citar as condicionantes físicas e gestuais; cognitivas, psíquicas e organizacionais; de regulação e controle; e as físico-ambientais.

As condicionantes físicas e gestuais estão relacionadas às posturas adotadas pelo profissional e às dificuldades apresentadas relativas às posições impostas na execução das atividades.

As condicionantes cognitivas dizem respeito às exigências de raciocínio às quais o profissional é confrontado no exercício de suas atividades. As condicionantes psíquicas, por sua vez, incluem fatores psíquicos, como o prazer, o medo e as experiências emocionais vividas pelo trabalhador.

As condicionantes organizacionais são percepções e dificuldades encontradas relacionadas às condições de trabalho, como a forma de relacionamento da equipe, troca de informações, incentivo à qualificação, organização e estruturação do trabalho e os procedimentos burocráticos.

As condicionantes de regulação e controle estão relacionadas à escala e rotina de trabalho, incluindo as pausas no exercício da atividade, distribuição das tarefas e condutas de rotina.

As condicionantes ambientais, por fim, dizem respeito ao ambiente físico, químico e biológico, como dificuldades relacionadas às condições de infra-estrutura física, material de trabalho e material de consumo.

Através da verificação da análise da tarefa e da atividade é possível formular posteriormente o diagnóstico em ergonomia.

Segundo Santos e Fialho (1997) o diagnóstico é obtido em nível local (posto de trabalho) e em nível do sistema de produção. A partir deste diagnóstico poderá se proceder às orientações do Caderno de Encargos e Recomendações, que sintetiza todas as recomendações em dois níveis: as recomendações normativas gerais e as específicas da situação analisada.

3.3 Entrevista de Saída

Descobrir as causas da rotatividade, especialmente as controláveis, é providência elementar para minimizar a ocorrência de perda contínua de mão-de-obra.

Mezomo (1981) sugere como instrumento para se identificar as causas da rotatividade a aplicação de uma entrevista de saída ou desligamento, que pode ser respondida por todos os empregados que saem, seja por iniciativa da própria pessoa ou empresa, ou ainda, alternativamente, exclusivamente por aqueles que saem por iniciativa própria. Ao mesmo tempo em que coloca essas duas opções, o autor menciona que a aplicação geral oferece uma visão mais completa do problema.

A entrevista de saída deve ser elaborada de forma a possibilitar a verificação do principal motivo do desligamento, extraíndo a opinião do empregado relativamente a questões como o horário de trabalho, ambiente físico de trabalho, ambiente psicológico, salário, relacionamento interno, oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, moral dos colegas, oportunidades que ele tem no mercado de trabalho e outros aspectos.

“A entrevista de desligamento constitui uma fonte para a empresa conhecer as causas do rompimento do vínculo empregatício”. E a própria autora explica: “Consiste em uma investigação semelhante à seleção, com a diferença de que seu estudo se volta para as causas da saída ou do rompimento na relação empregatícia e da conduta diferenciada dos entrevistados” (AQUINO, C. 1989, p. 201).

Segundo Mezomo (1981) a simples coleta desses dados não é suficiente, pois é necessário agregar outras informações relacionadas ao histórico profissional do empregado, como por exemplo cargos ocupados, desempenho profissional, treinamentos e o tempo médio de permanência nos empregos anteriores, entre outras.

Neste capítulo verificam-se alguns instrumentos a serem utilizados para o estudo da rotatividade, alguns já conhecidos na literatura sobre este tema, como as fórmulas de cálculo e a entrevista de saída ou desligamento.

O instrumento de análise ergonômica de trabalho é uma metodologia bastante comum para os pesquisadores da área da ergonomia, porém seu estreitamento com o tema da rotatividade é um desafio desta pesquisa.

No próximo capítulo será apresentado o modelo proposto para alcançar os objetivos desta pesquisa, englobando estes instrumentos aqui apresentados.

CAPÍTULO 4 MODELO PROPOSTO

Neste capítulo é apresentado o modelo proposto para redução da rotatividade, em forma de fluxograma e explicação descritiva, com base nos instrumentos apresentados no Capítulo 3.

4.1 Apresentação do Modelo

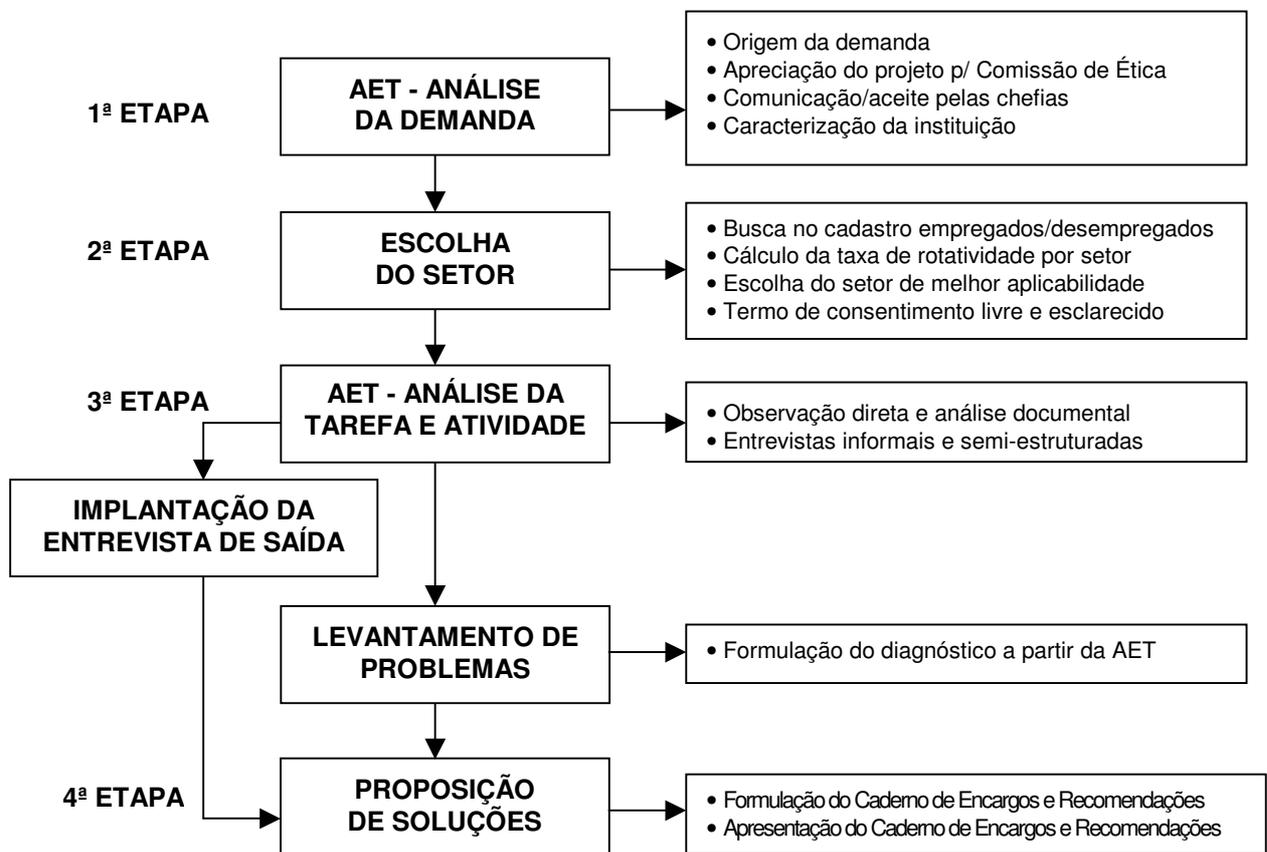


Figura 7 - Fluxograma das etapas do modelo proposto.

4.2 Descrição das Etapas do Modelo

Conforme disposto no fluxograma que apresentou as etapas do modelo proposto foram determinadas quatro etapas, descritas neste item.

4.2.1 Etapa 1 - Análise da demanda

Na primeira etapa descreve-se a origem da demanda e procedem-se as comunicações formais de preparo e aplicação da pesquisa, incluindo o encaminhamento de uma carta-proposta à instituição informando os objetivos, apresentando um pré-projeto e solicitando a autorização dos diretores para a realização da pesquisa.

A carta-proposta deve ser apreciada pela diretoria da instituição, que diretamente, ou com auxílio de uma comissão de ética, emitirá seu parecer sobre o interesse na realização da pesquisa.

Nesta etapa, portanto, faz-se necessário o contato com a gerência e supervisão do serviço escolhido, para apresentação da proposta da pesquisa. É fundamental que o projeto seja apresentado para os integrantes de diversos setores, principalmente o setor de recursos humanos, para que haja compreensão sobre os objetivos da pesquisa, e com isso o pesquisador possa despertar o interesse dos atores sociais na participação da mesma.

Os dados de interesse na etapa de análise da demanda são apresentados a seguir em forma de quadro, adaptado de Biazus (2000) para uma melhor visualização (ver figura 8).

DIMENSÃO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
Aspectos Sociais, Políticos e Econômicos	Referem-se a fatores sociais, políticos e econômicos da instituição	Caracterização da instituição e histórico; Estrutura e funcionamento, objetivos, missão, organograma; Caracterização de efetivo de trabalhadores; Seleção, recrutamento e avaliação; Salários, benefícios, plano de cargos e salários; Índices de rotatividade na instituição diferenciados por setor e categoria; Caracterização do setor, população, amostra, formação, carga horária, turnos, dimensionamento de pessoal; Estrutura física e organizacional do setor.

Figura 8 - Dados da Análise da Demanda.

4.2.2 Etapa 2 - Escolha do setor

A segunda etapa começa por uma busca junto ao setor de recursos humanos, no cadastro de demissões e admissões, para obtenção de dados pertinentes ao número de funcionários demitidos pela instituição, número de funcionários demissionários (assim entendidos como aqueles que pediram demissão) e número de funcionários admitidos, e também de dados do efetivo total de trabalhadores da instituição. Os dados a serem coletados podem estar relacionados, a critério do pesquisador, aos últimos meses ou anos.

A verificação da saída e permanência no emprego é feita através de consulta ao cadastro geral de empregados e desempregados (Lei nº 4.923/65) junto ao setor de pessoal da instituição estudada. Este cadastro, que é um dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa, registra as admissões e demissões ocorridas a cada mês, bem como a categoria do trabalhador, a data de admissão e/ou demissão e outras informações.

De posse destes dados o pesquisador tem condições de efetuar os cálculos da taxa de rotatividade por setor e por categorias de profissionais, utilizando a fórmula proposta por Chiavenato (1989b) conforme explicitado no Capítulo 3.

Após obtenção das taxas de rotatividade e análise de sua variação nos diversos setores da instituição procede-se, em conjunto com a gerência e supervisão do serviço, a escolha de um setor representativo, que aponte o maior ou um dos maiores índices de rotatividade, determinando-se, desse modo, o setor que servirá de amostra e embasamento para o estudo.

Os trabalhadores em todos os turnos do setor escolhido serão comunicados sobre a realização do trabalho e sobre os seus objetivos, e serão convidados a participar da pesquisa, devendo para isso assinar individualmente um documento denominado Instrumento de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), para que fique bem caracterizado que o trabalho teve livre desenvolvimento e apoio dos profissionais envolvidos.

Nesta etapa ainda será realizada a caracterização do setor escolhido, sendo relatados dados pertinentes ao setor alvo deste estudo, suas peculiaridades, dinâmica e atividades de rotina. Estes dados complementam as informações obtidas durante a etapa de análise da demanda descrita anteriormente.

4.2.3 Etapa 3 - Análise da tarefa, das atividades e entrevista de saída

Na terceira etapa, já de posse dos dados referentes à análise da demanda explicitados anteriormente, aplica-se o estudo de caso no setor escolhido, com base na metodologia da

Análise Ergonômica do Trabalho (AET), que permitirá o diagnóstico das condições de trabalho dos atores sociais envolvidos.

Estas condições de trabalho são detalhadas através da análise da tarefa e das atividades, que envolvem a análise documental, a observação direta e a realização de entrevistas informais e semi-estruturadas.

Os dados coletados durante as observações na análise da tarefa seguem em forma de quadro demonstrativo (ver figura 9), adaptado conforme modelo de Biazus (2000).

DIMENSÃO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
Condições Organizacionais	Referem-se aos dados que dizem respeito aos trabalhadores do setor, bem como dados relativos a forma como se apresenta organizado o trabalho	Características da amostra, formação, qualificação, experiência, tarefas prescritas, manuais de normas e rotinas, folgas, pausas e repouso; inter-relações com hierarquias, com a comunidade, alunos e técnicos administrativos, dentre outros; fluxo de informações, reuniões, quadro mural, informativos, telefone e diálogo.
Condições Físico-Ambientais de Trabalho	Referem-se a dados relativos ao ambiente de trabalho, em cada local de trabalho em que as tarefas são desenvolvidas	Ambiente físico: espaço de trabalho, sala de descanso, disposição de móveis e equipamentos eletro-eletrônicos e de proteção individual; Ambiente térmico: temperatura e ventilação; Ambiente acústico: ruídos e sinais sonoros; Ambiente luminoso: iluminação natural e artificial.

Figura 9 - Dados da Análise da Tarefa.

Os dados coletados durante as observações na análise das atividades também são apresentados em forma de quadro demonstrativo (ver figura 10), também seguindo as orientações de Biazus (2000).

DIMENSÃO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
Condicionantes físicas e gestuais	Referem-se às posturas e gestos necessários para a realização das atividades prescritas	Posturas adotadas; Dificuldades apresentadas em relação às posições necessárias para a execução das atividades.
Condicionantes cognitivas, psíquicas e de regulação e controle	Referem-se às exigências cognitivas e psíquicas no desenvolvimento das atividades, bem como das estratégias utilizadas para atender as situações encontradas na realização da atividade	Exigências cognitivas: raciocínio e tomada de decisão; Exigências psíquicas: prazer, medo, emoções; Exigências de regulação e controle: pausas, distribuição e condutas.
Condicionantes físico-ambientais: ambiente físico, químico e biológico	Referem-se a aspectos ambientais com possibilidade de interferir na realização das atividades, bem como causar riscos à saúde do trabalhador	Dificuldades encontradas relacionadas as condições físicas e materiais de trabalho (ambiente físico, químico, biológico e de materiais de consumo).
Condicionantes organizacionais	Referem-se às características dos trabalhadores que interferem na realização das atividades e aspectos relacionados a organização e estruturação do trabalho que podem interferir na realização das atividades	Percepções e dificuldades encontradas relacionadas às condições organizacionais: relacionamento da equipe, informações, incentivo à qualificação, organização e estruturação do trabalho e procedimentos burocráticos.

Figura 10 - Dados da Análise das Atividades.

As entrevistas semi-estruturadas (Apêndice B) serviram de subsídio para confirmar os fatos observados durante a análise da tarefa e das atividades, e a seguir são demonstradas as perguntas e o motivo da construção de tais questões.

Primeiramente são solicitados os dados de identificação pessoal, incluindo nome (somente iniciais), sexo, idade, categoria profissional (enfermeiro, técnico ou auxiliar), turno de trabalho a que pertence (manhã, tarde, noite) e o tempo em que trabalha no setor.

A primeira pergunta busca analisar as condicionantes físicas e gestuais, procurando evidenciar o cansaço físico após as jornadas de trabalho, bem como o aspecto mental: *Ao final da jornada de trabalho como você se sente?*

Na segunda pergunta busca-se confirmar a sobrecarga de trabalho em virtude de outros vínculos empregatícios, que para a profissão de enfermagem é um fato bastante comum,

portanto é realizada da seguinte forma: *Tem outro vínculo empregatício? Em que área e turno? Há quanto tempo leva essa dupla, tripla jornada de trabalho?*

A terceira questão tem o intuito de verificar fatores relacionados à qualidade de vida, procurando evidenciar dados pertinentes ao auto-cuidado, lazer, vida social e familiar, nos seguintes termos: *Que atividades você realiza após a jornada de trabalho ?*

Nas questões de número quatro, cinco e seis, respectivamente, busca-se compreender o relacionamento entre a equipe de trabalho, a equipe multiprofissional, chefias diretas e gerente do serviço, sendo portanto construídas da seguinte forma: *Como você considera sua equipe de trabalho? () colaborativa () não colaborativa (Comente); Comente sobre o relacionamento/ comunicação com equipe multiprofissional; Como é seu relacionamento com a chefia direta e a chefia geral do serviço de enfermagem?*

As perguntas sete e oito têm o intuito de verificar as questões concernentes ao incentivo à qualificação da equipe profissional. Para isto elas são apresentadas como segue: *Como são os treinamentos (periódicos, eventuais, admissionais)? Recebe incentivo e liberação para participação em cursos e treinamentos?*

A questão nove procura conhecer o que pensam os trabalhadores sobre o salário e os benefícios que recebem, utilizando-se a seguinte frase: *Comente sobre o salário e benefícios (plano de saúde, vale alimentação).*

A décima pergunta diz respeito ao dimensionamento de profissionais no setor, ou seja, se o quantitativo de pessoal é adequado, questionamento que tem o intuito de confirmar as observações feitas sobre as escalas de trabalho no que tange à organização e estruturação do trabalho. Para tanto foi a pergunta foi construída da seguinte forma: *Você considera o número de profissionais de enfermagem adequado para o setor? Comente:*

A última questão permite conhecer o pensamento dos profissionais no que tange à distribuição das folgas na escala de trabalho: *O que você acha da distribuição de folgas na escala? Comente:*

As respostas das entrevistas semi-estruturadas complementam os dados referentes à análise das atividades encontrados na forma de depoimentos, portanto sem tratamento estatístico, por se tratarem de dados qualitativos.

Concomitante nesta etapa é indicada a implantação da entrevista de saída ou desligamento em instituições que ainda não utilizam este instrumento. Nas instituições que já fazem uso deste instrumento pode-se fazer algumas sugestões de alterações no modelo já utilizado, mas é importante o aproveitamento dos dados já existentes, pois serão muito úteis

para o aprofundamento da pesquisa, oferecendo informações históricas sobre os motivos da rotatividade.

A entrevista de saída ou desligamento deve ser aplicada por um funcionário da área de recursos humanos a todo trabalhador que solicitar demissão (demissionário). As informações oferecidas pelos trabalhadores demissionários têm grande importância no auxílio à elucidação dos motivos da rotatividade.

A sugestão de modelo de entrevista de saída (Apêndice C) foi construída a partir do modelo proposto por Costenaro (1987) e orientações de Mezomo (1981), conforme segue.

A entrevista de saída contém uma parte introdutória, em que se faz uma apresentação breve dos objetivos a que se destina, solicitando ao demissionário o preenchimento dos dados, buscando através das respostas o diagnóstico das condições de trabalho da instituição.

O formulário tem subdivisões que facilitam a identificação dos aspectos concernentes à identificação, à organização do trabalho, condições físico-ambientais, motivos de desligamento da instituição, perspectivas futuras, parecer sobre a instituição e espaço destinado a outras observações a serem feitas posteriormente pelo entrevistador.

A primeira parte é destinada aos dados de identificação do demissionário, incluindo nome, idade, sexo, número de filhos, estado civil, data de admissão, lotação, setor, cargo inicial e atual, nome do chefe imediato, horas de trabalho e turno, bem como a existência de outro vínculo empregatício.

Na segunda parte são levantados os dados pertinentes à organização do trabalho. As perguntas realizadas neste momento referem-se a treinamentos, adaptação, mudança de setor, oportunidades de progresso, segurança no emprego, dimensionamento de pessoal, jornada de trabalho, remuneração, benefícios, relacionamento com a equipe de trabalho, chefias, clientes e equipe multiprofissional.

A terceira parte é composta por questões relacionadas ao motivo da saída, com perguntas objetivas sobre o tipo de desligamento (se por aposentadoria, justa causa, sem justa causa). Para os demissionários (aqueles que solicitam demissão) são elencados de forma objetiva alguns motivos, tais como razões financeiras, vida social restrita, problemas de relacionamento, fatores emocionais, insatisfação com o trabalho, problemas familiares, dificuldade de transporte, sobrecarga por dois ou três vínculos de emprego, interferência de outras pessoas e outros motivos.

A quarta parte investiga as perspectivas futuras do trabalhador, procurando saber se já tem outro emprego em vista e quais as vantagens oferecidas pela empresa para qual o trabalhador está migrando.

A quinta parte busca coletar as impressões do trabalhador sobre a instituição, para identificar se o mesmo gostou de trabalhar na instituição, tendo a oportunidade de fazer comentários a respeito, e indagando se o trabalhador poderia voltar a ser funcionário da instituição no futuro.

A sexta parte é reservada a observações do entrevistador e ao parecer do supervisor. O documento é ainda datado e assinado pelo entrevistado, pelo entrevistador e pelo supervisor.

Como visto, as perguntas realizadas na entrevista de saída buscam evidenciar os dados referentes a aspectos importantes da análise da tarefa e das atividades, principalmente no que tange às condições organizacionais e físico-ambientais do trabalho.

Frente aos dados levantados na análise da tarefa e das atividades, bem como aos dados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas e a entrevista de saída, pode-se fazer o levantamento do diagnóstico das condições de trabalho.

4.2.4 Etapa 4 - Proposição de soluções

A partir da confirmação das hipóteses levantadas em cada momento da pesquisa e de posse de todo o diagnóstico da situação, passa-se a elaborar o Caderno de Encargos e Recomendações Ergonômicas (CERE).

Este documento visa a proposição de soluções, com estabelecimento de ações prioritárias que proporcionem melhores condições de trabalho, que aliviem a sobrecarga e conseqüentemente influenciem positivamente no sentido de reduzir a taxa de rotatividade encontrada no setor tomado por amostra no estudo.

No próximo capítulo será apresentada a aplicação do modelo proposto, com base na Análise Ergonômica de Trabalho.

CAPÍTULO 5 APLICAÇÃO DO MODELO PROPOSTO

Neste capítulo apresentamos a pesquisa propriamente dita, ou seja, a aplicação do modelo proposto no Capítulo 4 em uma unidade de pronto socorro de trauma de uma instituição hospitalar pública de médio porte em Curitiba, capital do Estado do Paraná.

5.1 Descrição da Aplicação

São quatro as etapas seguidas para aplicação do modelo. Cada etapa apresenta os conteúdos aqui descritos resumidamente.

A primeira etapa trata da análise da demanda, que é composta pela origem da demanda, histórico da instituição estudada, caracterização dos profissionais de enfermagem e pela exposição sobre a política de recursos humanos e seleção destes profissionais.

Na segunda etapa procede-se a escolha do setor, através de busca no cadastro de empregados e desempregados junto à gerência de recursos humanos, para cálculo das taxas de rotatividade e escolha do setor de melhor aplicabilidade, caracterização deste setor alvo e distribuição dos profissionais que nele atuam e apresentação da estrutura física e organizacional deste setor.

A terceira etapa está baseada em quatro grandes eixos, que são a análise da tarefa, entrevista de saída, análise das atividades e por fim o diagnóstico das condições de trabalho possíveis geradoras da rotatividade de pessoal.

Na quarta etapa é feita a proposição de soluções, com a apresentação do Caderno de Encargos e Recomendações Ergonômicas, documento que contém orientações para melhoria das condições de trabalho. A seguir apresenta-se detalhadamente cada etapa desenvolvida.

5.1.1 Etapa 1 - Análise da demanda

A análise da demanda é a fase inicial da metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho. Essa fase compreende a origem da demanda, histórico da instituição (caracterização), estrutura e funcionamento, caracterização do efetivo de enfermagem da instituição, seleção e recrutamento e a política de salários e benefícios.

5.1.1.1 Origem da demanda

A escolha da instituição hospitalar para a realização deste estudo ocorreu de forma espontânea, durante visita da autora para fins acadêmicos. Em conversa informal com uma trabalhadora da instituição que apresentava a área física do hospital surgiu a pergunta sobre a ocorrência da rotatividade dos trabalhadores de enfermagem, notando-se que se tratava de um assunto de grande importância não apenas para aquela instituição, mas de um modo geral para grande parte das instituições hospitalares.

A demanda foi portanto induzida, isto é, foi idealizada e formulada pela autora deste trabalho. O contato formal inicial foi realizado com um profissional do centro de estudos da instituição, quando se expôs a intenção de realização da pesquisa. Nesse momento foi solicitado o encaminhamento do anteprojeto e da carta-proposta para a direção do hospital e também ao comitê de ética em pesquisa da instituição.

Aprovada a realização da pesquisa efetuaram-se visitas às dependências físicas da instituição, entrevistas com as gerências do serviço de enfermagem e de recursos humanos, e também uma análise documental, procedimentos estes que possibilitaram dar início ao estudo e fundamentar a caracterização inicial da instituição, seu histórico e o levantamento prévio de questões pertinentes a esta pesquisa.

5.1.1.2 Histórico da instituição (caracterização)

A instituição foi fundada no ano de 1947, com a denominação de Sanatório Médico e Cirúrgico do Portão, destinando-se inicialmente ao tratamento de pacientes com tuberculose e doenças torácicas.

A estrutura física, a princípio, acomodava uma escola agrícola, mas tal destinação foi alterada pela necessidade de um centro especializado para o atendimento de pacientes com tuberculose, pois o Brasil vivia uma fase epidêmica da doença.

Em 1980, devido ao controle da doença, o sanatório recebeu o nome de Hospital Geral do Portão, passando a atender as especialidades de pediatria, clínica médica, cirurgia geral e infectologia, com leitos disponíveis para atendimento a pessoas doentes de aids.

Em 1995 foi implantado o serviço de maternidade, e a partir de 1996 o hospital passou a ser referência nos procedimentos cirúrgicos para correção de fissuras lábio-palatais e defeitos de face.

Em 1997 ocorreu a assinatura de um convênio estabelecendo uma parceria entre o Governo do Estado do Paraná/SESA-ISEP, a Prefeitura Municipal de Curitiba/Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal do Paraná (UFPR) e a Fundação para o Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Cultura do Estado do Paraná (FUNPAR). A partir de então estabeleceu-se a nova missão para a instituição e teve início o serviço de cirurgia de mão.

Em 1998 foi inaugurado o serviço de trauma e emergência, que abrange as unidades de pronto socorro, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva e as unidades de tratamento adulto e infantil.

Em 2000 a instituição recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, conferido pelo UNICEF. Tornou-se o centro colaborador do Ministério da Saúde para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar e Hospital de Ensino – FIDEPS.

Em 2001 foi implantada a UTI neonatal e pediátrica, e no ano de 2002 o hospital recebeu certificação da vigilância sanitária.

5.1.1.3 Estrutura e funcionamento

O hospital tem como objetivos oferecer atendimento de emergência ao trabalhador, na área da saúde ocupacional e do acidente de trabalho, a nível de pronto socorro; disponibilizar o pronto socorro para a comunidade em geral; oferecer atendimento eletivo na área da saúde ocupacional; oferecer programas de reabilitação do trabalhador; produzir e divulgar informações epidemiológicas; e desenvolver programas de ensino da Universidade Federal do Paraná a nível de graduação e pós-graduação, entre outros.

A missão da instituição está assim definida: ‘Contribuir para a qualidade de vida do cidadão e da comunidade, desenvolvendo em nível de excelência ações de saúde voltadas à prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa nas áreas de trauma e emergência, saúde do trabalhador, materno infantil e infectologia’.

O organograma da instituição (Anexo A) é formado, nos níveis mais elevados, pelos conselhos deliberativo e diretor e pela direção geral do hospital. O primeiro destes órgãos, o conselho deliberativo, está no topo do organograma, com a responsabilidade de traçar as diretrizes políticas do hospital.

O conselho deliberativo é integrado por um representante de cada uma das seguintes entidades e organismos: Associação Comercial do Paraná, Associação das Empresas da Cidade Industrial de Curitiba (AECIC), Central Única dos Trabalhadores (CUT), conselho

diretor da própria instituição, conselhos Estadual e Municipal de Saúde e Delegacia Regional do Trabalho.

Também integram o conselho deliberativo a Federação da Agricultura do Estado do Paraná (FAEP), Federação das Indústrias do Estado do Paraná (FIEP), Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Estado do Paraná (FETAEP), Força Sindical, Instituto Nacional de Seguro Social - Superintendência do Paraná, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde da Região Metropolitana, profissionais de saúde da instituição, Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil, Sindicato dos Trabalhadores na Área da Saúde e a Rede Interuniversitária de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho (UNITRABALHO).

O conselho deliberativo tem como atribuição zelar pelo cumprimento da missão do hospital; auxiliar na formulação e aprovar a política de ação do hospital; aprovar a diretoria do hospital indicada pelo conselho diretor; apreciar e aprovar o plano de gestão do conselho diretor, bem como alterações do plano previamente aprovado; avaliar a eficácia das ações do hospital em relação à prevenção, assistência, reabilitação e ensino, propondo a criação de programas de otimização; acompanhar o desempenho financeiro do hospital e aprovar a prestação de contas apresentada pelo conselho diretor; e viabilizar recursos financeiros disponíveis na comunidade em geral, entre outras atribuições.

O conselho diretor é o órgão normatizador das ações da diretoria do hospital, sendo integrado por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal do Paraná e FUNPAR. São atribuições do conselho diretor, entre outras, zelar pelo cumprimento dos regulamentos da instituição; planejar, programar e fiscalizar a execução das ações de saúde exigidas para a prevenção, recuperação e reabilitação da população a ser assistida pela instituição, indicar o conselho deliberativo, o diretor geral, o diretor clínico e o diretor administrativo e aprovar os planos de ensino e pesquisa a serem desenvolvidos na instituição.

A direção geral é constituída por diretor geral, diretor clínico, diretor administrativo e diretor técnico, os quais são nomeados pelo secretário Estadual de Saúde. Compete ao diretor geral administrar o hospital, exercer o poder disciplinar, responder pelas condições de higiene e segurança, zelar pelo cumprimento do regimento da instituição, coordenar a elaboração do plano de gestão e da proposta orçamentária e delegar atribuições aos seus subordinados, entre outras atribuições.

Ao diretor clínico cabe gerenciar as atividades das diversas áreas e serviços sob sua responsabilidade, zelar pela conduta ético-profissional dos trabalhadores, coordenar a elaboração dos regulamentos das áreas e serviços e garantir o respeito às normas de controle

da infecção hospitalar. Ao diretor administrativo compete gerenciar os recursos financeiros, as atividades de previsão e provisão dos materiais e medicamentos, e as relacionadas à administração de recursos humanos, entre outras atribuições.

Ao diretor técnico estão vinculadas as atribuições de gerenciar as atividades das áreas e serviços sob sua responsabilidade, zelar pela conduta ético-profissional nos serviços sob sua responsabilidade e garantir a excelência em produtividade, acompanhando a execução dos quadros estatísticos para gerenciamento. A gerência do serviço de enfermagem está vinculada à direção técnica da instituição.

Atualmente a instituição conta com uma área física construída de 13.000 m² (Anexo B) em um terreno de 30.000 m². É um hospital de médio porte, com um total de 173 leitos, distribuídos nas seguintes especialidades: clínica cirúrgica (53 leitos), pediatria (30 leitos), unidade de cirurgia infantil - UCIN (10 leitos) UTI pediátrica (2 leitos) UTI neonatal (8 leitos), pronto socorro (8 leitos), maternidade (35 leitos), infectologia (17 leitos) e UTI geral (10 leitos).

As especialidades oferecidas atualmente são pronto socorro de trauma, maternidade, infectologia, pediatria e saúde do trabalhador.

O corpo clínico é composto por 24 traumatologistas, 16 clínicos gerais, 11 neurocirurgiões, 1 urologista, 23 pediatras e neopediatras, 3 infectologistas, 1 pneumologista, 4 auditores, 7 cirurgiões plásticos, 11 cirurgiões de mão, 4 otorrinolaringologistas, 5 cirurgiões pediátricos, 2 cirurgiões vasculares, 3 ecografistas, 18 anesthesiologistas, 18 clínicos gerais, 1 patologista, 23 médicos intensivistas (UTIs), 1 administrador hospitalar, 1 cirurgião de cabeça e pescoço, 2 médicos do trabalho, 7 radiologistas e 31 ginecologistas e obstetras.

A instituição conta ainda com 84 colaboradores, na condição de estagiários com bolsa-auxílio, que prestam trabalho temporário.

Também dispõe de serviços terceirizados, prestados por empresas e cooperativas que atuam nas áreas de segurança e limpeza (com subsídio da Secretaria de Estado da Saúde), serviço de nutrição (FUNPAR) e de manutenção de equipamentos. A alimentação para funcionários e as dietas gerais de pacientes também são fornecidas por empresa terceirizada, enquanto as dietas especiais são produzidas pelo próprio hospital. As dietas administradas por via parenteral / nutrições parenterais totais (NPTs) são adquiridas de outra instituição hospitalar vinculada.

O serviço de fisioterapia para a UTI é terceirizado, enquanto o de reabilitação ambulatorial é realizado por fisioterapeutas com vínculo empregatício no próprio hospital.

Alguns serviços médicos são organizados em formas de cooperativas, tais como anestesiologia (centro cirúrgico), neonatologia da sala de parto, UTI neonatal, UTI geral e radiologia.

5.1.1.4 Caracterização do efetivo de enfermagem da instituição

Os profissionais de enfermagem da instituição estudada estão distribuídos em diversos setores, conforme as categorias respaldadas na Lei do Exercício Profissional, comentada anteriormente no Capítulo 2.

Há duas sistemáticas de contratação dos profissionais que atuam no serviço de enfermagem, uma através da FUNPAR e outra através do ISEP. À FUNPAR estão vinculados 26 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem e 143 auxiliares de enfermagem. Ao ISEP, por sua vez, estão vinculados 8 enfermeiros, 6 técnicos e 61 auxiliares de enfermagem.

Na tabela 5.1 observa-se o efetivo geral de enfermagem da instituição pesquisada por setor e categoria, cujo quadro não sofreu alterações nos anos de 2001 e 2002.

Tabela 5.1: Efetivo de Enfermagem por Setor e Categoria.

	Enfermeiro	Técnico	Auxiliar	Atendente
UTI Geral	6	3	24	0
UTI Neopediátrica	6	2	22	0
Pronto Socorro	6	5	13	0
Neonatologia	1	4	7	0
Pediatria	1 + 1*	3	17	0
Posto 1	2	4	28	0
Centro Cirúrgico	1	0	23	0
Maternidade	2	5	12	0
Infectologia	1 + 1*	3	13	0
Núcleo CCIH	1	0	0	0
Central Material	1	1	26	3
Centro Obstétrico	1	2	23	2
GSE	1** + 3***	1	1	1
Ambulatório	0	1	4	0
SADT	0	2	3	1
TOTAL	34	36	216	7

Fonte: Gerência do serviço de enfermagem

* Enfermeira divide seu tempo na assistência de enfermagem nos dois setores

** Gerente do serviço de enfermagem

*** Supervisoras de enfermagem no período noturno

Nota-se pela tabela 5.1 que os setores de UTI geral e neopediátrica, bem como o de pronto socorro, contam com o maior número de profissionais enfermeiros. O número de enfermeiros nos três setores citados representa 52,9% do total do efetivo em todo o hospital, o que se justifica por tais setores demandarem assistência de enfermagem de maior complexidade, como cuidados intensivos e semi-intensivos, e por haver exigência da Lei do Exercício Profissional de que em áreas críticas mantenha-se em todos os turnos, permanentemente, pelo menos um profissional enfermeiro.

A existência de exatamente seis enfermeiros em cada um dos três setores citados não é mera coincidência. Ocorre justamente pela necessidade de pelo menos um profissional em cada turno. Nos três setores, existem, portanto, um enfermeiro para o turno da manhã, outro para o turno da tarde, e dois enfermeiros fazendo revezamento em plantões noturnos, além de um enfermeiro que realiza a cobertura de folgas e também do enfermeiro coordenador do setor.

Outra observação que merece comentário está relacionada ao número de auxiliares de enfermagem, que estão distribuídos nos setores de forma mais equitativa. Além disso, ressalte-se que enquanto o número de enfermeiros e técnicos em toda a instituição é praticamente o mesmo (34 e 36, respectivamente), o número de auxiliares é seis vezes maior.

A explicação para esse fato é que as atividades básicas de enfermagem são desenvolvidas na maior parte pelos auxiliares de enfermagem, cujo contingente é portanto necessariamente maior do que o dos técnicos de enfermagem e enfermeiros. Nova legislação prevê que a categoria de auxiliares de enfermagem não prestará cuidados a pacientes nas áreas críticas (pronto socorro, unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos e centros obstétricos), passando estas áreas a serem atendidas exclusivamente pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros, razão pela qual a oferta de cursos para a formação de técnicos de enfermagem tem aumentado gradativamente.

5.1.1.5 Seleção e recrutamento

O processo de seleção e recrutamento dos profissionais de enfermagem é desenvolvido continuamente, mediante o preenchimento de uma ficha com dados pessoais e de experiência profissional.

Para a seleção são marcadas datas específicas para provas de conhecimentos gerais, sendo verificados os níveis de compreensão e escrita. A parte escrita é considerada essencial, pois, conforme relato da pessoa responsável pelo recrutamento e seleção o nível de conhecimentos gerais dos auxiliares e técnicos de enfermagem é em média muito ruim, razão

pela qual a instituição busca aprimorar a seleção, visando a contratação de profissionais com maior potencial.

Dentre os melhores candidatos são separados os currículos de melhor conteúdo, e quando surge alguma vaga estes candidatos são chamados para uma nova avaliação, e posteriormente encaminhados a uma avaliação prática no próprio setor onde poderão ser alocados. No caso dos enfermeiros a avaliação é fundamentada nos currículos apresentados.

O setor de recursos humanos não realiza avaliação de desempenho dos trabalhadores, mas há intenção de implantação de um formulário para acompanhamento contínuo dos funcionários, com o objetivo de verificar a eficiência de seu trabalho, o que fornecerá subsídios para a tomada de decisões relacionadas à efetivação ou demissão de novos funcionários.

Esta avaliação deverá ser realizada quando o funcionário estiver completando 25 dias de trabalho e refeita quando ele atingir 55 dias de trabalho. Pela proposta apresentada pela gerência de recursos humanos, o profissional deverá estar ciente da avaliação e será comunicado, em caso de demissão, que tal decisão foi tomada pelo fato de ele não ter correspondido às expectativas da empresa, tudo com base na avaliação que será implementada.

A instituição realiza uma entrevista de saída, através de formulário (Anexo D), apresentado aos demissionários pelo setor de recursos humanos. Segundo relata a gerente de recursos humanos, quase todos os demissionários têm preenchido este formulário, o que já possibilitou um levantamento sobre os motivos de saída da instituição, conforme dados fornecidos a serem apresentados mais adiante.

5.1.1.6 Salários e benefícios

Os salários dos trabalhadores de enfermagem são diferenciados por categoria profissional (enfermeiro, técnico e auxiliar), e também por vínculo empregatício (ISEP ou FUNPAR), sendo que os trabalhadores com vínculo no ISEP são melhor remunerados do que os trabalhadores vinculados ao FUNPAR.

Quanto aos benefícios, todos os trabalhadores recebem vale alimentação e vale transporte, este último um benefício instituído por lei. Em termos de assistência à saúde, apenas os profissionais com vínculo no ISEP possuem um plano de atendimento, que está passando por reformulações.

O plano de cargos e salários é aplicado apenas aos trabalhadores com vínculo empregatício do ISEP. Para os demais trabalhadores a instituição não dispõe de plano de carreira.

5.1.2 Etapa 2 - Escolha do setor

Para proceder a escolha do setor alvo (amostra) foi realizada uma busca junto ao cadastro de empregados e desempregados mantido pelo setor de recursos humanos, concentrando atenção nos dados relativos ao número de profissionais demitidos e demissionários em 2001 e período de janeiro a maio de 2002. Esses números possibilitaram o cálculo da rotatividade nos diversos setores da instituição.

5.1.2.1 Taxas de rotatividade na instituição

A tabela 5.2 apresenta dados relativos a números absolutos e às taxas de rotatividade, envolvendo profissionais de enfermagem demissionários e demitidos, separados por setor e categoria no período de março a dezembro de 2001.

Tabela 5.2: Demissionários / Demitidos de Enfermagem por Setor e Categoria - 2001.

	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		TOTAL	
	Demis.	Demit.	Demis.	Demit.	Demis.	Demit.	Demis.	Demit.
UTI Geral	2	1		1	7	5	9	7
UTI Neopediátrica*	3				2	1	5	1
Pronto Socorro	4				2	3	6	3
Neonatologia					1	1	1	1
Pediatria					1		1	0
Posto 1	1	1			6	6	7	7
Centro Cirúrgico					1	1	1	1
Maternidade					1	1	1	1
Infectologia					1	1	1	1
Núcleo CCIH							0	0
Central Material					2	1	2	1
Centro Obstétrico							0	0
GSE							0	0
Ambulatório							0	0
SADT							0	0
TOTAL	10	2	0	1	24	20	34	23

Fonte: Gerência de recursos humanos - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados.

Nas categorias de auxiliar de enfermagem e enfermeiro estão concentrados os maiores números de demissionários, sendo importante a verificação de que os setores de UTI e pronto

socorro são setores denominados críticos, pois neles a equipe presta cuidados intensivos e semi-intensivos, sendo portanto, de maior carga de trabalho, enquanto no posto 1 (ortopedia, clínica médica e cirúrgica) é considerado setor não-crítico, mas percebe-se um número também elevado de demissões.

Podem-se perceber que na categoria enfermeiros a soma dos demissionários é cinco vezes maior que o número de demitidos, enquanto que no caso da categoria auxiliares de enfermagem a proporção é entre demissionários e demitidos é equivalente, embora haja uma pequena diferença a maior no caso dos demissionários. No quadro geral (total das categorias), o número de demissionários é 47% maior que o número de demitidos.

A tabela 5.3 apresenta dados relacionados ao número de demissionários e demitidos separados por setor e categoria no ano de 2002, sendo que estes dados referem-se ao período de janeiro a maio de 2002.

Tabela 5.3: Demissionários / Demitidos de Enfermagem por Setor e Categoria - 2002.

	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Total	
	Demis.	Demit.	Demis.	Demit.	Demis.	Demit.	Demis.	Demit.
UTI Geral	1				2	3	3	3
UTI Neopediátrica				1		2	0	3
Pronto Socorro	1	1	1		1		3	1
Neonatologia					1	2	1	2
Pediatria							0	0
Posto 1		1			1		1	1
Centro Cirúrgico					1		1	0
Maternidade					1		1	0
Infectologia			1				1	0
Núcleo CCIH	1						1	0
Central Material				1		1	0	2
Centro Obstétrico							0	0
GSE							0	0
Ambulatório							0	0
SADT							0	0
TOTAL	4	2	2	2	7	8	13	12

Fonte: Gerência de recursos humanos - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados.

No ano de 2002 os setores que apresentam maior número (em termos absolutos) de demissionários e demitidos são os de UTI geral, com 3 demissionários e 3 demitidos, e de pronto socorro, com 3 demissionários e 1 demitido.

A rotatividade voluntária (demissões a pedido) dos enfermeiros é o dobro da rotatividade determinada por decisão da empresa. No caso da rotatividade dos técnicos de enfermagem os números são exatamente os mesmos (duas saídas voluntárias e duas por decisão da empresa) no período de cinco meses.

Na categoria dos auxiliares de enfermagem, há rotatividade equivalente, embora se verifica um demissionário a menos do que os demitidos (7 e 8, respectivamente). Essa diferença compensa a somatória geral, na qual se verifica que nos cinco primeiros meses do ano de 2002 ocorreram 13 demissões a pedido e 12 demissões por iniciativa da instituição hospitalar (ver tabela 5.4).

Tabela 5.4: Taxa de Rotatividade por Setor e Categoria 2001 - Demissionários.

	Enfermeiro	Técnico	Auxiliar
UTI Geral	33,3%	0	29,2%
UTI Neopediátrica*	50%	0	9%
Pronto Socorro	66,6%	0	15,4%
Neonatologia	0	0	14,3%
Pediatria	0	0	5,9%
Posto 1	50%	0	21,4%
Centro Cirúrgico	0	0	4,3%
Maternidade	0	0	8,3%
Infectologia	0	0	7,7%
Núcleo CCIH	0	0	0
Central Material	0	0	7,7%
Centro Obstétrico	0	0	0
GSE	0	0	0
Ambulatório	0	0	0
SADT	0	0	0

* Cálculo considerando dados computados a partir de março de 2001, segundo fórmula da Associação Paulista de Administração de Empresas proposta por Chiavenato (1989b).

Percebe-se pela tabela 5.4 que a maior taxa de rotatividade, com relação à categoria enfermeiros, se verifica no setor de pronto socorro, no qual ela representa um movimento extensivo a dois terços (66,6%) dos profissionais do setor; com relação aos auxiliares de enfermagem, a rotatividade no pronto socorro também é significativa (15,4%), embora inferior às taxas encontradas nos setores de UTI geral (29,2%) e posto 1 (21,4%).

Na tabela 5.5, encontra-se na categoria enfermeiros e no setor pronto socorro a mesma taxa de rotatividade apurada quando levados em conta exclusivamente os números

relacionados aos profissionais demissionários, embora esta última também inclua os profissionais demitidos pela instituição (66,6%).

Tabela 5.5: Taxa de Rotatividade Setor e Categoria 2001 - Demissionários/Demitidos.

	Enfermeiro	Técnico	Auxiliar
UTI Geral	50%	33,3%	50%
UTI Neopediátrica*	50%	0	13,6%
Pronto Socorro	66,6%	0	38,5%
Neonatologia	0	0	28,6%
Pediatria	0	0	5,9%
Posto 1	100%	0	42,8%
Centro Cirúrgico	0	0	8,7%
Maternidade	0	0	16,7%
Infectologia	0	0	15,4%
Núcleo CCIH	0	0	0
Central Material	0	0	11,5%
Centro Obstétrico	0	0	0
GSE	0	0	0
Ambulatório	0	0	0
SADT	0	0	0

* Cálculo considerando dados computados a partir de março de 2001, segundo fórmula da Associação Paulista de Administração de Empresas proposta por Chiavenato (1989b).

Na tabela 5.6 volta-se a verificar ocorrência das maiores taxas de rotatividade nos setores de UTI geral e pronto socorro, ambas com taxa de 16,6% na categoria enfermeiros.

Ao considerar-se a rotatividade encontrada entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, entretanto, nota-se taxas mais expressivas no setor de pronto socorro da instituição hospitalar.

As taxas de rotatividade verificadas foram de 33,3% e 5,5%, respectivamente, enquanto na UTI geral o percentual encontrado foi de 6,5%, ficando a rotatividade concentrada na categoria de auxiliares de enfermagem.

Novamente, observa-se que as taxas de 100% de rotatividade verificadas nos setores núcleo CCIH (categoria enfermeiros) e infectologia (categoria técnicos de enfermagem) são atípicas e portando devem ser relevadas no estudo, visto que ambos os setores têm apenas um profissional de tais categorias, sendo que estes profissionais pediram demissão de janeiro a maio de 2002, resultando em uma taxa de *turnover* de 100%, dado bastante relevante.

Tabela 5.6: Taxa de Rotatividade por Setor e Categoria 2002 - Demissionários.

	Enfermeiro	Técnico	Auxiliar
UTI Geral	16,6%	0	6,5%
UTI Neopediátrica	0	0	0
Pronto Socorro	16,6%	33,3%	5,5%
Neonatologia	0	0	10%
Pediatria	0	0	0
Posto 1	0	0	3%
Centro Cirúrgico	0	0	4,2%
Maternidade	0	0	8,3%
Infectologia	0	100%	0
Núcleo CCIH	100%	0	0
Central Material	0	0	0
Centro Obstétrico	0	0	0
GSE	0	0	0
Ambulatório	0	0	0
SADT	0	0	0

* Cálculo considerando dados computados a partir de janeiro a maio de 2002, segundo fórmula proposta por Chiavenato (1989b).

A tabela 5.7 mostra uma taxa de rotatividade no pronto socorro de 33,3% na categoria enfermeiros, 20% na categoria técnicos e 7,7% na categoria auxiliares de enfermagem.

Tabela 5.7: Taxa de Rotatividade por Setor e Categoria 2002 - Demissionários/Demitidos.

	Enfermeiro	Técnico	Auxiliar
UTI Geral	16,6%	0	20,8%
UTI Neopediátrica	0	50%	9%
Pronto Socorro	33,3%	20%	7,7%
Neonatologia	0	0	42,8%
Pediatria	0	0	0
Posto 1	50%	0	3,5%
Centro Cirúrgico	0	0	4,3%
Maternidade	0	0	8,3%
Infectologia	0	33,3%	0
Núcleo CCIH	100%	0	0
Central Material	0	100%	3,8%
Centro Obstétrico	0	0	0
GSE	0	0	0
Ambulatório	0	0	0
SADT	0	0	0

* Cálculo considerando dados computados a partir de janeiro a maio de 2002, segundo fórmula proposta por Chiavenato (1989b).

Para esta conclusão, pelos mesmos motivos apresentados em relação às tabelas anteriores, a taxa de 100% verificada no setor de núcleo CCIH na categoria enfermeiros deve merecer um desconto em sua valoração histórica, pois se dá em razão da saída do único profissional que atuava no setor, no período em questão.

A escolha do setor alvo deste estudo, como se viu, baseou-se em ampla análise dos dados obtidos junto ao cadastro de empregados e desempregados mantido pelo setor de recursos humanos da instituição. Em razão do presente estudo concentrar-se na rotatividade voluntária, ou seja, aquela decorrente da vontade e/ou iniciativa do profissional, tais números é que passam a merecer maior atenção, indicando até mesmo os rumos do trabalho, influenciando na escolha do setor obtido como amostra e embasamento de conclusões.

Diante das taxas encontradas e levando-se em conta a consideração feita no parágrafo anterior foi realizada uma reunião com a gerente do serviço de enfermagem da instituição, com as enfermeiras coordenadoras de setor e também com algumas enfermeiras assistenciais disponíveis dos diversos setores, ocasião em que foram apresentados os objetivos da pesquisa e as taxas de rotatividade encontradas nos diversos setores de atuação da enfermagem, conforme as tabelas descritas anteriormente.

Em conjunto com estas profissionais foi realizada a escolha do setor de melhor aplicabilidade deste estudo, sendo o setor escolhido o de pronto socorro. Após escolha procedeu-se a visita ao setor para apresentação da pesquisa para os profissionais deste setor, ocasião em que também foi feito o convite a estes profissionais para participação na pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

5.1.2.2 Caracterização do pronto socorro

A instituição iniciou as atividades de atendimento de pronto socorro no ano de 1998, quando foi criado o serviço de trauma e emergência, em conjunto com os setores de centro cirúrgico e as UTIs para atendimento diferenciado a adultos e crianças.

Estatísticas internas da instituição elaboradas pelo serviço médico e estatístico do hospital mostram que o pronto socorro fez 65.020 atendimentos no ano de 2001, sendo que tais atendimentos incluem emergências e triagens, neste último caso procedendo o encaminhamento dos pacientes para outros serviços de saúde, quando os casos não se caracterizem como emergência.

A equipe multiprofissional é composta de enfermeiros, médicos, residentes, acadêmicos de medicina, técnicos administrativos, pessoal de serviços gerais, segurança e recepção, radiologistas e técnicos de raios-x.

Os trabalhadores de enfermagem do pronto socorro estão distribuídos em três turnos, sendo dois diurnos, ambos de 6 horas diárias, e um turno noturno, de 12 horas diárias contínuas. As equipes dos turnos da manhã (das 7 às 13 horas) e da tarde (das 13 às 19 horas) são compostas por 1 enfermeira assistencial, 1 técnico de enfermagem e 3 auxiliares de enfermagem por turno, sendo adotado pela instituição que cada profissional tem uma folga a cada cinco dias trabalhados.

Em ambos os turnos diurnos a instituição não utiliza o Índice de Segurança Técnica, ou seja, os funcionários que estão em folga e férias não são substituídos, cabendo aos demais integrantes da equipe desdobrar-se nas atividades para cobrir tais ausências, à exceção do caso dos enfermeiros, em que sempre ocorre substituição, ainda que haja falta de última hora, pois cabe aos enfermeiros a responsabilidade de supervisão de todo o serviço.

No turno da noite o trabalho é desenvolvido por duas equipes, que trabalham em noites alternadas (ímpares e pares). Os trabalhadores mantidos com contratos da FUNPAR têm sistema diferenciado, com plantão noturno de 12/36 horas, ou seja, trabalha-se uma noite (12 horas seguidas) e folga-se 36 horas seguidas.

Estes profissionais têm benefício legal de 1 hora de descanso durante o horário de trabalho, sendo que entre as 22 horas de um dia e 5 horas do dia seguinte recebem adicional noturno, conforme preconizado pela CLT. A cada cinco plantões estes trabalhadores têm direito a uma folga, perfazendo um total de três folgas por mês.

Para os trabalhadores da noite vinculados ao ISEP os plantões são de 12/60 horas, ou seja, trabalha-se uma noite (12 horas seguidas) e folga-se 60 horas seguidas, não necessitando desta forma a ocorrência de folgas nas escalas. Nesse caso os trabalhadores não têm direito à 1 hora de descanso, conforme nos mostra a escala mensal de trabalho (Anexo E). Porém, todos os funcionários estão orientados a fazer este horário de descanso, independentemente do vínculo empregatício.

A enfermeira coordenadora do setor faz horário diferenciado, totalizando 8 horas diárias e quarenta horas semanais, de segunda a sexta-feira.

A amostra deste estudo foi composta por 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 8 auxiliares de enfermagem, distribuídos nos três turnos de trabalho, sendo estes os profissionais que aceitaram fazer parte desta pesquisa após a explicitação dos objetivos e da

metodologia, bem como dos instrumentos a serem utilizados e ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Estes trabalhadores foram observados em seus respectivos turnos de trabalho e as entrevistas semi-estruturadas (Apêndice B) foram realizadas em intervalos durante plantões com demanda mais tranqüila. Estes dados foram obtidos no período de maio a agosto de 2002, perfazendo um total de 60 horas de observação direta e entrevistas informais e semi-estruturadas, e encontram-se descritos nas análises da tarefa e das atividades.

5.1.2.3 Estrutura física e organizacional

A estrutura física do pronto socorro está explicitada no Anexo C, sendo a construção em plano horizontal, em pavimento térreo com acesso por via rápida no sentido centro - bairro. O pronto socorro oferece dois acessos externos, sendo um para a triagem do pronto atendimento e o outro somente para casos de emergência, que recebe pacientes trazidos por ambulâncias do SIATE, ambulâncias de outros hospitais e também por veículos de particulares, sendo que todos os pacientes trazidos em veículos de particulares são avaliados pela enfermeira de plantão no setor antes do paciente adentrar ao pronto socorro.

Há um outro acesso externo que consta na planta baixa do pronto socorro, porém não é utilizado. Tal acesso seria destinado ao ingresso de pacientes para a sala de tomografia, mas a passagem encontra-se interdita por cadeiras, dispostas de forma que os pacientes aguardem sua vez para o exame.

No acesso para o pronto atendimento funcionam os serviços de internação e de entrega de fichas de retorno. Tais atividades são realizadas por profissionais responsáveis pela internação e atendimento ao público, portanto não são de responsabilidade da equipe de enfermagem.

Há uma sala de espera com várias cadeiras para o aguardo da triagem por parte dos pacientes e acompanhantes. Há ainda uma instalação sanitária para uso do público, e uma instalação sanitária para funcionários do internamento e pessoal de segurança.

O acesso para o pronto atendimento é através de uma porta com segurança ou de uma sala de triagem. Há uma sala destinada ao serviço social e um consultório médico que pode se transformar em quarto de isolamento para pacientes infectados - este quarto tem instalação sanitária própria.

De acordo com o Anexo C o pronto atendimento dispõe de seis macas de atendimento do lado direito e seis macas do lado esquerdo, perfazendo um total de doze macas. O pronto

atendimento tem duas pias para lavagem de mãos e locais para acondicionamento de lixo, materiais perfuro-cortantes e contaminados.

O pronto socorro apresenta ainda corredor com bancada para apoio de exames e negatoscópio (aparelho destinado a observação de raios-x) que dá acesso ao alojamento e à sala de estar e cozinha dos residentes, plantonistas, pessoal de limpeza e enfermagem; sala de expurgo; sala de materiais destinada à guarda e distribuição de medicamentos, que é denominada de farmácia; sala de raios-x com mesa e aparelho, com uma instalação sanitária para pacientes e comunicação com a câmara clara, que contém a câmara escura e a entrega de laudos; sala de gesso (não aparece no leiaute) localizada antes da porta de acesso interno do hospital ao pronto socorro; arsenal, que fica ao lado da farmácia e sua porta desemboca no corredor onde ficam o posto de enfermagem; porta de centro cirúrgico; enfermarias masculina e feminina; sala de pertences; sala do Suporte Avançado à Vida; ao lado uma outra sala de raios-x, que no período desta pesquisa não estava funcionando; sala de higienização; e depósito de material de limpeza.

A descrição feita neste item teve por objetivo oferecer um panorama geral do pronto socorro, sendo que mais à frente são melhores especificados os locais em que a enfermagem desenvolve suas atividades de trabalho, refeições e descanso.

A estrutura organizacional do pronto socorro é composta pela enfermeira coordenadora, que está subordinada imediatamente à gerência do serviço de enfermagem, pelas enfermeiras assistenciais, que estão subordinadas à coordenadora do setor, e ainda pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, que por sua vez são subordinados às enfermeiras assistenciais e à enfermeira coordenadora.

5.1.3 Etapa 3 - Análise da tarefa, entrevista de saída, análise das atividades e diagnóstico

Nesta etapa, através de levantamento da análise da tarefa, da entrevista de saída e da análise das atividades foram verificadas as possíveis hipóteses para a rotatividade de pessoal.

Primeiramente foi apresentada de forma objetiva a análise da tarefa, esta subdividida conforme as orientações vistas no Capítulo 3.

Concomitantemente foram apresentados os motivos de saída apontados pelos trabalhadores da instituição no ano de 2001, conforme dados cedidos pelo setor de recursos humanos da instituição.

Posteriormente é apresentada a análise das atividades, seguindo os levantamentos de dados preconizados anteriormente no Capítulo 3.

Através das análises feitas durante coleta de dados desta etapa pode-se obter o diagnóstico das situações observadas, finalizando então a terceira etapa.

A seguir apresenta-se cada passo de forma detalhada.

5.1.3.1 Análise da tarefa

A análise da tarefa compreende a verificação das condições organizacionais e das condições físico-ambientais de trabalho.

5.1.3.1.1 Condições organizacionais

A capacitação dos enfermeiros, como abordado no Capítulo 2, é de nível superior, com formação acadêmica na área de enfermagem com duração mínima de quatro anos. Os técnicos de enfermagem têm sua formação específica após a conclusão do ensino médio, antigo segundo grau, e recebem a designação de técnicos de enfermagem, que são os profissionais preconizados atualmente pelo Conselho Regional de Enfermagem para atuação em áreas críticas.

Os auxiliares de enfermagem fazem um curso específico, mas não necessitam ter concluído o segundo grau. Alguns auxiliares estão se qualificando para técnicos e outros ainda encontram-se cursando a universidade para obter a formação de enfermeiros. Os profissionais que participam desse estudo trabalham no mínimo há seis meses no setor, alguns sem experiência anterior em setor de pronto socorro, porém com certa experiência em outros setores hospitalares e da própria instituição.

Aqui não se demonstra numericamente, por percentual ou de outra forma tais informações, por medida de preservação dos profissionais que participaram da pesquisa, pois do contrário seria possível identificá-los, o que não é útil para os objetivos do trabalho e por outro lado poderia criar algum tipo de constrangimento os profissionais e a instituição, o que por questão ética, se pretende evitar.

Os profissionais executam as tarefas de forma parcelizada, ou seja, distribuem-se entre as tarefas e locais de atuação. No atendimento a pacientes em emergência são utilizados os protocolos Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS) e Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS). Em termos de manuais de normas e rotinas, o setor dispõe apenas do manual de triagem, que como foi dito é tarefa de responsabilidade exclusiva dos enfermeiros.

As rotinas gerais de serviço não estão descritas em manuais. Elas são apresentadas para os profissionais que são admitidos através das práticas diárias das tarefas. Ao serem contratados os novos profissionais começam imediatamente a atuar no setor, pois normalmente não há tempo hábil para treinamento.

A enfermeira coordenadora é responsável pela elaboração das escalas mensais, das escalas de atividades e pela promoção de reuniões com a equipe do pronto socorro, além de desenvolver as mesmas funções das enfermeiras assistenciais. As enfermeiras assistenciais fazem o atendimento de triagem e o cuidado a pacientes graves no Suporte Avançado de Vida (SAV) em conjunto com auxiliares e técnicos. Também realizam a supervisão dos técnicos e auxiliares de enfermagem, resolvem questões burocráticas na ausência da enfermeira coordenadora e verificam as condições de abastecimento (material permanente e de consumo), entre outras atividades.

Os técnicos de enfermagem e os auxiliares realizam, entre as tarefas de rotina na assistência aos pacientes, as de preparo de cama, higiene oral, banho no leito, banho com acompanhamento, troca de roupas de cama e maca, auxílio na alimentação, administração de medicamentos pelas vias oral, intramuscular, endovenosa, subcutânea, venóclise e inalatória, realizam curativos, tricotomias, acompanhamento dos sinais vitais, arrolamento e entrega de pertences, sondagem vesical e gástrica, lavagem, diurese e glicofita, auxílio e acompanhamento de exames, cuidados especiais, atividades educativas na alta e admissão, preparo para exames e cirurgias. Estas tarefas fazem parte da formação geral dos trabalhadores de enfermagem.

Todas as atividades realizadas são anotadas para permitir a elaboração de um relatório mensal de produtividade. Os números apresentados nos relatórios mensais na maioria das vezes não são reais, pois em determinados momentos, com o aumento na demanda de atendimentos, muitas atividades não são anotadas, o que prejudica o dimensionamento de pessoal, que conforme relato da gerente de enfermagem é calculado com base no número de procedimentos realizados.

A jornada dos plantões diurnos é de 6 horas diárias para enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares, com pausa de 15 minutos para um lanche. No período noturno os plantões são de 12/36 horas com 1 hora de descanso. As folgas ocorrem a cada 5 dias de trabalho, e durante o ano são distribuídas folgas referentes aos feriados nacionais e religiosos, como a Páscoa, Natal e Ano Novo. Estas datas são colocadas na escala mensal com a designação 'F1', 'F2', etc., sendo identificadas de forma diferenciada em relação às demais folgas, que recebem a designação 'F'. A enfermeira coordenadora faz o horário de 8 horas

diárias, com 1 hora de intervalo para almoço, totalizando 40 horas semanais, com folga nos finais de semana e feriados.

A inter-relação com as chefias acontece quando os profissionais são convocados para reuniões com a gerência do serviço de enfermagem, sendo convocados a enfermeira coordenadora e em algumas ocasiões as enfermeiras assistenciais. No pronto socorro a enfermeira coordenadora promove reuniões sistemáticas com as enfermeiras assistenciais, e também com os técnicos e auxiliares de enfermagem. Já a inter-relação com a equipe multiprofissional (médicos, residentes, acadêmicos, nutricionistas e outros profissionais) acontece continuamente, de modo informal, no decorrer do desenvolvimento das atividades diárias.

Esta interação também acontece de maneira formal, através do prontuário do cliente/paciente, e através de outros impressos de solicitações de procedimentos. Também é possível observar importante inter-relação dos profissionais com pacientes/clientes e com seus familiares. No primeiro caso, de forma contínua verbal, explicando procedimentos e confortando-os, e de forma não-verbal, através do toque e olhar durante os procedimentos.

Com a família a inter-relação se faz por contato direto, através de informações que são prestadas aos familiares, ou por contato indireto, ao comunicar-se através de telefone alguns recados ou fazer alguma solicitação. Pode-se observar ainda a inter-relação com professores, alunos e estagiários do curso de enfermagem, que acontece de forma direta através do esclarecimento de questões relacionadas às rotinas do setor.

Com os professores essa interação também ocorre através do agendamento do campo de estágio, que é feito pelo contato com o centro de estudos e pelas visitas prévias ao campo de estágio, para ambientação no setor e tratativas iniciais com a equipe de enfermagem. A inter-relação com policiais e principalmente profissionais do SIATE acontece diariamente de forma verbal, no momento da transferência de pessoas feridas e ou pacientes para o hospital, travando-se um diálogo sobre os tipos de traumas identificados e outras informações pertinentes. Com os policiais, algumas vezes foi possível observar contatos telefônicos para obtenção de notícias de pacientes com histórico ou suspeita de delitos.

A inter-relação com técnicos administrativos ocorre com boa frequência nos momentos de internamento. O contato é direto e de forma verbal. Os técnicos de raios-x solicitam auxílio da enfermagem para o transporte e posicionamento de pacientes para exame.

O fluxo de informações ocorre através de reuniões convocadas verbalmente ou por avisos afixados em quadros murais, que também são usados para fixação de informativos de interesse da equipe multiprofissional, escalas de plantonistas das diversas especialidades,

avisos da comissão de prevenção de acidentes, do setor de recursos humanos e outros comunicados. Agradecimentos de pacientes e familiares na forma de cartas também são afixados nos quadros murais.

Os telefones são utilizados para comunicação com profissionais de outros setores como UTI e de internação, ocorrendo tal situação principalmente para averiguar a possibilidade de vagas para transferência, e para contatos rápidos com profissionais de outros setores internos ou mesmo externos ao hospital. Também ocorre grande fluxo de informações pessoais, entre a equipe multiprofissional, clientes e pacientes, tanto de forma verbal como não-verbal.

5.1.3.1.2 Condições físico-ambientais de trabalho

Os profissionais de enfermagem dispõem de vários ambientes para a realização de suas tarefas. Entretanto são descritos apenas os ambientes de maior atuação do pessoal de enfermagem, como o posto de enfermagem, sala de triagem, SAV, expurgo, arsenal e enfermarias. É importante ressaltar também que há um ambiente destinado às pausas para descanso, alimentação e repouso dos profissionais.

Conforme disposto no Anexo C, o pronto socorro compreende sala de espera para a triagem, sala de triagem, serviço de internação (técnico-administrativo), serviço social, instalação sanitária para funcionários, salão de procedimentos de baixa complexidade ou pronto atendimento (com doze boxes para atendimentos de baixa complexidade), área de visualização de raios-x, alojamentos (médicos, residentes, equipe de enfermagem e pessoal de apoio), copa, sala de estar e vestiários, sala de gesso, arsenal, farmácia, raios-x, posto de enfermagem, enfermaria feminina e masculina, SAV, sala de pertences, higienização e setor de tomografia.

Em termos de dimensões gerais, o pronto socorro mostrou-se adequado, portanto não foram consideradas relevantes na composição deste trabalho as dimensões de cada ambiente ocupado pelos trabalhadores de enfermagem. Também não foram utilizados aparelhos para medição de ruídos, temperatura ambiente e luminosidade, não sendo objetivos desta pesquisa um aprofundamento dessas questões, mas ainda assim foram feitas algumas observações sobre estes itens.

A seguir apresenta-se a descrição dos ambientes em que a equipe de enfermagem realiza suas atividades:

- Sala de Triagem: É destinada a seleção da população que procura o pronto socorro para atendimento; avalia os clientes e acolhe ou encaminha estes para atendimento em outras unidades de saúde, absorvendo apenas os pacientes com histórico de trauma ou outras emergências. Os enfermeiros do pronto socorro são responsáveis por estas triagens. A Sala de Triagem tem as seguintes condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: é mobiliada com mesa e duas cadeiras, maca para exames e escadinha. O ambiente é limpo e bem conservado, os móveis e paredes estão em bom estado de conservação. Janelas e portas descritas no ambiente térmico. As paredes são pintadas com tinta lavável na cor bege. O piso é de granitina, um pouco mais claro que o das paredes. Os cantos são arredondados para facilitar a limpeza; b) Ambiente Térmico: dispõe de apenas duas portas para ventilação, as quais permanecem fechadas durante o atendimento, sendo abertas apenas para recebimento do cliente e entrada do profissional. A janela é do tipo basculante, no alto; c) Ambiente Acústico: o ambiente sofre a interferência de ruídos externos; d) Ambiente Luminoso: a sala conta mais com a iluminação artificial, do que a natural, por estar cercada de outros ambientes. A lâmpada utilizada é do tipo fluorescente, apresentando um bom nível de iluminação;
- Consultório e/ou Isolamento: Sala destinada a atendimento médico e que também pode ser transformada em quarto de isolamento de pacientes com agentes patológicos multiresistentes como, por exemplo, uma cirurgia infectada que tenha sido realizada na instituição. Condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: A sala é mobiliada com mesa e duas cadeiras, maca para exames e escadinha. O ambiente é limpo e bem conservado, os móveis e paredes estão em bom estado de conservação. Para transformá-lo em quarto de isolamento são feitas alterações de mobiliário, ou seja, é retirada a maca de exames e é colocada uma cama hospitalar com rodinhas. Há uma instalação sanitária; b) Ambiente Térmico: Dispõe de ventilação apenas por janela basculante e pela porta de entrada e saída; Ambiente Acústico: é um ambiente que sofre a interferência de ruídos externos; c) Ambiente Luminoso: Iluminação natural por janela no alto tipo basculante e artificial com lâmpadas fluorescentes. As janelas têm telas de proteção para evitar a entrada de insetos;
- Posto de Enfermagem: Local destinado ao manuseio de impressos, livros, escalas de atividades e materiais para o preparo de medicações (bandejas, dispositivos para infusão venosa, anti-sépticos, aparelhos para sinais vitais, etc). Condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: É separado da região de trânsito intenso de profissionais e pacientes por um balcão, está localizado internamente em região central, para facilitar o acesso; os materiais estão dispostos dentro do balcão; pia para lavagem de mãos e preparo de medicamentos; geladeira para acondicionamento de medicamentos (controle de temperatura); b) Ambiente

Térmico: No inverno apresenta uma temperatura agradável, pois não recebe corrente de ar direta de ambiente externo; no verão apresenta-se mais abafado (os profissionais utilizam jalecos, calças e sapatos fechados); c) Ambiente Acústico: É um ambiente com ruído de pessoas falando (pacientes, familiares, equipe multiprofissional), telefones tocando (que demoram para ser atendidos por falta de pessoal), campainhas do setor de raios-x e do centro cirúrgico (solicitando exames), campainhas do SIATE, etc; d) Ambiente Luminoso: Iluminação exclusivamente artificial, através de lâmpadas fluorescentes, apresentando boa iluminação tanto durante os plantões diurnos quanto os noturnos;

- Suporte Avançado de Vida (SAV): Local destinado ao atendimento de pacientes vítimas de trauma. Condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: Piso em granitina de cor clara (bege) com cantos arredondados, paredes pintadas com tinta lavável na cor bege, duas portas de acesso do tipo “vai-e-vem” sem maçanetas, dois biombos móveis para privacidade do cliente/paciente, dois carrinhos de emergência com cardioversor, oxímetro de pulso e monitor cardíaco e medicamentos e materiais de emergência como ambus e laringoscópios. Um armário na cor branca com gavetas para guarda de materiais, sendo que os locais encontram-se identificados, quatro suportes de soro móveis, recipientes para pérfuro-cortantes de fácil alcance, lixeiras, relógio na parede e rede de gases (ar comprimido, oxigênio e vácuo); b) Ambiente Térmico: No inverno é o ambiente mais quente, pois é mantido aquecido com dois aquecedores portáteis (queima de oxigênio), o que é necessário para o conforto dos clientes/pacientes, mas sujeita os profissionais a mudanças bruscas de temperatura. O SAV é pouco ventilado se permanecer sem trânsito de profissionais, pois possui janelas lacradas; c) Ambiente Acústico: É o ambiente mais silencioso, porém nos momentos de atendimento pode-se ouvir uma razoável quantidade de ruídos, seja dos pacientes ou da equipe médica e de enfermagem; d) Ambiente Luminoso: O ambiente recebe iluminação natural através de janelas tipo basculante, recobertas por película de segurança (fumê), e também iluminação artificial, por meio de lâmpadas fluorescentes; e) Ambiente de Segurança (portas externas e pessoal de guarda): A porta externa de acesso ao SAV é do tipo “vai-e-vem”, com local para fixação. A porta é mantida fechada com trincos, e tem um vidro com película na cor fumê, o que não impede que pessoas que estejam do lado de fora tenham uma visão do que está ocorrendo dentro do setor, fator que coloca em risco a segurança da equipe de trabalho e dos pacientes;

- Pronto Atendimento ou Boxes: Salão que comporta seis macas do lado direito e seis macas do lado esquerdo. As macas são separadas umas das outras por cortinas (biombos) em material plástico tipo *blackout*. Os boxes são destinados à realização de procedimentos de

baixa complexidade como suturas, avaliações de cirurgias ortopédicas, medicações, etc. Condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: Pisos de granitina com cantos arredondados, paredes pintadas com tinta lavável na cor bege, materiais e equipamentos, cortinas de *black-out* na cor creme, macas fixas, mesinhas para suporte dos materiais, vários recipientes para pérfuro-cortantes; b) Ambiente Térmico: Ventilação apenas por basculantes teladas e através das portas de acesso; c) Ambiente Acústico: Apresenta muitos ruídos de conversas paralelas, e outros barulhos provenientes dos ambientes próximos, como campainhas de telefones, raios-x e SIATE; d) Ambiente Luminoso: Iluminação natural através de janelas tipo basculante no alto, tanto do lado direito quanto esquerdo. A iluminação artificial é feita por lâmpadas fluorescentes;

- Sala de Gesso: Local destinado à confecção de gesso. É uma sala pouco utilizada pela equipe de enfermagem, pois presta auxílio a este tipo de procedimento quando solicitada pela equipe médica. Está localizada em corredor interno do hospital próximo ao pronto socorro.

Condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: Paredes e piso seguem a descrição dos outros ambientes já mencionados; b) Ambiente Térmico: Segue as variações térmicas das estações do ano: no inverno é um ambiente frio e no verão é relativamente quente; c) Ambiente Acústico: Sujeita a pouco barulho externo por ficar próxima ao corredor de acesso interno do hospital ao pronto socorro; c) Ambiente Luminoso: Iluminação natural por janela tipo basculante e artificial por lâmpadas fluorescentes;

- Enfermarias Masculina e Feminina: Locais destinados à internação durante período de observação e aguardo de procedimentos a serem realizados no centro cirúrgico relativos a trauma. Não dispõem de instalações sanitárias. Condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: Piso de granitina na cor clara (bege), paredes pintadas com tinta lavável de cor clara; cada enfermaria comporta três camas com rodinhas, mesinhas para refeições e mesas de cabeceira; as enfermarias não dispõem de instalação sanitária; b) Ambiente Térmico: Janelas tipo basculante teladas; c) Ambiente Acústico: Ruídos de conversas, campainhas vindas da área de circulação próxima ao posto de enfermagem; d) Ambiente Luminoso: Natural através de janelas e artificial através de lâmpadas fluorescentes;

- Expurgo: Local destinado a colocação de materiais e campos e roupas contaminadas utilizadas durante o plantão pela equipe de enfermagem, médicos, acadêmicos e residentes. Como exemplos podem ser citados os materiais de sutura, cubas, prolongamentos e campos contaminados. Condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: Paredes de azulejo na cor clara, piso de granitina de cor clara com cantos arredondados, vaso sanitário (desprezar dejetos), lixeira para resíduos infectantes, pia para enxágüe de materiais, recipiente para

colocação de materiais contaminados, porta de acesso com maçaneta; b) Ambiente Térmico: Janela tipo basculante telada, apresenta boa ventilação; c) Ambiente Acústico: Ambiente de pouca permanência de profissionais, utilizado apenas para guardar materiais contaminados até serem transportados para a central de material; d) Ambiente Luminoso: Iluminação natural pela janela e artificial por lâmpadas fluorescentes.

- **Arsenal:** Local destinado a guarda de materiais de consumo reesterilizados, ou seja, objetos que são encaminhados pela equipe de enfermagem do pronto socorro para serem processados pela equipe da central de material. Estes objetos passam por processo de lavagem, secagem, acondicionamento e esterilização em autoclaves. Como exemplos podemos citar comadres, papagaios, bacias, materiais de sutura, curativos, prolongamentos, etc. Também é o local destinado à guarda de roupas de cama e macas, camisolas, cobertores, etc. Condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: Suas dimensões são amplas para o que se destina, é composto de armários sem portas, com prateleiras onde ficam estocados os materiais descritos anteriormente. A porta é mantida aberta, a equipe de enfermagem faz o controle destes materiais e a cada turno faz a reposição conforme demanda (em certa ocasião estavam ocorrendo reformas na Central de Esterilização e estavam faltando materiais, pois dependiam de outros hospitais realizarem a esterilização); b) Ambiente Térmico: No inverno é ambiente de temperatura agradável, porém é ambiente de pouca permanência do pessoal de enfermagem; c) Ambiente Acústico: Recebe influência sonora de outros ambientes próximos; d) Ambiente Luminoso: Iluminação natural e artificial com lâmpadas fluorescentes, com bom grau de iluminação para as atividades a que se destina;

- **Sala de Higienização:** Local destinado à higiene dos pacientes/clientes, tendo em vista que muitos se encontram em situação precária de higiene, em decorrência de acidentes automobilísticos, ou mesmo acidentes de trabalho e outras ocorrências. Condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: É revestida por azulejo de cor branca e piso em granitina com cantos arredondados e dispõe de chuveiro com ducha para facilitar a higienização dos pacientes, porém os profissionais que prestam este cuidado usam botas (tipo borracha) e aventais de plástico; b) Ambiente Térmico: Segue as temperaturas das estações do ano, no inverno frio, no verão relativamente quente; c) Ambiente Acústico: Ambiente com influência sonora externa do corredor próximo ao SAV; d) Ambiente Luminoso: Recebe pouca quantidade de iluminação natural, pois dispõe de janela pequena em parede externa bem no alto, a iluminação artificial é realizada através de lâmpadas fluorescentes;

- **Quarto de Descanso:** Ambiente destinado ao repouso de 1 hora dos trabalhadores da enfermagem e serviços gerais do período da noite, e também é destinado ao momento de

pausa para descanso e lanche dos profissionais do período diurno. Condições físico-ambientais: a) Ambiente Físico: São dois quartos com duas beliches cada um, separados por uma instalação sanitária com chuveiro; ou seja, os dois quartos acessam ao mesmo banheiro que é composto por duas portas. Cada quarto tem seu acesso externo no corredor dos alojamentos dos médicos, plantonistas e residentes; b) Ambiente Térmico: No verão é bastante quente, pois recebe luz do sol direta, no inverno as temperaturas são baixas, é pouco ventilado com janelas tipo basculante; c) Ambiente Acústico: É um ambiente preservado de ruídos externos, a não ser nos plantões diurnos que os profissionais fazem seu momento de pausa de forma descontraída e animada, bem como momento de lanche; d) Ambiente Luminoso: Para a noite têm uma cortina tipo *blackout* que veda iluminações externas, durante o dia recebe iluminação externa quando mantido entreaberto. A iluminação artificial é feita através de lâmpada comum luminosidade reduzida, o que é o ideal para o objetivo do local;

- Guarda de Pertences: Local destinado a guarda de roupas, sapatos e outros objetos portados pelos pacientes e clientes trazidos pelos SIATES, ambulâncias entre outros, estes objetos são acondicionados em sacos plásticos após arrolamento e entregues somente na alta do paciente. Condições físico-ambientais: Ambiente Físico: a) Ambiente pequeno e com prateleiras de aço sem portas, onde são colocados os pertences dos pacientes, acondicionados em sacos plásticos; b) Ambiente Térmico: Permanece fechado e não recebe ventilação externa, salvo quando a porta é aberta para colocação ou retirada de pertences. Isto favorece a proliferação de um odor bastante desagradável, visto que as roupas e objetos geralmente estão molhadas e sujas de sangue, secreções e terra, o que pode propiciar a proliferação de fungos e outros microorganismos; c) Ambiente Acústico: este item não merece atenção, pois nenhum trabalhador permanece ali por muito tempo, pois é um local bastante apertado e exala odor desagradável; d) Ambiente Luminoso: Somente dispõe de iluminação artificial por lâmpada incandescente.

5.1.3.2 Entrevista de saída

O setor de recursos humanos do hospital aplica uma entrevista de saída quando ocorre o desligamento do funcionário (Anexo D). Estas entrevistas são realizadas desde novembro de 2000, sendo disponibilizados para a pesquisa os dados relativos aos desligamentos ocorridos desde a época de implantação até dezembro de 2001.

No período foram realizadas 40 entrevistas de saída, preenchidas voluntariamente pelos trabalhadores desligados. As entrevistas, que não são identificadas, foram realizadas não

apenas com pessoal de enfermagem, mas a análise das respostas permitiu observar que uma grande percentual delas referia-se a profissionais de enfermagem.

Quanto ao local de trabalho, no que se refere aos recursos humanos, encontra-se nas entrevistas as expressões ‘muito trabalho/poucos funcionários’; ‘faltam recursos materiais para realizar um bom trabalho no pronto socorro’; ‘o ambiente é de pouca colaboração entre colegas de trabalho’; ‘higienização à noite no pronto socorro não funciona’.

Em relação aos benefícios, quanto ao vale alimentação e refeitório foi possível anotar reclamações do tipo ‘falta de higiene’, ‘alimentação ruim’ e ‘faltam marmitas, sucos, etc’.

Alguns demissionários manifestaram que durante o período em que estiveram em atividade na instituição não tiveram oportunidade de participar de cursos qualificadores e de atividades de desenvolvimento profissional e pessoal. Já na questão salarial alguns relataram insatisfação e intenção em buscar outro emprego com melhor remuneração.

Quanto à supervisão existem reclamações sobre ‘perseguição de superiores’; ‘falta de reconhecimento’; ‘falta de tato da chefia ao chamar a atenção dos subordinados’; ‘inexistência de treinamento para novos funcionários’; ‘necessidade de realizar reciclagem com os funcionários’; e ‘necessidade de cuidar mais da humanização’, entre outras.

Também há reclamações sobre o fato dos horários de trabalho serem inflexíveis, com expressões do tipo ‘escala muito puxada’; ‘escala inflexível’; e ‘mudanças na escala sem aviso prévio’.

Estes fatores mencionados são de ordem organizacional e podem auxiliar no diagnóstico para levantamento de problemas. Houve uma série de outros fatores mencionados nas entrevistas de saída, porém dizem respeito a decisões pessoais e em razão disso não foram citados por não serem de interesse deste estudo.

5.1.3.3 Análise das atividades

As observações e acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos profissionais da equipe de enfermagem possibilitaram a verificação da multiplicidade de ações realizadas para que as tarefas tenham seus objetivos atingidos.

As atividades observadas compreenderam desde procedimentos mais simples de verificação de sinais vitais, preenchimento de relatórios, punção venosa e trocas de selo d’água em drenos de tórax, até procedimentos de maior complexidade, como auxílio nas manobras de ressuscitação cardio-respiratória, em que a equipe de enfermagem dá o suporte

na parte de administração dos medicamentos, punção venosa, circunstância em que estas atividades são realizadas em situação de pressão de tempo.

Para a compreensão das atividades reais e das exigências feitas aos trabalhadores de enfermagem no desenvolvimento de seu trabalho são descritas as condicionantes físicas e gestuais, as condicionantes cognitivas, psíquicas e de regulação e controle, as condicionantes as organizacionais e as condicionantes físico-ambientais.

5.1.3.3.1 Condicionantes físicas e gestuais

No desenvolvimento das diversas atividades, as posturas adotadas pelos trabalhadores da equipe de enfermagem alternam-se entre postura em pé, em equilíbrio estático ou dinâmico e postura sentada. Nos turnos de trabalho a equipe de enfermagem permanece uma grande parcela do tempo em posição em pé e dinâmica.

A assistência a vários pacientes e em locais diversos que compõem o posto de trabalho exige que os trabalhadores de enfermagem deambulem durante quase todo seu turno de trabalho. A maioria das tarefas já descritas exige dos profissionais de enfermagem esta postura. Em tarefas como atender o telefone e proceder o registro nos prontuários de pacientes e livros de registros adotam a postura ereta e estática. A posição sentada é observada em períodos curtos de tempo, geralmente em momentos de intervalo de descanso e alimentação.

Para os profissionais do período noturno ainda há a possibilidade da postura em decúbito dorsal (deitada), no período destinado ao descanso e repouso, que é realizado em local apropriado. Queixas de cansaço e dores nos membros inferiores são uma constante para os trabalhadores, principalmente quando acumulam outras jornadas de trabalho. Foi possível extrair, em entrevista semi-estruturada com os profissionais, alguns depoimentos importantes nesse sentido.

Sobre o sentimento de cada profissional, ao final da jornada de trabalho, foram obtidos os seguintes depoimentos: *“Me sinto bastante cansada, com estafa física e mental, e às vezes desanimada, por não conseguir passar um plantão em ordem”* (enfermeira C); *“Tenho muito cansaço físico e dores no corpo”* (enfermeira A); *“Algumas vezes parece que só apaguei incêndio; não se consegue ver um resultado satisfatório”* (enfermeira B); *“Feliz por um lado, devido ao sentimento de missão cumprida, mas por outro lado cansada, por causa do estresse gerado no próprio plantão e pela dupla jornada”* (enfermeira D).

E ainda: *“Depende do andamento do plantão durante as doze horas de serviço”* (técnica de enfermagem A); *“Muito cansada, mas fico contente, feliz, porque sei que fiz a*

minha parte e por isso mantenho a consciência tranquila” (técnica de enfermagem B); *‘Cansada. Afinal, são doze horas noturnas, e muito estresse’* (técnica de enfermagem D); *‘Depende das intercorrências. Tem dias que me sinto satisfeita com o trabalho, e outros em que me sinto estressada’* (auxiliar de enfermagem G); *‘Cansado para ainda trabalhar em outro’* (auxiliar de enfermagem B); *‘Depende do plantão, mas em geral cansado’* (auxiliar de enfermagem D); *‘Cansada, porém o sentimento é de satisfação, realização pessoal e profissional’* (auxiliar de enfermagem F).

Diante das colocações feitas pelos trabalhadores pode-se perceber que as atividades são bastante intensas, gerando um certo grau de desgaste dos profissionais ao final de cada jornada de trabalho. Durante a atividade de triagem, que é desenvolvida pelos enfermeiros, estes têm a possibilidade de ficar uma parcela um pouco maior do tempo de trabalho em posição sentada, enquanto procedem as entrevistas com os pacientes - porém, ainda assim, esses períodos são muito curtos.

As dificuldades apresentadas relativas às posições impostas na realização das atividades geram sobrecarga física, como a transferência de pacientes de um setor para outro - que inclui empurrar e puxar macas e camas, muitas vezes sem auxílio de outro trabalhador -, que tem como consequência dores e comprometimento agudo ou crônico da coluna destes trabalhadores.

É bastante comum entre os trabalhadores de enfermagem a queixa de dores lombares, bem como dores nos membros inferiores, principalmente ao término dos plantões, a situação é agravada quando se tem outra jornada de trabalho. Dos oito auxiliares que compõem a amostra, três tem duplo vínculo empregatício. Dos quatro técnicos, todos têm outro vínculo. Dentre os quatro enfermeiros, dois têm um outro vínculo de trabalho.

Isso nos leva a perceber que o acúmulo de atividades em outros vínculos, também pode ser fator gerador de estresse e desgaste do trabalhador, podendo levar a uma maior rotatividade. Talvez se os profissionais limitassem a apenas um vínculo empregatício haveria uma diminuição da rotatividade, porém a questão salarial necessitaria ser revista. Importante relacionar aqui os aspectos referentes à busca pela qualidade de vida dos profissionais, relatada na entrevista semi-estruturada, diante da questão sobre as atividades realizadas após a jornada de trabalho, quanto ao lazer, vida social e familiar.

As respostas obtidas foram: *“Dormir”* (enfermeira A); *“Faço exercício físico”* (enfermeira B); *“Quando chego em casa (à noite) fico com minha família, assisto TV, conversamos, na folga tento sair”* (enfermeira C); *“Vou para o outro emprego e depois para o outro. No final de tudo isto, estou muito cansada, só penso em banho e cama”* (enfermeira

D); *“Tomo banho e vou para outro serviço, ou vou para casa dormir”* (técnico A); *“Às vezes lazer, vida social e família na mesma noite, ou lazer e família”* (técnico B); *“Natação, dormir e lazer”* (técnico C).

E também: *“Participo na maioria das vezes da academia, passeios com a família, estudo, pois trabalho em dois empregos e não tenho muito tempo”* (técnico D); *“Procuro descansar”* (auxiliares A e D); *“Vou trabalhar em outro serviço ou procuro descansar”* (auxiliar B); *“Família + lazer”* (auxiliares C e E); *“Família, lazer, vida social, depende de cada dia”* (auxiliar F); *“Família e amigos”* (auxiliar G); *“Família, cuidado das atividades domésticas à tarde, busco minha filha na escola, etc”* (auxiliar H).

5.1.3.3.2 Condicionantes cognitivas, psíquicas e de regulação e controle

As tarefas realizadas pelos trabalhadores de enfermagem são permeadas por exigências cognitivas. Como exemplo destas exigências pode-se citar a exigência de raciocínio, ou seja, a evocação de memórias de longo termo e curto termo, que de forma prática podem ser descritas, respectivamente, como o procedimento de realizar uma técnica de sondagem urinária, buscando as informações pertinentes à técnica asséptica aprendida na época do curso de enfermagem (longo termo), e as informações relativas a um cliente/paciente que tem características próprias, como por exemplo decidir sobre o número da sonda a ser utilizada e a necessidade de higiene da região (curto termo).

Como exigência cognitiva também pode-se descrever a necessidade de tomada de decisão, situação com a qual os trabalhadores de enfermagem são constantemente defrontados. É comum à equipe de enfermagem ter que tomar decisões sobre procedimentos a serem deflagrados frente a um sinal ou sintoma apresentado pelo cliente/paciente. Para apresentar um exemplo simples, pode-se elaborar a seguinte questão: se o paciente apresentar sinais e sintomas de hemorragia e estiver sem acesso venoso, a equipe desde logo deverá comunicar os médicos, mas também terá de ter a iniciativa de providenciar um acesso venoso em caráter emergencial.

Um outro exemplo de exigência cognitiva está associado à pressão do tempo para que determinadas tarefas sejam realizadas. No caso das demandas de pronto socorro de trauma, em especial, variam bastante, sendo impossível prever com antecedência como serão os plantões de serviço. Alguns plantões são relativamente calmos, porém outros são extremamente agitados, ficando por vezes tarefas para serem realizadas no turno subsequente.

Também em relação à pressão do tempo, pode-se citar o exemplo de um atendimento a paciente que esteja fazendo uma parada cardio-respiratória, caso em que se as ações não forem implementadas com rapidez, em conjunto com a equipe, o cliente poderá ir a óbito, ou permanecer com seqüelas devido ao tempo que ficou sem oxigenação dos tecidos cerebrais.

Diante dos exemplos expostos, pode-se ter uma idéia sobre as exigências cognitivas a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos diuturnamente, as vezes em maior grau e por vezes em menor grau.

As condicionantes psíquicas, por sua vez, estão relacionadas com as exigências psíquicas relativas ao contexto das atividades de trabalho. Como exemplos podemos citar as emoções, o prazer e o medo, sentimentos que os profissionais de enfermagem experimentam constantemente.

As exigências psíquicas são uma constante em ambiente de pronto socorro de trauma, envolvendo sentimentos como o medo do inesperado (cada dia é uma caixa de surpresas), o prazer em salvar vidas e outras emoções. Em determinados momentos, alguns trabalhadores demonstraram a necessidade de relatar circunstâncias ocorridas em plantões anteriores, relatando histórias tristes e penosas, que mexem com o psicológico, como forma de desabafar, extravasar sentimentos. Vários foram os relatos, como casos de estupro, morte de bebê, abuso, maus tratos a crianças entre outros.

No desenvolvimento de suas atividades, os profissionais de enfermagem estabelecem auto-regulações, priorizando em momentos os atendimentos de emergência, deixando com isso em segundo plano outras atividades também importantes da assistência de enfermagem, porém não de emergência. Tal situação acaba gerando um constrangimento ao profissional, que se vê pressionado pela vontade de realizar todas as tarefas prescritas, sem no entanto poder desenvolvê-las integralmente e de modo satisfatório.

Há preocupação, por exemplo, em passar o plantão para o profissional do turno seguinte com pendência de tarefas, o que comumente ocorre, gerando constrangimento entre profissionais dos turnos envolvidos.

As pausas são realizadas quando o setor está calmo, ou seja, enquanto não ocorrer um término dos atendimentos os profissionais não realizam pausa, salvo quando em comum acordo há revezamento para um lanche rápido e utilização do banheiro. Não há um rigor na distribuição destas pausas. Todos os profissionais têm direito a 15 minutos nos plantões diurnos e 1 hora nos plantões noturnos.

A conduta, quando os plantões estão calmos os períodos de descanso não são seguidos rigorosamente, visto que é possível compensar um plantão mais tumultuado, em que não foi

possível nem sequer tomar um pouco de água. Para o turno da noite a pausa para jantar ocorre entre 21 e 22 horas. Em razão disso, se nesse período o profissional não tiver condições de se liberar das atividades, perderá a possibilidade de fazer a refeição.

5.1.3.3.3 Condicionantes organizacionais

Os aspectos observados são relativos às percepções e dificuldades encontradas pelos trabalhadores relacionadas às condições organizacionais. Dentre as condicionantes organizacionais citamos o relacionamento da equipe e o relacionamento multiprofissional, o fluxo de informações, incentivo à qualificação, salários e benefícios, a organização e estruturação do trabalho e os procedimentos burocráticos.

No tange ao relacionamento entre a equipe e equipe multiprofissional, o relacionamento entre as equipes de trabalho nos turnos da manhã, tarde e noite, e também o relacionamento multiprofissional, pode ser definido como satisfatório, pois durante os momentos de observação nada foi percebido que afete a inter-relação entre os profissionais.

Eis alguns depoimentos coletados: *‘Todos os integrantes da equipe trabalham juntos. De certa maneira, há uma boa comunicação com a equipe multiprofissional’* (auxiliar de enfermagem A); *‘Nossa equipe em geral é bem colaborativa. A comunicação com a equipe multiprofissional é boa, mas há exceções’* (auxiliar de enfermagem D); *‘A equipe é unida, há ajuda mútua, o que é importante para que não ocorram falhas no trabalho. A equipe multiprofissional tem relacionamento atencioso, um ajuda o outro em prol da melhoria ao atendimento ao paciente’* (auxiliar de enfermagem E); *‘O entrosamento é muito bom. Com a equipe multiprofissional também, embora às vezes aconteçam algumas intrigas’* (auxiliar de enfermagem H); *‘Em primeiro lugar, adoro o que faço, e minha equipe ajuda muito em todos os sentidos. A equipe multiprofissional trabalha unida, sem estresse, e a comunicação é ótima’* (técnico de enfermagem D).

E ainda: *‘A equipe é colaborativa, e tem que ser assim, pois do contrário não conseguimos realizar um bom trabalho e bom atendimento. O relacionamento com a equipe multiprofissional é ótimo’* (técnico de enfermagem C); *‘Todos são unidos e há colaboração mútua’* (técnico de enfermagem A); *‘Auxiliares, técnicos e enfermeiros trabalham juntos, não fazendo diferenciação. Temos a vantagem de ter sempre junto no plantão a equipe médica, o que nos ajuda no atendimento’* (enfermeira B); *‘Na maioria dos casos, quando ocorre alguma intercorrência, uma boa conversa já resolve. Quanto à equipe multiprofissional, há médicos de difícil convivência, mas na maioria são acessíveis’*

(enfermeira D); *“Todos tentam fazer o que podem, um ajudando o outro. Com a equipe multiprofissional há bom relacionamento, existe respeito e cooperação”* (enfermeira C).

Quanto ao fluxo de informações entre as equipes de turnos diferentes, ocorre na passagem de plantões, e entre cada equipe do mesmo turno continuamente, em forma de comunicação verbal. Com as chefias diretas, ou seja, com as enfermeiras que realizam a supervisão e a enfermeira coordenadora, as informações não fluem de forma direta. A equipe de enfermagem também tem como fluxo constante de informações as anotações nos prontuários dos clientes.

Nestes prontuários são procedidas as anotações da equipe multiprofissional sobre as condições do cliente/paciente, bem como as prescrições médicas, para o preparo de medicamentos, checagem, anotações. As anotações nos prontuários algumas vezes deixam a desejar, pois nem tudo o que acontece com o cliente é registrado e nem todos os profissionais de saúde lêem sistematicamente as anotações existentes no prontuário.

Os profissionais de enfermagem executam atividades delegadas, mas mantêm certo espaço de domínio de conhecimentos, peculiar ao trabalho profissional. No entanto, o seu poder decisório é pequeno, e as regras de funcionamento da instituição delimitam as suas possibilidades de ação. As dietas dos clientes/pacientes também seguem um fluxo de informação com o serviço de nutrição e dietética, porém é possível perceber o pessoal deste serviço indagando a equipe de enfermagem sobre as dietas de determinados pacientes que anteriormente estavam em jejum para cirurgia.

A respeito do incentivo à qualificação, para que os profissionais se qualifiquem são permitidas eventuais trocas de plantões, porém cada ausência deve ser compensada em forma de reposição do trabalho, a ser combinada com o profissional que fez a cobertura da folga.

Quando indagados sobre tal incentivo à qualificação e sobre as oportunidades de treinamento, as respostas dos profissionais participantes da pesquisa, em síntese, foram as seguintes: *“Não existem treinamentos promovidos pela instituição. Como iniciativa individual, pelo menos uma vez por mês, desenvolvo alguma atividade de qualificação com minha equipe. Quando ocorrem cursos externos, temos que trocar folgas na escala”* (enfermeira C); *“A instituição não realiza treinamentos e não incentiva o profissional a participar de cursos de qualificação”* (enfermeira A); *“Os treinamentos são eventuais, e ainda assim deixam a desejar. Quando há cursos fora da instituição, podemos mexer na escala para participar do evento”* (enfermeira B).

E ainda: *“Quase não existem treinamentos. No período noturno é praticamente zero. Quando há tempo, fazemos educação continuada, durante algum procedimento. Em relação a*

cursos externos, não há muita flexibilidade da carga horária para participarmos, sendo que um funcionário deve pagar o plantão do outro” (enfermeira D); ‘Não temos treinamentos” (auxiliar de enfermagem G); ‘Nunca tive a oportunidade de participar de algum treinamento” (auxiliar de enfermagem H); ‘Não existe treinamento, pois não há tempo disponível para isso. Até hoje, infelizmente, não recebi incentivo para participar de algum curso de qualificação” (auxiliar de enfermagem F).

Os outros depoimentos colhidos foram: *‘Nós do período da tarde fazemos reuniões e aulas para estar sempre atualizados com as técnicas de enfermagem. Sempre que possível, vamos a congressos e cursos, para aumentar nossos conhecimentos” (auxiliar de enfermagem E); ‘Não temos treinamentos no setor. Não recebemos incentivo e só ganhamos liberação quando os cursos e treinamentos são obrigatórios e dentro do hospital” (técnico de enfermagem A); ‘No período da tarde fazemos um treinamento com a própria equipe, mas dentro do hospital não existe treinamento, ou, se existe, eu desconheço. Às vezes consegue-se liberação para participação em algum curso” (técnico de enfermagem B).*

Quanto aos salários e benefícios, os profissionais de pronto socorro fizeram as seguintes manifestações: *‘O salário é muito baixo. Plano de saúde não temos. O vale alimentação é baixo” (enfermeira A); ‘Recebemos vale alimentação e vale transporte, mas não temos plano de saúde. Quanto ao salário, está defasando mês a mês devido a inflação” (enfermeira B); ‘O salário não condiz com o salário do pronto socorro. Plano de saúde não temos e o vale alimentação ajuda um pouco” (enfermeira C); ‘O salário é péssimo. O vale alimentação, de tão pouco, pode ser chamado de ‘vale-sanduba’. E plano de saúde, infelizmente, não tem” (técnico de enfermagem B); ‘Pelo serviço que realizamos deveríamos ganhar um pouco mais” (técnico de enfermagem C); ‘O salário é muito baixo, por isso é que existem tantas pessoas desistindo dessa profissão” (auxiliar de enfermagem C); ‘O salário poderia ser compatível com o setor, já o vale alimentação é de grande ajuda” (auxiliar de enfermagem E); ‘A enfermagem não é valorizada. O salário é baixo, pois o trabalho é muito exigente” (auxiliar de enfermagem H).*

A organização e a estruturação do trabalho de enfermagem são feitas com base na divisão das categorias de profissionais, sendo que os enfermeiros estão encarregados pelos procedimentos mais complexos e supervisão da equipe de enfermagem.

Para os técnicos e auxiliares de enfermagem recai a responsabilidade do trabalho manual, ou seja, aquele mais braçal; porém, é importante ressaltar que estes trabalhadores também tomam decisões e auxiliam o enfermeiro na condução dos trabalhos, ou mesmo

desenvolvem suas atribuições, na ausência temporária do mesmo (curto período de tempo). As atividades realizadas pela equipe foram descritas anteriormente na análise da tarefa.

Os participantes da pesquisa foram unânimes em considerar que o número de profissionais do setor é inadequado, como se vê nos depoimentos que seguem: *“Para um pronto socorro o número é insuficiente, e além disso não há funcionário para cobrir a ocorrência de falta ao serviço ou férias”* (auxiliar de enfermagem G); *“O número de profissionais não nos permite dar atendimento de qualidade aos nossos pacientes”* (auxiliar de enfermagem H); *“O setor precisa de mais profissionais, tanto em quantidade como em qualidade”* (auxiliar de enfermagem F).

E ainda: *“A demanda de pacientes é muito grande e quando um funcionário sai de férias, ou folga, ocorre uma sobrecarga aos demais funcionários”* (auxiliar de enfermagem E); *“Há uma sobrecarga sobre os poucos que trabalham. Um funcionário a mais já resolveria”* (auxiliar de enfermagem A); *“Trabalhamos somente com quatro funcionários por período, e não há reforço quando alguém folga ou sai de férias. É difícil dar uma assistência adequada e humanizada com o quadro defasado”* (enfermeira B); *“Na maioria dos plantões a equipe fica sobrecarregada de trabalho”* (enfermeira D).

Outros depoimentos coletados: *“O número de profissionais é insuficiente e a situação se agrava quando alguém está de folga ou tira férias, pois não há funcionário para cobrir”* (enfermeira C); *“Por se tratar de um setor crítico, em que não há como prever situações de emergência, o número de profissionais deveria ser maior”* (técnica de enfermagem A); *“O número não é adequado, pois num setor como o pronto socorro não sabemos o que vai acontecer em poucos minutos, e é preciso ter pessoal disponível para qualquer circunstância”* (técnico de enfermagem D); *“No dia de folga de um funcionário o setor fica descoberto. Quando alguém tira férias, também. O número de profissionais deveria ser maior”* (técnico de enfermagem B).

Diante desses depoimentos pode-se evidenciar a problemática do dimensionamento de pessoal de enfermagem, sendo esta uma hipótese de que esta condição de trabalho deixa a desejar, tendo em vista que um efetivo de enfermagem aquém das necessidades gera desgaste em toda a equipe, que necessita ampliar seus esforços para finalizar suas atividades.

Em relação aos procedimentos burocráticos de rotina, pode se dizer que para o enfermeiro coordenador recai a maior parte dos procedimentos burocráticos, que já foram descritos como confecção de escalas mensais de folgas, férias, atividades, anotação da produtividade, notificações para a CCIH. Porém toda a equipe é responsável pelas anotações de enfermagem nos prontuários do cliente/paciente, anotações no livro de intercorrências de

plantões relativos aos atendimentos realizados no SAV, sendo estes registros importantes até mesmo para questões policiais.

5.1.3.3.4 Condicionantes físico-ambientais

As condicionantes físico-ambientais dizem respeito aos aspectos encontrados com relação ao ambiente físico, químico e biológico dos locais onde são realizadas as diversas tarefas, e que podem originar-se em dificuldades na realização das atividades. São elas:

- **Ambiente físico:** as condicionantes físico-ambientais relativas ao ambiente físico podem ser descritas nos diversos locais de atuação dos profissionais dentro do pronto socorro. De modo geral o ambiente físico é bastante adequado; sendo importante ressaltar o local de guarda de pertences que deveria passar por algum tipo de transformação quanto a ventilação. Outro fator importante é o relacionado às camas e macas que foram encontradas com manutenção precária (rodinhas emperradas), dificultando o transporte dos pacientes para outros locais, principalmente a UTI que é no pavimento superior, sendo seu acesso por um elevador ou por rampa; outra questão é em relação à temperatura apresentada no SAV, calor em excesso, por manter aquecedores para conforto e segurança dos clientes que podem ter seu quadro metabólico alterado se expostos a temperaturas baixas. Os aquecedores utilizados são de reservatório de água, mas os mesmos encontravam-se vazios, trazendo problemas de queima de oxigênio do ambiente;
- **Ambiente químico:** o risco químico mais evidente é em relação ao manuseio de medicamentos, principalmente antibióticos, pois estes podem tornar as bactérias do ambiente hospitalar mais resistentes e estes trabalhadores mais vulneráveis a uma possível contaminação;
- **Ambiente biológico:** o constante contato com sangue e secreções tornam o ambiente biológico um risco constante para os profissionais de enfermagem. A maioria das atividades que incluem o manuseio de pacientes em pronto socorro de trauma, incluem o contato com sangue e secreções, porém se verifica uma conscientização destes profissionais para a utilização de equipamentos de proteção individual, principalmente luvas de procedimento. Durante a observação foi possível constatar que o manuseio das caixas de papelão para desprezar materiais perfuro-cortantes utilizados em cirurgias é inadequado, pois verificou-se uma situação em que um dos profissionais transferiu alguns destes materiais perfuro-cortantes de uma caixa para outra, completando a segunda, para que fosse retirada pelo pessoal da limpeza. Quando o trabalhador foi questionado sobre tal procedimento, respondeu que se ‘não

proceder desta maneira as caixas poderiam ficar cheias de forma repentina, em situação que não houvesse tempo de retirá-las, devido a demanda de atividades”. A transferência do material, do modo observado, coloca em risco os profissionais que utilizam esta prática, devido à possibilidade de acidente com os materiais pérfuro-cortantes e conseqüentemente de contaminação do próprio trabalhador com material biológico.

5.1.3.4 Diagnóstico

As hipóteses de trabalho que foram formuladas no decorrer da análise da demanda, da tarefa e da atividade são apresentadas aqui na forma de diagnóstico, objetivando a posterior elaboração do Caderno de Encargos e Recomendações Ergonômicas (CERE). São utilizadas também no diagnóstico as respostas obtidas nas entrevistas de saída, mesmo que estas respostas não sejam exclusivas da equipe de enfermagem de pronto socorro, pois trazem fatos retrospectivos ao período em que foram verificadas as taxas rotatividade, ou seja, trabalhadores que deixaram suas opiniões referentes a aspectos relevantes para o diagnóstico.

O diagnóstico é a síntese da análise ergonômica do trabalho, que possibilita o levantamento dos problemas e culmina com a quarta etapa deste modelo proposto. A seguir o diagnóstico é apresentado de forma subdividida em relação as diferentes características, que são: físicas e gestuais; cognitivas, psíquicas e de regulação e controle; organizacionais e físico-ambientais.

5.1.3.4.1 Quanto as características físicas e gestuais

As tarefas executadas pela equipe de enfermagem são realizadas em grande parte na posição em pé dinâmica. Os profissionais fazem referência a cansaço físico e dores nas pernas ao final do trabalho, principalmente na ocorrência de maior demanda de clientes/pacientes. Entre as atividades que exigem deslocamento, estão o transporte e movimentação de paciente de um setor para outro, a transferência das macas de transporte para as macas de atendimento e o constante atendimento do ramal telefônico (apenas um para todo o ambiente).

A necessidade de manter o sustento da família, ou mesmo de ter uma condição financeira melhor leva muitos trabalhadores de enfermagem a manter um duplo, ou até mesmo triplo vínculo empregatício o que favorece um acréscimo da fadiga em relação à carga decorrente de apenas um vínculo empregatício. Com o acúmulo de dois ou mais vínculos

empregatícios esta exigência física pode ser um fator de decisão para o profissional deixar um dos empregos.

Os profissionais que trabalham diuturnamente vão acumulando uma sobrecarga física que em conjunto com as exigências cognitiva e psíquica o que obriga o trabalhador a fazer a escolha por um dos vínculos, por não mais suportar uma carga de trabalho excessiva. O número insuficiente de profissionais também é um fator relevante na composição da exigência física de trabalho, pois um dimensionamento de pessoal aquém do ideal, principalmente sem trabalhadores para repor os funcionários que estão de folga ou em férias agrava a sobrecarga.

Se determinado plantão transcorre com um número menor de profissionais por algum dos integrantes da equipe estarem de folga ou férias, podendo ocorrer casos de absenteísmo, o risco deste plantão ficar descoberto é grande. Além da exigência física e cognitiva que gerará, tal situação acarretará também em uma qualidade deficiente na assistência aos pacientes/clientes.

5.1.3.4.2 Quanto às características cognitivas, psíquicas e de regulação e controle

As tarefas executadas pela equipe de enfermagem apresentam alta carga cognitiva, conforme mencionados por autores da área da ergonomia, sendo citado Wisner, 1987. A competência e a habilidade no desenvolvimento das tarefas são requisitos indispensáveis para a atividade profissional.

A tomada de decisão é um dos aspectos que devem ser levados em conta quando se trabalha em área crítica de setor hospitalar, pois, dependendo do caso, apenas alguns minutos podem ser determinantes para a manutenção da vida de cliente/paciente. A cobrança gira em torno da iniciativa, habilidade, conhecimento necessários para que o profissional tenha condições de agir com rapidez e eficiência. Este é um importante fator de exigência cognitiva identificada em setor de pronto socorro.

A falta de treinamento dos profissionais é um agravante, pois os trabalhadores necessitam de aprimoramento constante para aumentar suas habilidades manuais e até mesmo observacionais. A falta de incentivo para a qualificação é fator de pouco estímulo aos trabalhadores, principalmente para os que estão querendo buscar um diferencial no atendimento prestado aos clientes/pacientes. Tais profissionais têm a tendência de procurar elevar a qualidade do atendimento prestado pela instituição a que estão vinculados, tornando-se orgulhosos ao fazer parte de instituição que lhes dá apoio para crescer e tornar um serviço de excelência.

As atividades do pessoal de enfermagem alocado no setor de pronto socorro são permeadas também por exigência psíquica. Mesmo que os profissionais tenham uma boa estrutura psíquica interna na elaboração das questões pertinentes, o conviver diuturnamente com a morte, seqüelas, mutilações, violência, inclusive envolvendo crianças, produz um elevado grau de carga psíquica. Esta questão requer atenção por parte dos administradores hospitalares, pois este pode ser um dos motivos da rotatividade de mão-de-obra, tanto em relação aos profissionais de maior nível de qualificação quanto aos de menor qualificação, independente do índice de produtividade. É importante mencionar que quem cuida, também necessita de cuidados.

A regulação e controle evidenciada neste diagnóstico diz respeito principalmente às ocasiões em que os profissionais médicos chamam a atenção da equipe durante os atendimentos, fazendo pressão de tempo sobre as atividades a serem realizadas, e também à pressão de outra equipes (turnos) que assumem a passagem de plantão, para que todas as tarefas da equipe e está deixando o plantão tenham sido efetivamente realizadas.

Também o exemplo de setores como a UTI, que aceita somente admitir clientes/pacientes que tenham sido sondados anteriormente pelo pessoal do pronto socorro (sondas vesicais e nasogástricas), fazendo reclamações por sentirem seus setores também sobrecarregados.

5.1.3.4.3 Quanto às características organizacionais

A sobrecarga da equipe em razão do desenvolvimento de múltiplas funções é outro fator que merece ser observado, principalmente quando se verifica que o número de trabalhadores em um determinado setor é insuficiente para a realização de um serviço de qualidade. Um estudo mais aprofundado sobre o assunto poderia estabelecer novos critérios para melhorar a dinâmica das atividades, mas esta iniciativa demanda um investimento maior de tempo na observação dos trabalhadores. Os manuais de normas e rotinas auxiliam na melhor distribuição das funções e dinâmica das atividades.

Outra característica organizacional que chama atenção diz respeito às diferenças de vínculos empregatícios, a começar pelas diferenças salariais e de escalas de trabalho. Os colaboradores com vínculo ISEP recebem um salário maior, têm estabilidade no emprego e escalas diferenciadas de trabalho. Já os colaboradores com vínculo FUNPAR têm os salários menores e não desfrutam da estabilidade no emprego e suas escalas de trabalho são diferenciadas com carga horária visivelmente maior (Anexo E).

Diante deste fato os trabalhadores que já alcançaram formação superior continuam em posição inferior para não terem seus salários achatados. Estas condições de trabalho organizacionais podem ser fatores relevantes na decisão de deixar o emprego, como também da decisão de não mudança de categoria profissional.

5.1.3.4.4 Quanto às características físico-ambientais

O ambiente físico do pronto socorro de maneira geral oferece boas condições físico-ambientais de trabalho. Apesar deste estudo não se preocupar em proceder análise de dimensões e dados antropométricos dos trabalhadores estudados, pode-se verificar em termos gerais que a área física da unidade foi bem concebida.

Entretanto, nas enfermarias, verifica-se ausência de instalações sanitárias, o que dificulta o trabalho da equipe de enfermagem, que em razão disso precisa proceder a higienização do paciente no próprio leito, bem como dispor de comadres e papagaios para as eliminações fisiológicas, mesmo que alguns pacientes tenham possibilidade de realizar sua higiene e eliminações sem auxílio.

No aspecto da segurança as portas externas têm a parte de vidro revestida com película de cor fumê, com a intenção de preservar os profissionais da observação externa, mas tal medida não é eficaz, pois apesar do material é possível a observação externa, o que representa um risco potencial não apenas para a equipe de trabalho, mas também para os clientes/pacientes. Verifica-se ainda a existência de riscos de acidentes com os materiais biológicos, lesões e contaminação por vírus como o da hepatite B e o HIV, em razão do manuseio das caixas de pérfuro-cortantes sem o devido cuidado.

O diagnóstico realizado nas características físicas e gestuais, organizacionais, cognitivas, psíquicas, de regulação e controle e físico-ambientais levam à proposição de sugestões para as melhorias das condições de trabalho frente às hipóteses levantadas durante a etapa 3 e que são apontadas na etapa 4.

5.1.4 Etapa 4 - Proposição de soluções

Esta etapa é realizada com base no levantamento de problemas, ou seja, do diagnóstico apresentado anteriormente, e traz a proposição de soluções para melhoria das condições de trabalho, visando a diminuição das taxas de rotatividade dos trabalhadores do setor estudado.

As propostas para melhoria foram elaboradas na forma de Caderno de Encargos e Recomendações Ergonômicas (CERE), produzido a partir da análise ergonômica do trabalho. As especificações nele contidas visam contribuir para a melhoria das condições de trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem do setor estudado, buscando através destas orientações a diminuição das taxas de rotatividade de pessoal.

Algumas orientações do CERE são mais gerais, porém procurou-se salientar as condições de trabalho que podem influenciar na rotatividade de pessoal.

Para atender as características levantadas e analisadas no diagnóstico, faz-se as seguintes sugestões:

- Aspectos físicos e gestuais: manter filtros de água mais próximos ao ambiente de circulação dos profissionais de enfermagem, pois em plantões com alta demanda de atendimentos o acesso à hidratação fica restrito, o que é inadequado, pois além de se tratar de uma necessidade básica de todo o indivíduo, essa necessidade é acentuada pelo fato dos trabalhadores ficarem expostos a ambientes aquecidos como é o caso do SAV; observar e estimular a ocorrência dos períodos de descanso, principalmente para os trabalhadores do período noturno com vínculo pelo ISEP, apesar da escala diferenciada não fazer previsão deste momento; estruturar a unidade em termos de dimensionamento de pessoal com o intuito de minimizar a carga física durante realização de transporte e transferência de pacientes, bem como favorecer as pausas e períodos de descanso;
- Aspectos cognitivos, psíquicos e de regulação e controle: estruturar treinamentos periódicos com vistas a tornar a equipe potencialmente preparada para quaisquer tipos de atendimentos e evitar reclamações de outros integrantes da equipe multiprofissional, que fazem comentários inferiorizando a capacidade da equipe; viabilizar oportunidades de participação em cursos e eventos, sem que haja a necessidade de reposição de plantões, permitindo assim que os profissionais sintam-se valorizados pela instituição; implantar e estruturar um serviço de apoio psicológico aos trabalhadores com reuniões periódicas em equipe e providenciar, quando necessário, atendimentos individualizados por psicólogos e até mesmo uma equipe multidisciplinar de apoio ao trabalhador - este serviço pode fazer parte de estratégias da CIPA e medicina do trabalho, ou mesmo da gerência e coordenadores e supervisores de enfermagem, com o intuito de cuidar do cuidador (trabalhador); flexibilizar quando necessário as refeições do período noturno, ou propor alimentação alternativa quando a demanda de serviços impedir a refeição noturna (jantar) no período previamente estipulado; liberar da jornada de trabalho para participação em eventos e cursos de capacitação ou reciclagens, sem ter que fazer trocas de plantões, proporcionando momentos de integração com a equipe

através do compartilhamento das experiências e aprendizados obtidos no evento para os demais trabalhadores;

- Aspectos organizacionais: elaborar manuais de normas e rotinas do serviço, o que possibilita uma melhor distribuição de tarefas, com vistas a evitar a sobrecarga de profissionais mais ágeis em detrimento de outros um pouco mais lentos, bem como proceder consultas rápidas nos momentos de dúvidas sobre determinadas normas ou rotinas de trabalho; contratar uma escriturária para proceder os atendimentos telefônicos e auxiliar na localização de pacientes/clientes pela equipe multiprofissional - treinar pessoa para atendimento no posto de enfermagem (atendimento telefônico, residentes, organização de papéis, prontuários), fazer um serviço mais burocrático, ser um elo forte para resolver questões ao telefone; estruturar se possível isonomia salarial ou plano de cargos e salários compatíveis para os diferentes vínculos empregatícios, buscando a ampliação de vagas junto ao Governo Estadual e/ou Federal visando extinguir as diferenças existentes; reenquadrar profissionais que já mudaram de categoria e continuam a responder com nível de responsabilidade menor, mesmo dentro do mesmo vínculo empregatício (já fizeram curso de graduação e continuam como técnicos ou auxiliares); instituir índices de segurança técnica (IST) de trabalhadores, substituindo funcionários em folga e férias, manter sempre equipe fixa nos períodos; realizar estudo sobre o dimensionamento de pessoal pelo cálculo de horas de enfermagem nos diferentes graus de cuidados à clientela nesta unidade; implantar formulário de trocas de folgas e/ou plantões sob a orientação da enfermeira coordenadora quando ocorrer eventos sociais e familiares em que tenha a vontade de se fazer presente, como por exemplo alguma festa da escola do filho, ou ainda aniversário de um ente querido, podendo-se a critério instruir as equipes de cada setor quanto à responsabilidade para concessão destas oportunidades - isto permitiria uma maior flexibilização da escala de trabalho;
- Aspectos físico-ambientais: instalar exaustor para auxílio da remoção do odor no local de guarda de pertences; instalar aparelhos de aquecimento no SAV, adequados à saúde dos profissionais e de clientes/pacientes; instituir manutenção permanente para macas, camas e acessórios tão logo seja feito o pedido de reparos; realizar treinamentos sobre transporte e movimentação de pacientes com os princípios da ergonomia e biomecânica; providenciar instalações sanitárias nas enfermarias masculina e feminina, o que facilitaria o trabalho da enfermagem nas atividades de higienização do paciente, bem como desprezar os dejetos nas próprias instalações sanitárias das enfermarias; como item de segurança, trocar vidros da porta externa de acesso ao SAV por vidros que impossibilitem a visibilidade externa.

Dentre as orientações realizadas na forma do Caderno de Encargos e Recomendações Ergonômicas, as mais importantes e que parecem ter relação mais direta com a problemática da rotatividade são as referentes às questões organizacionais.

5.2 Considerações sobre a Aplicação do Modelo Proposto

O estudo baseado na Análise Ergonômica do Trabalho é uma forma eficaz de detecção de fatores que podem interferir/gerar rotatividade dos profissionais de enfermagem.

Através da observação direta, análise e diagnóstico da realidade estudada pôde-se concluir e elucidar alguns fatores no setor ou ambiente específico de trabalho que podem influenciar a rotatividade destes profissionais.

Em alguns plantões pôde-se presenciar a chegada repentina de veículos do SIATE, com suas sirenes de alerta ligadas, em momentos em que a equipe de trabalho já estava toda ocupada com outras atividades. A necessidade de vencer o tempo e o compromisso de tentar salvar mais uma vida, e de atender os pacientes que já estavam internados, gera desgaste emocional aos profissionais.

Como comentado no Capítulo 2 a rotatividade gera sobrecarga e a sobrecarga mais rotatividade, estabelecendo-se um ciclo vicioso. Em toda a atividade profissional que visa excelência de qualidade deve-se identificar e quebrar esse ciclo vicioso, oferecendo aos trabalhadores uma nova e melhor condição de trabalho.

O setor de recursos humanos e a gerência do serviço de enfermagem podem estudar conjuntamente uma melhor forma de dimensionar a equipe de trabalho, ampliando quadros em setores necessários, com o propósito de chegar a uma melhor composição da equipe, e com isso aprimorar as condições de trabalho no que tange ao dimensionamento de profissionais.

A flexibilização de escalas de trabalho, através de formulários de trocas de folgas entre colegas, também é medida importante. Estender ao próprio trabalhador este privilégio e esta responsabilidade é dividir com ele não apenas a prerrogativa de programar ou reprogramar sua escala, mas também o compromisso de que, em cada plantão, o trabalho seja desenvolvido com eficiência e voluntarismo. Essas e outras políticas de trabalho ajudarão a formar uma equipe mais coesa.

Também é indispensável o estabelecimento de programas de treinamento e qualificação de todo o grupo de colaboradores. Uma equipe melhor preparada sofre menos desgaste, e por consequência menos sobrecarga de trabalho, o que sem dúvida resultará na redução da rotatividade.

CAPÍTULO 6 CONCLUSÕES

Este capítulo apresenta as conclusões finais do trabalho, fazendo um retorno à pergunta de pesquisa, com o propósito de evidenciar como foi respondida no desenvolvimento do trabalho. Ainda, pretende-se avaliar se os objetivos propostos foram atingidos.

Por fim, faz-se as sugestões para trabalhos futuros, visando um melhor entendimento de questões relacionadas ao tema.

6.1 Conclusões

Frente a todo o exposto no desenvolvimento do trabalho, apresentam-se as seguintes conclusões para a pesquisa:

6.1.1 Quanto aos objetivos e pergunta de pesquisa propostos

A rotatividade é um fenômeno que pode ter influência significativa em qualquer organização. Um *turnover* elevado desarmoniza a equipe de trabalho, gera perda de qualidade e produtividade e gastos excessivos com seleção e treinamento.

Diante dessas (e outras) conseqüências, explicitadas de forma unânime pelos autores citados nas referências bibliográficas que fundamentaram esse estudo, é que surgiu o problema de pesquisa, traduzido por questionamento construído da seguinte forma: como interferir nas condições de trabalho de modo a minimizar elevadas taxas de rotatividade de pessoal?

O fenômeno da rotatividade é um problema complexo, ao ponto de ser difícil ter-se exato domínio sobre sua incidência. De todo modo, é possível minimizar seus índices, se a organização estiver atenta à necessidade de disponibilizar um ambiente e condições de trabalho que ofereçam valorização e bem-estar à equipe de trabalho.

Nesse sentido, o problema apresentado foi respondido de forma satisfatória, pois no desenvolvimento do trabalho fica explícito que promover melhorias nas condições de trabalho é medida de fundamental importância e eficiente para a diminuição da sobrecarga a que os profissionais de enfermagem, em sua maioria, estão expostos.

Para responder à pergunta da pesquisa foram traçados três objetivos específicos, quais sejam identificar as condições de trabalho que possam gerar rotatividade de pessoal; estabelecer a inter-relação das reais condições de trabalho com a rotatividade verificada; e listar ações que minimizem o impacto das condições de trabalho na rotatividade de pessoal.

O primeiro destes objetivos específicos foi alcançado através da fundamentação teórica apresentada no Capítulo 2, com bastante consistência tanto no enfoque geral, ao tratar-se das causas da rotatividade num contexto amplo (conforme descrito no item 2.1.2), como no enfoque específico da ocorrência do fenômeno entre os trabalhadores de enfermagem (explicitado no item 2.3.5), em que efetivamente foram identificadas diversas circunstâncias compreendidas como condições de trabalho que podem gerar rotatividade.

A observação direta realizada pela pesquisadora no setor de pronto socorro da instituição hospitalar escolhido como campo de amostra para a pesquisa, bem como a realização de entrevistas informais e semi-estruturadas, e ainda a análise de documentos mantidos pelo setor de recursos humanos - especialmente a entrevista de desligamento - possibilitaram a conquista do segundo objetivo específico.

As reais condições de trabalho convalidaram os conceitos apresentados na fundamentação teórica da pesquisa. A inter-relação dessas reais condições de trabalho com a rotatividade de pessoal verificada é apresentada na terceira etapa do trabalho, que compreendeu a análise da tarefa, entrevista de saída, análise das atividades e o diagnóstico, procedimentos descritos no Capítulo 5 (item 5.1.3 e seus sub-ítems).

A enumeração dos problemas encontrados não é exaustiva. Apenas revela que, de fato, ocorre uma exposição à sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam no setor verificado, e que tal exposição está diretamente ligada à rotatividade dos trabalhadores.

O terceiro e último objetivo específico foi alcançado através do Caderno de Encargos e Recomendações Ergonômicas (CERE), apresentado no Capítulo 5, compreendendo a quarta etapa da pesquisa.

O CERE se traduz na proposição de soluções (item 5.1.4) para melhoria das condições de trabalho, visando a diminuição dos índices de rotatividade dos trabalhadores do setor estudado.

Nesse item 5.1.4 o trabalho oferece algumas recomendações importantes para a instituição, as quais que podem contribuir efetivamente para o ajuste do *turnover* dos trabalhadores de enfermagem para índices menores e mais aceitáveis, especialmente em se tratando das questões de ordem organizacional.

Por todo o exposto, conclui-se o presente trabalho com a convicção de que o mesmo, tendo atingido seu objetivo geral, serve de instrumento de conscientização e alerta, para profissionais e empresários do setor de saúde, de que uma atividade essencial como a da enfermagem, que está ligada ao cuidado de vidas humanas, deve receber o devido - e merecido - valor e respeito profissional.

6.1.2 Quanto à abordagem utilizada

O modelo pautado em uma Análise Ergonômica do Trabalho, com a verificação das condições de trabalho, possibilitou a obtenção de um diagnóstico da situação estudada e a formulação de orientações com o intuito de intervir para a melhoria das condições de trabalho que podem gerar rotatividade.

A verificação dos índices de rotatividade, procurando conhecer a realidade destas taxas, nos diversos setores da instituição, contribuiu para a realização da pesquisa em um setor em que a problemática da rotatividade necessita ser focada com maior atenção pelos responsáveis diretos, ou seja, a direção da instituição e as gerências de recursos humanos e de enfermagem.

A utilização de um instrumento já conhecido como a entrevista de saída e a indicação deste instrumento foi útil na elucidação de fatores motivadores de rotatividade, não somente com o intuito de serem conhecidos, mas sobretudo buscando reais melhorias nas condições de trabalho.

6.1.3 Quanto à situação referência

A escolha de uma instituição hospitalar para a realização desta pesquisa contribuiu para a compreensão dos elementos das condições de trabalho em situação real. Este estudo também pode servir de subsídio para outras instituições que enfrentem a mesma problemática da alta rotatividade.

O fato de um estudo de caso ser aplicado em local específico e com população específica não quer dizer que não sirva de parâmetros para outros serviços, pois mesmo que uma análise ergonômica seja voltada para um determinado setor ou instituição, esta faz um estudo amplo de situações que podem ser similares em outros locais de trabalho e até mesmo outros ramos de atividades.

6.2 Sugestões para Trabalhos Futuros

Ao fim deste estudo, apresentam-se as seguintes sugestões para trabalhos a serem realizados no futuro:

- Estudo comparativo entre setores hospitalares críticos e não-críticos verificando-se as taxas de rotatividade entre diferentes instituições hospitalares, buscando evidenciar a influência das condições de trabalho com a rotatividade;
- Estudo da rotatividade de forma comparativa entre instituições com diferentes culturas organizacionais, com o objetivo de verificar a ocorrência de taxas de rotatividade diferenciadas em relação à cultura organizacional;
- Estudo sobre a influência das cargas de trabalho sobre a rotatividade;
- Estudo da rotatividade e condições de trabalho entre diferentes categorias de profissionais da área de saúde.

REFERÊNCIAS

AMORIM, C. C. V. T.; FAÇAMBA, A. de A. A.; BARROS, J. M. H. de A. Dimensionamento quantitativo e qualitativo dos recursos humanos da unidade feminina do hospital universitário regional do norte do Paraná. **Divulgação**. nº 15, p. 38-42, nov. 1996.

ANSEMI, M. L. **A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: USP, 1993. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1993.

ANSEMI, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 23, n. 85/86, p. 31- 41, nov. 1997a.

_____. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. **Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am/ Public Health**. Washington - EUA, v. 2, n.1, p. 44 - 50, 1997b.

AQUINO, C. P. de. **Administração de Recursos Humanos: uma introdução**. São Paulo. Atlas, 1989.

AQUINO, K. S de. **Fatores geradores da rotatividade dos enfermeiros de um hospital geral governamental da cidade de São Paulo**. São Paulo: FSC, 1991. Dissertação (mestrado). Faculdade São Camilo de Administração Hospitalar, 1991.

_____. Rotatividade dos enfermeiros. **HOSPITAL: administração e saúde**. São Paulo, v. 16, n.2, p. 74 - 79, mar./abr. 1992.

BEZERRA, A. L. Q. O significado da rotatividade de pessoal numa instituição de saúde privada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 107-120, jan./mar. 1997.

BIAZUS, M. A. **Condições de trabalho dos professores após a implantação de cursos superiores de tecnologia: estudo de caso em uma instituição pública federal de educação tecnológica, a partir da abordagem ergonômica**. Florianópolis: UFSC, 2000. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

BRANNICK, J. Decreasing the staggering costs of turnover in your organization. **Brannick Human Resource Connections**. Disponível em: <[http:// www.brannickhr/articles.html](http://www.brannickhr/articles.html)>. Acesso em: 23 mar. 2002.

BRASIL. Lei nº 4.923, de 23 de dezembro de 1965. Institui o Cadastro Permanente das Admissões e Dispensas de Empregados, estabelece medidas contra o desemprego e de assistência aos desempregados, e dá outras providências. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez. 1965. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legislação/ccivil_03/leis/L4923.htm>. Acesso em: 11 nov. 2002.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legislação/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 11 nov. 2002.

_____. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/legislacao/legislacao_nova_06.htm>. Acesso em: 13 nov. 2002.

_____. Resolução COFEN - 189. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. **Boletim COFEN**. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/legislacao/legislacao_nova_32.htm>. Acesso em: 15 out. 2002.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na empresa**. São Paulo: Atlas, 1989a. v. 5

_____. **Recursos humanos na empresa: planejamento, recrutamento, seleção de pessoal**. São Paulo: Atlas, 1989b. v. 2.

COSTENARO, O. M. V. et al. Rotatividade de pessoal: causas, conseqüências e propostas. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.7, n.1, p. 40-43, jan./dez.1987.

DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Tradução de : Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez- Oboré, 1992.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. Tradução de: Maria Irene Stocco Betiol et al. São Paulo: Atlas, 1994.

DUARTE, F. **Qualidade da produção, produção dos homens: aspectos sociais, culturais e subjetivos da qualidade e da produtividade**. Editores LIMA, F. de P. A.; NORMAND, J. E. UFMG/ DEP - Belo Horizonte. 1996.

DUARTE, G. G. et al. Vida média de labor dos enfermeiros egressos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP - BRASIL. **Rev. Latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto. v.8, n.6, p. 91-95. dez. 2000.

EPSTEIN, J. J. Reducing turnover through training. **High Volume Printing**. v. 17, p. 20-24. oct. 1999. Disponível em: <<http://www.innespub.com/swishe/hvp-search.php3>>. Acesso em: 23 mar. 2002.

FERREIRA, M. C.; FREIRE, O. N. Carga de trabalho e rotatividade na função de frentista. **Revista de Administração Contemporânea**. Brasília, v.5, n.2, p. 175-200, mai./ago. 2001.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. Tradução de João Pedro Stein. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GOLDGLANTZ, H. Understanding and dealing with employee turnover. **Pest Control**. Cleveland, v. 67. n2. p. 20-22, feb. 1999. Disponível em: <<http://www.pestcontrolmag.com/pestcontrol/article/articleList>>. Acesso em: 15 mar. 2002.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Editora Edgard Blücher, 2001.

HADDAD, M. do C. L. Proposta de implantação de um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.32, n.4, p. 307-13, dez. 1998.

IIDA, I. **Ergonomia: Projeto e produção**. São Paulo: Edgard Blücher, 1990.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. trad. Amélia Cohn, Ana Pitta-Hoisel, Ana Isabel Paraguay e Lúcia Helena Barbosa. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.18, n.2, p. 83-93, jul. 1997.

LORGE, S. When turnover isn't so bad. **Sales and Marketing Management**. New York, v. 151, p. 9-13, sep. 1999. Disponível em <<http://www.salesandmarketing.com/smm/index.jsp>>. Acesso em: 15 mar. 2002.

LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 1997.

MARTINS, L.M.M. et al. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.34, n.1, p.52-58, mar. 2000.

MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho de Enfermagem e a ergonomia. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 124-127, dez. 2000.

MINAYO, M. C. de S (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19ª ed. Petrópolis, Vozes, 2001.

MEZOMO, J. C. **Administração dos recursos humanos no hospital**. São Paulo. Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1981.

MONTMOLLIN, M. de. **A ergonomia**. Trad: de Joaquim Nogueira Gil. Instituto Piaget. 1990.

PARAGUAY, A. I. B. B. Ergonomia, carga de trabalho, fadiga mental. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 15, n. 59, p. 39-43, jul./ago./set. 1987.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem: Brasil 1500 a 1930**. São Paulo. Cortez, 1989.

_____. Organização do trabalho na saúde: In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem / UFSC. Ed. Papa Livros, 1999. p. 23-81.

SANTOS, N.; FIALHO, F. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. 2 ed. Curitiba: Editora Gênese, 1997.

SANTOS, S. R. Cálculo de pessoal de enfermagem: estudo de dois métodos. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.26, n. 2, p. 137-54, ago. 1992.

SILVA, D. M. P.P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n.5, p.44-51, out. 2000.

TANABE, M. **Contribuição ao estudo da rotatividade de mão-de-obra**. São Paulo. USP 1985. Tese (doutorado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia e Administração, 1985.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho: ergonomia método & técnica**. trad. Flora Maria Gomide Vezzà. São Paulo: FTD: Oboré, 1987.

_____. **A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. Trad. de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação - Referências - Elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 10520**: Informação e documentação - Citações em documentos - Apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724**: Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ALVES, M. O absentéismo do pessoal de enfermagem nos hospitais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.15, n1/2, p. 71-75, jan./dez. 1994.

ANGERAMI, E.L.S.; GOMES, D.L.S., MENDES, I. J. M. Estudo da permanência dos Enfermeiros no trabalho. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.5, p. 52-57, out. 2000.

BECK, C. L. C. **O sofrimento do trabalhador**: da banalização a re-significação ética da organização da enfermagem. Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Série teses em enfermagem n. 29, 2001.

BERLINGUER, G. **A saúde nas fábricas**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1983.

BRITO, J. C. de. Procurando compreender os conceitos de carga, trabalho e risco (tecnológico). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 19, n. 72, p. 38-40, jan./fev./mar. 1991.

COUTO, H. de A. **Ergonomia aplicada ao trabalho**: o manual técnico da máquina humana. Belo Horizonte: ERGO Editora, 1995 v. 2.

DANIELLOU, F. ; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 17, n. 68, p. 7-12, out./nov./dez. 1989.

DEJOURS, C. Por um novo conceito em saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11 abr./mai./jun. 1986.

DUARTE, F. **Ergonomia & projeto**: na indústria de processo contínuo. Rio de Janeiro: COPPE. Editora Lucerna, 2000.

FISCHER, F. M.; GOMES, J. da R.; COLACIOPPO, S. (Orgs.). **Tópicos de saúde do trabalhador**. HUCITEC, São Paulo, 1989.

HARKINS, P. J. Why employees stay or go workforce. **Workforce**, v. 77. n. 10, p. 74-78, oct. 1998.

LAUTERT, L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.50-64, jul. 1999.

LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC. Ed. Papa Livros, 1999.

MARCELLIN, J.; FERREIRA, L. L. Orientações atuais da metodologia ergonômica na França. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 11, n. 41, p. 64-69, 1983.

PARAGUAY, A. I. B. B. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhoria das condições de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 18, n. 70, p. 40-43, abr./mai./jun. 1990.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

SAMPAIO, J. J. C.; RUIZ, E. M.; BORSOI, I. C. F. (Orgs.). **Trabalho, saúde e subjetividade**. Fortaleza: Ed. INESP / EDUECE, 1999.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n.2, p.17-25, mar. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Consentimento Livre e Esclarecido

INSTRUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, declaro que tenho conhecimento de que o trabalho “A rotatividade e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem: um enfoque da ergonomia” desenvolvido pela enfermeira e professora Silvana Regina Rossi Kissula Souza trata-se de uma pesquisa exigida pelo Curso de Pós-Graduação de Engenharia de Produção com ênfase em Ergonomia (Mestrado) da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, e que tem como objetivo propor a melhoria das condições de trabalho, visando a redução da rotatividade de pessoal, através do diagnóstico das condições de trabalho geradoras de rotatividade, com um estudo de caso baseado na análise ergonômica do trabalho, metodologia que tem como procedimentos a observação dos profissionais em ambiente de trabalho, a realização de entrevistas informais e semi-estruturadas e análise documental. Estou ciente de que o resultado deste trabalho será apresentado e divulgado em eventos científicos e periódicos da área, garantindo o sigilo e o anonimato da minha pessoa. Declaro também que estou interessado em participar de tal pesquisa e me coloco à disposição para ser entrevistado em horário a ser combinado com a enfermeira Silvana R. R. Kissula Souza. Este instrumento ficará arquivado com a pesquisadora, ficando desde já ajustado que se em qualquer momento da pesquisa eu quiser desistir de participar deste trabalho não haverá problema, punição ou mesmo custas à minha pessoa.

Curitiba, _____ / _____ / _____

Ass.: _____

Nome: _____

CPF/RG: _____

APÊNDICE B - Entrevista Semi-Estruturada

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**Dados de Identificação**

Nome (iniciais): _____

Sexo: _____ Idade: _____

Categoria profissional: () Enfermeiro () Técnico () Auxiliar

Turno de trabalho: () manhã () tarde () noite

Quanto tempo trabalha no setor: () meses () anos

1) Ao final da jornada de trabalho como você se sente?

2) Tem outro vínculo empregatício? Em que área e turno? Há quanto tempo leva essa dupla, tripla jornada de trabalho?

3) Que atividades você realiza após a jornada de trabalho (lazer, vida social, família)?

4) Como você considera sua equipe de trabalho?

() colaborativa () não colaborativa

Comente:

5) Comente sobre o relacionamento/ comunicação com a equipe multiprofissional:

6) Como é seu relacionamento com a chefia direta e a chefia geral do serviço de enfermagem?

7) Como são os treinamentos (periódicos, eventuais, admissionais)?

8) Recebe incentivo e liberação para participação em cursos e treinamentos?

9) Comente sobre o salário e benefícios (plano de saúde, vale alimentação).

10) Você considera o número de profissionais de enfermagem adequado para o setor? Comente:

11) O que você acha da distribuição de folgas na escala? Comente:

APÊNDICE C - Entrevista de Desligamento

ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

O presente questionário é estritamente confidencial e de uso do setor de recursos humanos, sendo seu preenchimento realizado pelos funcionários que solicitam demissão.

O objetivo deste questionário é coletar informações com o intuito de aprofundar estudos sobre a problemática da rotatividade de pessoal. Estes dados serão de grande valia para o setor de recursos humanos na tomada de decisões e realização de mudanças nas condições de trabalho da empresa.

Sua contribuição poderá evitar que outros funcionários enfrentem as dificuldades que você sentiu e garantir aos mesmos a manutenção dos benefícios que você usufruiu.

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome (iniciais): _____ Sexo: _____ Idade: _____

Nº de filhos: _____ Estado Civil: _____

Data de Admissão: _____ Lotação/Setor: _____

Cargo inicial: _____ Cargo atual: _____

Chefe imediato: _____ Horas de trabalho / turno: _____

Tem outro vínculo empregatício? _____

II. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

1 - Recebeu treinamento? Sim () Não ()

2 - Sentiu dificuldades de adaptação? Sim () Não ()

Quais: _____

3 - Gostaria de ter trabalhado em outro setor? Sim () Não ()

Por que: _____

4 - Teve oportunidades de progresso? Sim () Não ()

5 - Você se sentia seguro no emprego? Sim () Não ()

Por que: _____

6 - O número de profissionais escalados por plantão é adequado? Sim () Não ()

Comente: _____

7 - A distribuição de folgas na escala é considerada adequada? Sim () Não ()

8 - Você considerava a jornada de trabalho: Boa () Razoável () Cansativa ()

9 - O que você achou da remuneração recebida? Boa () Regular () Má ()

10 - Como foi o seu relacionamento com ...

a) Pacientes: Bom () Regular () Ruim ()

Por que: _____

b) Equipe de trabalho: Bom () Regular () Ruim ()

Por que: _____

c) Chefes: Bom () Regular () Ruim ()

Por que: _____

d) Equipe multiprofissional: Bom () Regular () Ruim ()

Por que: _____

11 - Em relação aos benefícios, o que você achou do(a):

Plano de assistência à saúde: Bom () Regular () Ruim () Não oferece ()

Auxílio creche ou creche: Bom () Regular () Ruim () Não oferece ()

Vale-refeição: Bom () Regular () Ruim () Não oferece ()

II. CONDIÇÕES FÍSICAS DO AMBIENTE DE TRABALHO

1 - A planta física do setor favorece o trabalho da enfermagem? Sim () Não ()

2 - Havia condições para repouso durante o turno de trabalho? Sim () Não ()

3 - A alimentação fornecida pela instituição era satisfatória? Sim () Não ()

III. MOTIVOS DA SAÍDA

1 - Tipo de desligamento: Pedido de demissão () Dispensa sem justa causa ()
Dispensa por justa causa () Aposentadoria ()

2 - Por que está deixando este hospital? (Demissionário)

Razões financeiras () Vida Social Restrita () Problemas de relacionamento ()

Fatores emocionais () Insatisfação com o trabalho () Escala de trabalho ()

Problemas familiares () Dificuldade de transporte () Interferência de outras pessoas ()

Sobrecarga (dois ou mais empregos) () Efetivo na equipe insuficiente () Outras ()

IV. PERSPECTIVAS FUTURAS

1 - Já tem outro emprego em vista? Sim () Não ()

2 - Quais são as vantagens oferecidas pelo novo emprego?

Salário () Condições de trabalho () Benefícios () Outros ()

V. PARECER SOBRE A INSTITUIÇÃO

1 - Gostou de trabalhar na instituição? Sim () Não ()

Por que: _____

2 - O que mais gostou nesta instituição?

3 - De que não gostou nesta instituição?

4 - Tem sugestões ou comentários a fazer? Quais?

5 - Voltaria a ser nosso funcionário? Sim () Não ()

_____, de _____ de 200__

Entrevistado

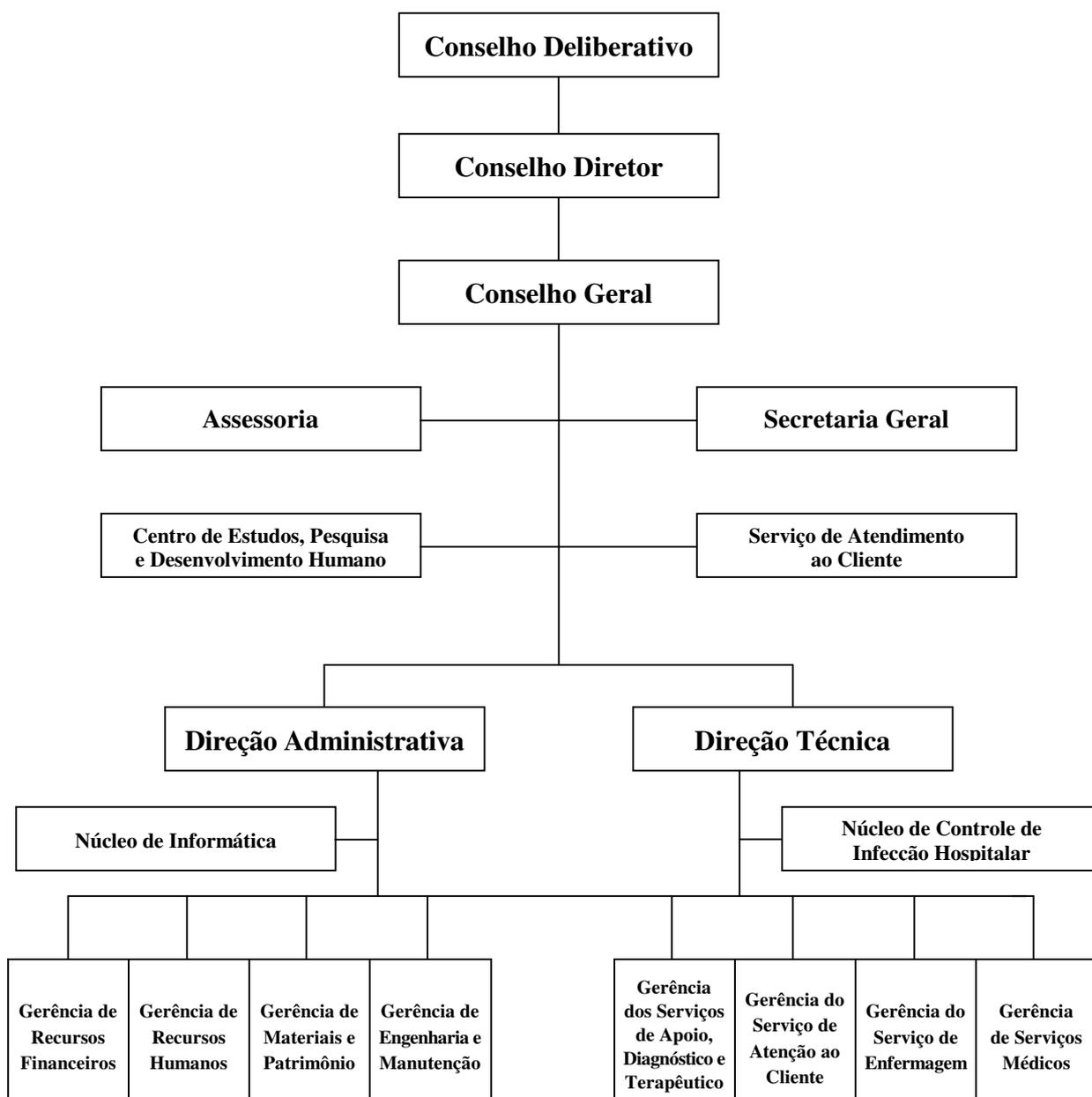
VI. OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR

Nome: _____

ANEXOS

ANEXO A - Organograma da Instituição

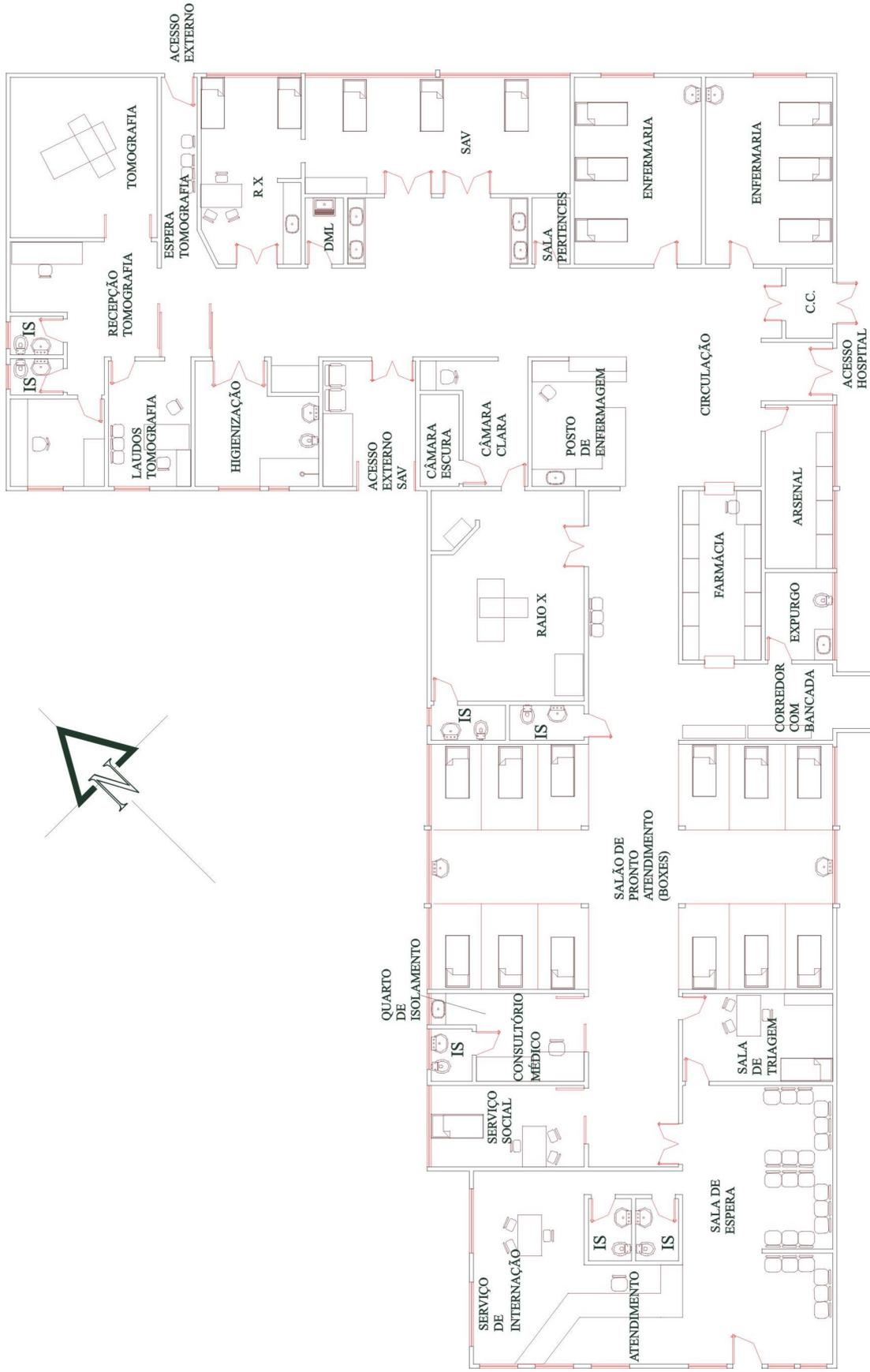
ORGANOGRAMA DA INSTITUIÇÃO



ANEXO B - Leiaute da Instituição



ANEXO C - Planta Baixa do Pronto Socorro



ANEXO D - Entrevista de Saída da Instituição

ENTREVISTA DE SAÍDA DA INSTITUIÇÃO

Nome: _____

Função: _____ Setor: _____

Gerência: _____ Supervisor: _____

Data admissão: ___/___/___ Demitido () Demissionário () Cargos Anteriores:

1. Você acha que o seu local de trabalho é:

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim - Por quê? _____

2. As condições de segurança (prevenção de acidentes, vigilância) são:

() Ótima () Boas () Regulares () Más - Por quê? _____

3. Você acha que o processo de seleção é:

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim

4. Você apresentou-se através de:

() Anúncio () Indicação () Espontaneamente

5. Teve um bom atendimento?

() Sim () Não

6. Após sua admissão, procurou a seleção? _____

Qual a finalidade? _____

7. Houve integração?

() Sim () Não

8. Você recebeu ou procurou orientações do departamento pessoal?

() Sim () Não

9. Foi bem atendido?

() Sim () Não

10. O que você acha dos benefícios oferecidos pela empresa:

Vale-alimentação: _____

Vale-transporte: _____

Refeitório: _____

11. Você acha que as oportunidades de cursos oferecidas pela empresa são:

() Ótimas () Boas () Regulares () Ruins

12. A empresa oferece oportunidade de desenvolvimento profissional?

() Sim () Não () Não sei dizer

13. Seu salário era:

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim

14. Você se dava bem com seus colegas de trabalho?

Sim Não

15. Há colaboração entre seus colegas de trabalho?

Sim Não

16. Você acha que seu supervisor é:

Ótimo Bom Regular Ruim

17. Você recebeu alguma orientação do supervisor, quanto aos seus pontos falhos, antes da demissão?

Sim Não

18. Se demitido, a comunicação da demissão foi feita por quem?

19. Assinale o motivo de sua saída:

Inadaptação c/ serviço

Problemas de saúde

Inadaptação c/ chefe

Problemas de mudança / viagem

Inadaptação c/ colegas

Insatisfação salarial

Inadaptação c/ horário

Melhor oferta salarial

Problemas na família

Falta de oportunidade de progresso salarial

Problemas c/ estudo

Melhor oferta de progresso profissional

Problemas de distância/ condução

Mudança na organização

Outros: _____

20. Você gostaria de ser readmitido em outra oportunidade? Sim Não

21. Onde pretende trabalhar? Qual cargo? Qual salário?

22. Se quiser dizer mais alguma coisa, utilize o espaço abaixo:

Data: ___ / ___ / ___

Ass. Entrevistado: _____

Comentários do Entrevistador:

Visto: _____

Comentários do Supervisor:

Visto: _____

ANEXO E - Escala Mensal de Trabalho

SERVIÇO DE ENFERMAGEM			ESCALA MENSAL PRONTO SOCORRO																	AGOSTO 2002															
NOME/CARGO	HORÁRIO	DESCANSO	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S		
Enf. Coordenadora	7h/16h	1 hora	X	X	F	F	X	X	X	X	X	F	F	X	X	X	X	X	F	F	X	X	X	X	F	F	X	X	X	X	F	F	X	X	F
Enfermeira 1	7h/13h -	15 min	T	X	F6	X	X	F	T	X	X	X	X	F	T	X	X	X	X	F	T	X	X	X	X	F	T	T	X	X	X	F	T		
Enfermeira 2	13h/19h	15 min	F	X	X	X	X	X	F	X	X	X	X	X	F	X	X	X	X	X	F	X	X	X	X	X	F	F6	X	X	X	X	F		
Enfermeira 3	7h/13h - 19h/7h	15 min/1 hora	M	F	M	N	-	M	M	F	N	-	F5	M	M	F	M	N	-	M	M	F	N	-	M	M	M	F	M	N	-	M	M		
Enfermeira 4	19h/7h	1 hora	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-
Enfermeira 5	19h/7h	1 hora	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	
Aux. Enfermagem 1	7h/13h	15 min	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	F6	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	F	M	M	
Téc. Enfermagem 1	7h30/13h30	15 min	M	F	M	M	M	M	M	F	M	F5	F6	M	M	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	M	
Aux. Enfermagem 2	7h/13h	15 min	M	M	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	F	M	M	F5	M	M	F	M	M	M	M	M	
Aux. Enfermagem 3	7h/13h	15 min	M	M	M	F	M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	F	F6	M	M	M	M	F	M	M	M	M	N	F	M	M	M	M	M	
Aux. Enfermagem 4	13h/19h	15 min	T	F	T	T	T	T	F3	F	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T	F	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T	T	T		
Aux. Enfermagem 5	13h/19h	15 min	T	T	F	T	T	T	T	F	T	T	T	T	F	T	T	F5	T	T	F	T	T	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T		
Téc. Enfermagem 2	13h/19h	15 min	T	T	T	F	T	T	T	T	F	F6	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T	F	T	T	T	T		
Aux. Enfermagem 6	13h/19h	15 min	T	T	T	T	F	T	T	T	T	F	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T	T	F	F5	T	T	T	T	F	T	T	T		
Téc. Enfermagem 3	19h/7h	1 hora	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-
Aux. Enfermagem 7	19h/7h	1 hora	-	N	-	N	-	N	-	F3	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-
Aux. Enfermagem 8	19h/7h	1 hora	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-
Téc. Enfermagem 4	19h/7h	1 hora	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-
Téc. Enfermagem 5	19h/7h	1 hora	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F
Aux. Enfermagem 9	19h/7h	1 hora	N	-	N	-	N	-	N	-	F3	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N
Aux. Enfermagem 10	19h/7h	1 hora	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N
Aux. Enfermagem 11	18h30/6h30	1 hora	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	F	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N	-	N
Aux. Enfermagem 12	18h30/6h30	---		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	
Aux. Enfermagem 13	19h/7h	---	N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-	N
Téc. Enfermagem 6	19h/7h	---			N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N	-		N

LEGENDA X = Plantão T = Tarde M = Manhã F = Folga Fn = Folga em feriado N = Noturno - = Pós-plantão noturno ● = Folga colaboradores Isep

ESCALA MENSAL DE TRABALHO