

VASCO MANUEL BERNARDO GALGUINHO ROSINHA FERNANDES

**EFICIÊNCIA NA GESTÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM EM CASO DE
AUSÊNCIAS DE LONGA DURAÇÃO.**



UAlg FE

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECÓNOMIA
2021

VASCO MANUEL BERNARDO GALGUINHO ROSINHA FERNANDES

**EFICIÊNCIA NA GESTÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM EM CASO DE
AUSÊNCIAS DE LONGA DURAÇÃO.**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação de:
Professora Doutora Eugénia Maria Dores Maia Ferreira
Professor Fernando Manuel Félix Cardoso



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECÓNOMIA
2021



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECÓNOMIA
2021

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Vasco Manuel Bernardo Galguinho Rosinha Fernandes

Direitos de cópia ou Copyright

© Copyright: Vasco Manuel Bernardo Galguinho Rosinha Fernandes

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

RESUMO

Quando se fala em gestão de cuidados de saúde não nos podemos afastar das limitações às ações dos gestores. Existem fatores, como por exemplo, o absentismo, que comprometem a eficácia dessa gestão gerando consequências que podem atingir dimensões preocupantes. No fundo, quando falamos de gestão de cuidados de saúde, estamos a falar de vidas humanas. É, por isso, de extrema importância, compreender e interpretar o fenómeno do absentismo entre profissionais de saúde, de forma a gerir este recurso de forma mais eficaz e eficiente, tendo em conta a conjuntura com as maiores ou menores dificuldades que gera.

Na classe de enfermagem, sendo a maior classe do sistema nacional de saúde, o absentismo tem um impacto significativo com consequências evidentes para a prática de cuidados de saúde.

Diariamente os gestores deparam-se com o problema do absentismo e diariamente têm de ser “criativos”, inventando formas de ultrapassar essa situação. No entanto, quando se fala de ausências de longa duração, as estratégias têm de ser pensadas e equacionadas de outra forma.

Neste trabalho de investigação estudou-se o comportamento e caracterização das ausências de longa duração entre os profissionais de enfermagem desde novembro de 2012 a maio de 2017 na Unidade de Faro do Centro Hospitalar do Algarve. A partir dos resultados obtidos foram apresentadas estratégias para a sua gestão, tendo sempre em vista a manutenção dos mais altos níveis de qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde.

Palavras Chave: Ausências de longa duração; enfermagem; gestão

ABSTRACT

When we talk about health care management, we cannot distance ourselves from the implications that managers' actions will have when it comes to human life. When there are factors, such as absenteeism, which can compromise the effectiveness of such management, the consequences can reach high-level dimensions. It is therefore extremely important to interpret and understand the phenomenon of absenteeism among health professionals to manage effectively and efficiently, considering the current situation and the difficulties that are experienced at a global level.

The nursing class being the largest class of the national health system, its absences have a significant impact because of the consequences that they bring to the health care practice.

Daily, managers are faced with the problem of absenteeism, and daily they must be flexible and use the available strategies to overcome this problem. However, when talking about long-term absences, strategies must be thought out and equated in another way, since the professional will be absent for a longer period.

This study investigated the behavior and characterization of long-term absences among nursing professionals from November 2012 to May 2017, at the Faro Unit of the Centro Hospital do Algarve, and presented the most efficient strategies in their management, always aiming at maintaining the highest level of quality and safety in the health care provision.

Keywords: Long-term absences; nursing; management

ÍNDICE GERAL

	Página
Índice de Figuras.....	viii
Índice de Tabelas.....	ix
Lista de Abreviaturas.....	x
Capítulo 1. INTRODUÇÃO.....	1
Capítulo 2. REVISÃO DA LITERATURA.....	5
2.1 Dotações Seguras.....	5
2.2 Custos com Recursos Humanos.....	7
2.3 Absentismo.....	9
2.3.1 Ausências de Longa Duração.....	11
2.3.2 Causas das Ausências de Longa Duração.....	12
2.3.3 Compensações para o absentismo.....	15
2.3.4 Gestão do absentismo.....	21
Capítulo 3. METODOLOGIA.....	23
3.1 Questão de partida e objetivos.....	23
3.2 Tipo de estudo.....	23
3.3 Amostra.....	23
3.4 Instrumento de recolha de dados.....	24
3.5 Procedimentos.....	24
3.6 Procedimentos Estatísticos.....	24
Capítulo 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	26
4.1 Distribuição dos enfermeiros por serviço	26
4.2 Ausências	30
4.3 Dotações Seguras, Numero de enfermeiros e ausências de longa duração.....	40
4.4 Horas Extraordinárias.....	44
4.5 Análise Económica	44
Capítulo 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	46
Capítulo 6. CONCLUSÕES	47
Bibliografia.....	49

INDICE DE FIGURAS

	Página
2.1 Gastos com recursos humanos SNS (2010 – 2016) em mil milhões de euros	7
2.2. Taxa (%) do absentismo geral e por doença no SNS.....	10
2.3. Número ausências por categoria profissional no SNS	11
2.4. Absentismo por tipologia no SNS.....	13
4.1 Ausências de Longa Duração máximas e mínimas no período 2012-2017 no departamento de Medicina	37
4.2 Ausências de Longa Duração máximas e mínimas no período 2012-2017 no departamento de Cirurgia	37
4.3 Ausências de Longa Duração máximas e mínimas no período 2012-2017 no departamento de Saúde Infantil e Reprodutiva.....	38
4.4 Ausências de Longa Duração máximas e mínimas no período 2012-2017 no departamento de Urgência	39
4.5 Ausências de Longa Duração máximas e mínimas no período 2012-2017 nos serviços não departamentalizados	39

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
4.1. Resultados do Teste Kruskal-Wallis para o número de enfermeiros por serviço/mês	27
4.2. Resultados do Teste Kruskal-Wallis para o número de enfermeiros por serviço/ano	28
4.3. Número médio de enfermeiros por serviço/ano.....	29
4.4. Distribuição das Ausências por tipologia	31
4.5. Resultados do teste Kruskal-Wallis para o número de ausências por serviço/mês ...	31
4.6. Resultados do teste Kruskal-Wallis para o número de ausências por serviço/ano...	32
4.7. Número médio de ausências de longa duração por serviço/ano.....	34
4.8 Relação em percentagem do número de enfermeiros e as ausências por serviço/ano	35
4.9. Comparação entre a diferença dotação/nº total de enfermeiros e dotação/nº real de enfermeiros por serviço ao longo dos anos.....	41
4.10 Análise Económica.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS

ALD – Ausências de Longa Duração

FMI – Fundo Monetário Internacional

GEE – Gabinete de Estratégias e Estudos

ICN – International Council of Nurses

LSV – Licença Sem Vencimento

NHS – National Health System

OCDE – Organização Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

RR – Remuneração de Referência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

TDT – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

1. INTRODUÇÃO

A gestão de recursos humanos em saúde, como em qualquer outra área, exige um enquadramento estratégico da organização e está diretamente relacionado com o alcançar dos objetivos traçados pelas mesmas. No âmbito da saúde este tópico tem especial relevo pois, quando os *outputs* da produção numa organização são cuidados de saúde, está-se perante uma área de grande sensibilidade, em que uma gestão deficiente poderá ter resultados devastadores em indivíduos, grupos e na sociedade em geral dependendo da abrangência da organização.

Segundo o Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (2016), os trabalhadores do Ministério da Saúde representam 26,5% do total de trabalhadores da administração pública, sendo apenas ultrapassada pelos que pertencem ao Ministério da Educação.

Dentro dos trabalhadores do Ministério da Saúde, a classe de enfermagem é a que apresenta o maior número de profissionais efetivos, totalizando 32,6% do total de trabalhadores, sendo que 70% dos mesmos se concentram em hospitais do setor público; destes, 90% detêm contratos a termo indeterminado ou sem termo.

Segundo Almeida (2014), a chave para um bom planeamento de recursos humanos está no perfeito entendimento da relação que se estabelece entre os elementos que compõe a função de gestão de pessoas e da forma como ela permite que os mesmos sejam combinados e alinhados numa relação de causa-efeito para traduzir os seus esforços em valor real para a organização.

O Centro Hospitalar do Algarve, criado pelo Decreto-lei n.º 69/2013, de 17 de maio, é caracterizado, no panorama nacional e internacional, como uma das unidades hospitalares de referência no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em termos de resposta assistencial, assume a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde diferenciados aos 16 concelhos do Algarve, garantindo a segurança da saúde de todos os que habitam ou visitam a região. Tem como visão consolidar-se como unidade de excelência no sistema de saúde, com competência, saber e experiência, dotada dos mais avançados recursos

técnicos e terapêuticos, vocacionada para a garantia da equidade e universalidade do acesso e da assistência, com vista à satisfação dos doentes e dos profissionais.

Esta visão demonstra a necessidade de criar políticas de gestão de recursos humanos eficientes. Além disso, uma orientação clara para o doente, exige recursos humanos disponíveis, qualificados e motivados para poderem responder às necessidades, de acordo com as melhores práticas conhecidas.

No âmbito da gestão de recursos de enfermagem, não podemos dissociar os custos associados e a segurança na prestação de cuidados de saúde. Quando a base dos cuidados prestados são a vida humana, os seus custos têm de ser analisados em perspetiva tendo em conta o valor da “matéria prima” com que se está a trabalhar. Segundo a OCDE (2013) os custos com cuidados de saúde têm tendência a aumentar no futuro, especialmente devido à manifestação de doenças crónicas, como a obesidade e doenças neurológicas como o Alzheimer. Além disso, o aumento da esperança média de vida e o recurso a novas tecnologias, terão tendência a aumentar igualmente.

Com o aumento da esperança média de vida a frequência da necessidade de cuidados irá aumentar, o que implicará o reforço do número de profissionais afetos à satisfação dessas necessidades. Esse reforço gerará um aumento previsível dos custos a ela associados. Com o aumento previsível dos custos ligados à saúde, a gestão desses recursos aumenta a sua importância, reforçando a sua classificação como variável crítica.

O contexto em que tal problemática se desenvolve, não é, no entanto, consensual. O objetivo geral de conter custos, pode implicar que haja a ideia de privatizar serviços, eliminar a subsidiação e outros benefícios, optando por uma visão mais liberal da gestão da saúde, com formas diferentes de organização dos serviços públicos, com consequências diretas na forma de assegurar os cuidados de saúde com recursos humanos, nomeadamente de enfermagem. ICN (2015).

Numa perspetiva de curto prazo, importa ter em conta as opções que se colocam para assegurar um equilíbrio entre os recursos existentes e a necessidade de aumento dos cuidados. Em nossa opinião tal implica a criação de um plano geral de recursos humanos que permita equacionar as melhores opções para ajustar de forma racional os recursos

com as necessidades, assegurando esse equilíbrio quer através do processo de recrutamento, quer através da formação dos recursos existentes e mesmo através de *outsourcing*.

Qualquer que seja a perspectiva, a gestão de recursos humanos é muitas vezes dificultada pelo absentismo. Segundo Almeida (2014) citando Chiavenato (2000), são várias as causas para o absentismo. O mesmo autor, citando Graça (1999), observa que o absentismo na União Europeia, motivado por doença, acidente ou lesão, tem um custo total estimado entre 1,5% e 4% do produto interno bruto (PIB). Isso equivale a dizer que, entre custos diretos e indiretos, os países comunitários pagam, em média, pelo absentismo, o equivalente à sua taxa de crescimento económico num ano normal. Esta foi uma das razões que levou a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho a estudar o problema. Em Portugal infelizmente não se tem conhecimento de estudos oficiais que tenham sido realizados com o objetivo de avaliar qual o real impacto dos custos com o absentismo em relação ao PIB e todos conhecem a gravidade da situação portuguesa em relação ao envelhecimento da sua população.

Sendo o Hospital de Faro parte do Centro Hospitalar do Algarve, uma unidade de referência ao nível nacional e internacional na área da prestação de cuidados de saúde, e por forma a manter os critérios de qualidade na prestação dos mesmos, torna-se fundamental considerar a problemática do absentismo na gestão de recursos humanos particularmente nos casos em que ela se prolonga por prazos longos.

A gestão dessas ausências é muito difícil de fazer. Muitas vezes recorre-se a alternativas internas centradas quer no prolongamento do horário normal de trabalho, quer externamente através do recurso a trabalho temporário, de natureza precária. Não se conhecem referências à bondade dessas medidas.

O tema deste trabalho tem, por isso, especial importância para a gestão, pois numa altura de instabilidade económica e social, importa perceber melhor a dimensão do problema tendo sempre como finalidade o aumento da qualidade na prestação de cuidados de saúde. Não interessa aumentar a contratação de mais profissionais se essa contratação, gerando custos acrescidos se tal decisão não gerar valor.

De acordo com o ICN (2015), os enfermeiros são a classe profissional de maior dimensão na área da saúde, sendo responsáveis por grande parte dos gastos em saúde, o que torna primordial o estudo da alocação de recursos humanos e a sua rotatividade de modo a melhorar o nível de segurança dos cuidados de saúde e os custos subsequentes.

Com base na informação disponível, pretende-se então compreender melhor a dimensão dessas ausências de longa duração, o seu impacto na organização e em função dessas duas constatações equacionar como se pode minimizar esse impacto atuando na organização da gestão de recursos humanos na Unidade de Faro do Centro Hospitalar do Algarve.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Para se entender o problema das ausências, especialmente ausências de longa duração, temos de perceber primeiro qual a importância de manter um número adequado de recursos humanos e quais as consequências de uma alocação inferior ao recomendado. É necessário contextualizar a importância do enfermeiro, a importância da sua ausência e o impacto que isso tem no sistema nacional de saúde. Sem isso não conseguimos valorizar a real dimensão do problema.

2.1. Dotações Seguras

No documento elaborado pelo ICN (2006) “Dotações seguras salvam vidas” os autores citam a Federação Americana de Professores (1995) que declara: “(...) as dotações seguras significam estar disponível, em todas as alturas, uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população. A própria organização, propõe a utilização de metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.

O International Council of Nurses (ICN), um conselho internacional que foi fundado em 1989 e composto por 133 associações de enfermagem, refere que os enfermeiros estão a prestar serviços custo-eficazes em diferentes ambientes, poupando recursos financeiros. Apresenta vários casos onde demonstra a importância dos enfermeiros na poupança de recursos, como por exemplo os que se reproduzem:

“

- (i) Needleman *et al* (2002), num estudo transversal, incluindo cinco milhões de clientes de medicina e um milhão e cem mil doentes de cirurgia, verificaram que nos contextos de prática clínica onde eram disponibilizadas uma maior proporção de horas de cuidados de enfermagem e um mais elevado nível de diferenciação de competências

por dia de internamento, foi verificada a existência de internamentos mais curtos, taxas de infecção mais baixas (pneumonias, infeções urinárias, sépsis), menor taxa de paragens cardíacas e de insucesso na reanimação.

- (ii) Em 2005, o Canadian Federation of Nurses Unions, concluiu a existência de forte evidência entre dotações inadequadas de enfermeiros e a ocorrência de um espectro de resultados adversos nos doentes, tais como úlceras de pressão, infeções do trato urinário, pneumonias, infeções do local cirúrgico, erros de medicação, trombose, ineficaz gestão da dor, quedas, aumento de readmissões, insucesso na ressuscitação e insatisfação dos clientes.
- (iii) Kane *et al* (2007), concluíram a existência de uma forte relação entre o número de enfermeiros e os índices de mortalidade, complicações e eventos adversos e ainda que, um maior número de enfermeiros mais qualificados estava associado um menor índice de mortalidade nos hospitais.
- (iv) Aiken *et al* (2012), num estudo que envolveu doze países europeus e os Estados Unidos da América concluíram que a dotação de enfermeiros e a qualidade do ambiente de prática clínica, estavam diretamente associados com a satisfação dos clientes, a qualidade e segurança dos cuidados e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.
- (v) Mais recentemente o Karolinska Institut (2014), concluiu, de acordo com um estudo internacional que envolveu nove países europeus, meio milhão de doentes cirúrgicos e mais de 26 000 enfermeiros, que o aumento de um doente na carga de trabalho dos enfermeiros, para além do considerado adequado, aumentava em 7% a probabilidade de um doente hospitalizado morrer no prazo de 30 dias a contar da admissão. Esta pesquisa demonstrou a importância quer do número de enfermeiros, quer do seu nível de qualificação, em relação à mortalidade dos doentes.

O cumprimento de dotações seguras não se associa a aumento de despesa, mas antes a um investimento com retorno garantido, como demonstrado pela evidência atrás referenciada.” (Ordem dos Enfermeiros, 2014;10).

Gonçalves (2015) refere igualmente estes factos concluindo que as dotações seguras devem assegurar não apenas o número de enfermeiros alocados a um serviço, mas também as suas qualificações, sendo necessário atender a aspetos como formação e experiência dos profissionais.

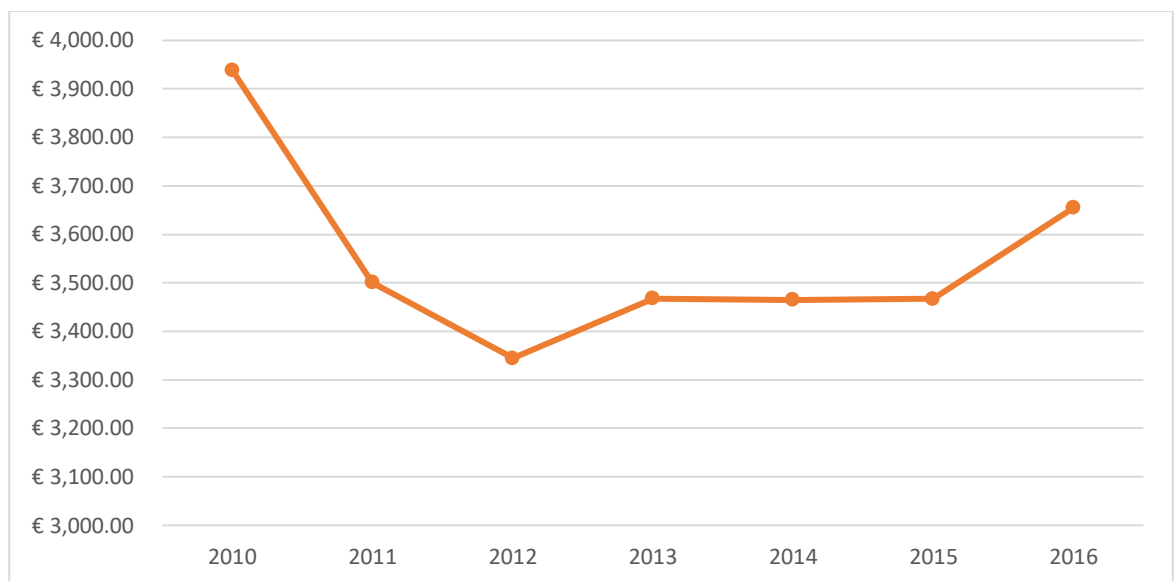
Tornam-se evidente as consequências que as ausências, nomeadamente as ausências de longa duração podem ter para o SNS. Sendo a Unidade de Faro do Centro Hospitalar do Algarve, uma unidade hospitalar de referência no panorama nacional e internacional, torna-se primordial uma eficaz gestão dos recursos humanos, com base em decisões fundamentas e sólidas no que concerne às consequências que acarretam essas mesmas decisões, para a prestação de cuidados efetuados aos seus utentes. Uma vez que os enfermeiros são uma classe de grande

imponência no setor, tanto pelo seu número como pela responsabilidade dos seus atos, torna-se fundamental perceber como se pode melhorar a dinâmica e eficácia da gestão dos seus elementos em situação de ALD, minimizando o seu impacto em termos económicos sem comprometer a qualidade e segurança dos serviços prestados.

2.2 Custos com Recursos Humanos

Segundo o relatório social do Ministério da Saúde (2016) os gastos com recursos humanos foram 3,655 mil milhões euros, com um aumento de 5,4% em relação ao ano de 2015. Este crescimento ficou a dever-se ao aumento do número de efetivos.

Gráfico 2.1 Gastos com recursos humanos SNS (2010 – 2016) em mil milhões de euros



Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Como podemos observar pelo gráfico 2.1 os custos com recursos humanos diminuíram consideravelmente entre 2010 até 2012 apresentando o valor mais baixo de série em 2012. Tal ficou a dever-se à grave crise financeira a que Portugal esteve sujeito e onde tiveram de ser implementadas fortes medidas restritivas do lado da despesa. A partir de 2015 assistiu-se a uma inversão da situação.

Segundo dados obtidos junto do serviço de recursos humanos do Centro Hospital Universitário do Algarve, a remuneração mensal base de um enfermeiro é de €1201,48, a

esta remuneração base acresce encargos com descontos no valor de 285,35€, perfazendo um total de encargos de 1486,83€. Por sua vez, o custo médio por hora extraordinária é de 11,50€.

O uso de horas extraordinárias acarreta consequências muito negativas e pode ter uma influência direta na forma como os enfermeiros prestarem cuidados de saúde em segurança e individualizados. Lobo V. *et al.* (2017) num estudo realizado no Canadá, em Unidade de Cuidados Intensivos, constata que os enfermeiros referem consequências negativas a nível físico, tal como dores no corpo, exaustão, fome e desidratação e sensação de diminuição do estado de saúde, quando sujeitos a trabalho suplementar. Adicionalmente referiram também não ter tanto tempo para disponibilizar no contacto com os doentes e ficam com a sensação de terem de se apressar na prestação de cuidados e de ficar com a paciência diminuída.

Por terem de trabalhar mais e devido às particularidades da profissão (em que têm que dar muita atenção aos doentes especialmente a nível emocional), perdem disponibilidade emocional em casa para os familiares e referem ainda a falta de tempo para organizar e aproveitar a vida pessoal.

Por outro lado, relativamente à segurança com os doentes, os profissionais referem que o trabalho suplementar afeta a capacidade de concentração e aumenta a probabilidade de erro e de acidentes. Também referem que a capacidade para realização de tarefas com os doentes, diminui. Consideram, no entanto, que o suplemento remuneratório com os turnos extraordinários é um benefício apenas possível nesta profissão de enfermagem, ao passo que noutras profissões, isso não é possível ou não existe essa oportunidade.

Drebit S. *et al.* (2010) refere no seu estudo realizado na Colômbia Britânica no Canadá, que o número de horas extraordinárias realizadas pelos enfermeiros aumenta de ano para ano e que os departamentos de urgência, cuidados intensivos e medicina são os que mais horas realizam. No mesmo estudo os investigadores realçam a importância de gerir a carga de trabalho suplementar, serviço a serviço, e que a gestão deve atuar na contratação de profissionais em vez de recorrer sistematicamente a trabalho suplementar.

Também Bae S. *et al.* (2014) numa revisão sistemática da literatura em que avalia relações entre o trabalho por turnos dos enfermeiros/turnos extraordinários e os resultados das práticas de cuidados aos doentes, verificam que o trabalho por turnos e o número de horas extraordinários estão fortemente correlacionados com efeitos adversos na prestação de cuidados.

Num estudo realizado na Coreia do Sul, onde associaram o rácio enfermeiro/doente com a segurança para o doente, Cho E. *et al.* (2016), constataram que um valor elevado desse rácio estava significativamente correlacionado com uma alta probabilidade de ocorrências de baixa segurança para o doente, fraca qualidade na prestação de cuidados e com a não realização de tarefas devido a falta de tempo. Comparando com os enfermeiros que realizavam horas extraordinárias, foi observado um aumento em 88% nos riscos de segurança para o doente com aumento de falhas na prestação de cuidados, um aumento de 45% em cuidados de enfermagem de fraca ou mediana qualidade e um aumento em 86% em cuidados não realizados. Concluíram, portanto, que um número adequado de recursos humanos com horários normais, são importantes para a segurança e qualidade da prestação de cuidados, reduzindo trabalho que fica por realizar nos hospitais.

Olds D. *et al.* (2010) por sua vez, estudou os efeitos das horas de trabalho nos erros e eventos adversos observados nos cuidados de saúde, concluindo que na classe de enfermagem, os erros, tais como picadas com corto-perfurantes, acidentes em serviço, quedas de doentes com lesões, infeções nosocomiais e erros de medicação, eram superiores quando os profissionais trabalhavam mais de 40 horas semanais. O mesmo se verificava se a realização de horas extraordinárias fosse voluntárias.

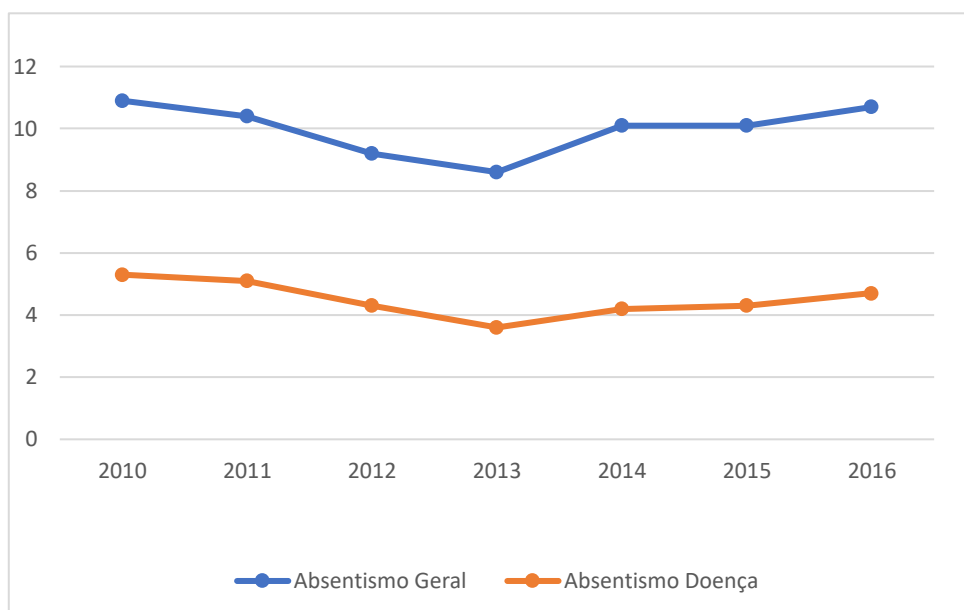
2.3. Absentismo

Segundo Almeida citando Souza (2007) “Absentismo é uma palavra de origem francesa, que significa pessoa que falta ao trabalho por inúmeros motivos”, entendemos por isso que nestas ausências se encontram vários tipos de faltas tais como doença, gravidez, licenças parentais, entre outras. Em alguns países como Itália o absentismo atinge níveis perto dos 14%, sendo que os empregadores contratam 8 a 14% mais trabalhadores para lidarem com estes níveis de absentismo, por vezes os problemas surgem quando muito

raramente, cerca de duas vezes por mês, todos os trabalhadores estão presentes no local de trabalho, fenómeno a que chamaram *presenteismo* (Mowday, Porter, Steers. 1982). De acordo com informação recolhida em estatísticas oficiais, Murcho (2006) apurou que o sector da saúde – nomeadamente a nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – é dos sectores económicos com maiores taxas de absentismo laboral, sendo as doenças não profissionais as que mais contribuem para essa estatística.

Dados recentes permitem observar que o absentismo na área da saúde em Portugal, tem apresentado alguma consistência. Entre 2010 e 2013 assistiu-se a um decréscimo quer da taxa de absentismo geral, quer da taxa de absentismo por motivo de doença e, a partir desse ano, a tendência passou a ser inversa, registando aumentos anual em ambas as taxas de absentismo, como registado no gráfico 2.2., apesar das variações não serem muito significativas.

Gráfico 2.2. Taxa (%) do absentismo geral e por doença no SNS



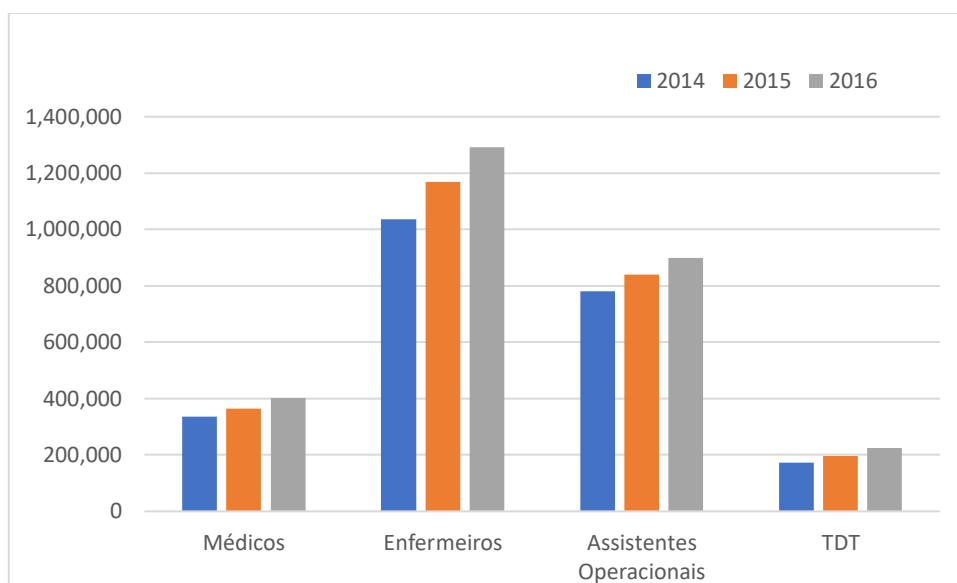
Fonte: Ministério da Saúde (2016)

O gráfico 2.3. mostra o comportamento das ausências nas classes profissionais relacionadas com a saúde. De acordo com dados no Ministério da Saúde, os enfermeiros

são a classe profissional com maior número de ausências no Sistema Nacional de Saúde (SNS) em qualquer dos anos analisados.

Observam-se igualmente crescimentos homogêneos e generalizados das ausências em todas as classes nos três anos apresentados.

Gráfico 2.3. Número de ausências por categoria profissional no SNS



Fonte: Ministério da Saúde (2016)

2.3.1. Ausências de longa duração

Rugulies *et al* (2016) define “Ausências de Longa Duração” (ALD) com base na legislação dinamarquesa, como um período de ausência superior a 3 semanas, que até 2012 exigia que o trabalhador financiasse a sua ausência por doença até 21 dias. Hoje em dia esta mesma legislação aumentou o período para 30 dias, sendo que após este período o Estado assume a responsabilidade de gerir e avaliar o processo de absentismo por doença.

Higgins (2014), por sua vez define “Ausências de Longa Duração” como sendo ausências consecutivas superiores a 4 semanas, em sintonia com a opção defendida pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Segundo a OE (2014), as ausências prolongadas ou de longa duração,

são assim classificadas quando são superiores a 30 dias. É esta a classificação presente neste trabalho.

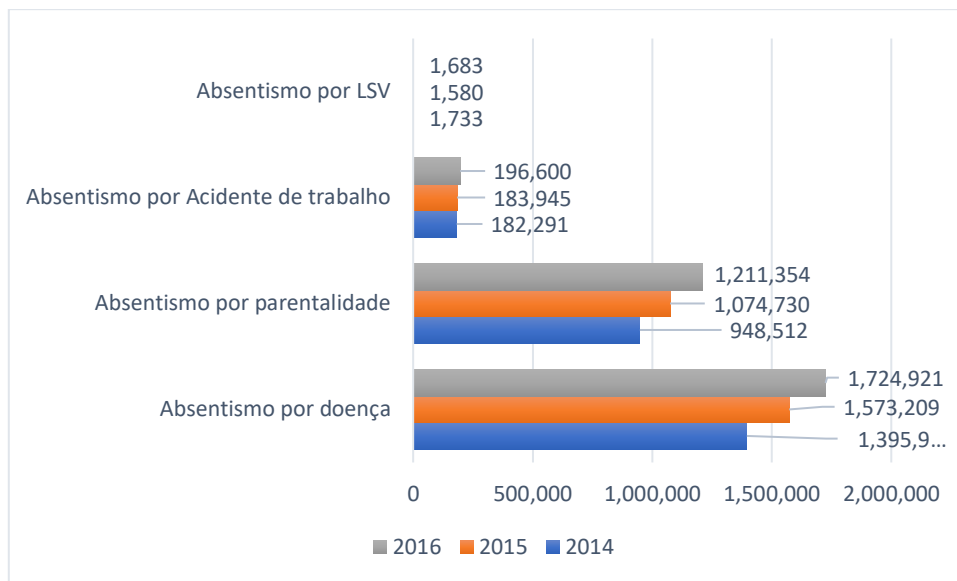
2.3.2. Causas das ausências de longa duração

O absentismo tem sido um tema bastante estudado, mas pouco se tem investigado sobre as ausências de longa duração, embora se tenha a convicção que elas estão relacionadas com a parentalidade. De entre os estudos desenvolvidos, um realizado por Andrade (2008) sobre o absentismo no sector público no Brasil, chegou à conclusão que a ausência mais comum de longa duração, é a parentalidade (com uma ausência de 152,7 dias, em média),

O gráfico 2.4., recorrendo a informação do Ministério da Saúde relativa aos valores das ausências em Portugal, entre 2014 e 2016, permite concluir que os motivos com maior significado estão relacionados com: 1) a doença, embora não se especifique qual o tipo de doença (que podem ser licenças por gravidez de risco, acidente de trabalho ou ausências por licença sem vencimento) e, 2) a parentalidade.

Pode observar-se igualmente que, tal como no estudo citado por Andrade (2008), o número de ausências nos últimos anos tem vindo a crescer tanto por classe profissional como por tipologia. Apenas o número de licenças sem vencimento não acompanha essa tendência. No entanto tal informação não nos parece muito relevante, visto que não temos a informação do número de pedidos efetuados versus os aprovados.

Gráfico 2.4. Absentismo por tipologia no SNS



Fonte: Ministério da Saúde (2016)

O absentismo na área da saúde constitui um problema para as organizações e um fardo físico e psicológico para os trabalhadores que se sujeitam ao excesso de trabalho, aumento dos níveis de *stress* e moral diminuída (Walsh *et al.*, 2017).

Ainda segundo Andrade (2008), a saúde dos trabalhadores tem vindo a ser um motivo de preocupação. A importância dos custos com ALD, despertaram interesse e tornaram-se uma prioridade para vários governos. Por exemplo, em 2009, no Reino Unido, as ALD foram responsáveis por 22% do total do tempo de trabalho perdido (36% no sector público e 20% no sector privado). Para o National Health System (NHS), o maior empregador público do Reino Unido, os custos de ALD são de 1.7 biliões de libras anuais (Higgins, 2014).

De acordo com dados de seguradoras, Mizuhira (2015) refere que as lesões músculo-esqueléticas foram as doenças relacionadas com atividade profissional mais relatadas. As doenças do foro psiquiátrico têm também vindo a ser uma causa de preocupação, tais como depressão, *stress*, ansiedade, juntamente com doenças causadas por violência laboral, assédio e intimidação. Estas causas são responsáveis por 18% de problemas de saúde relacionados com o trabalho e 25% são responsáveis por duas ou mais semanas de ausência.

Num outro estudo realizado por Andrade (2008), conclui-se que as causas mais comuns de absentismo por doença eram causas do foro respiratório (gripes sazonais e crises alérgicas), sendo que os dias de ausência eram relativamente reduzidos, com uma média de 8,4 dias e uma mediana de 5 dias. As doenças osteoarticulares e musculares aparecem em terceiro lugar e com grande expressão aparecem também as doenças do foro psicológico.

Já o Office for National Statistics (2016), no Reino Unido, relata como maior causa de absentismo nos trabalhadores as lesões menores, seguidas de lesões músculo-esqueléticas e apresentando em seguida doenças do foro psiquiátrico.

Entre os jovens profissionais, as ausências laborais justificam-se pelo facto de a maioria dos enfermeiros serem mulheres em idade reprodutora o que leva a ausências ao trabalho por complicações durante a gravidez, após o parto e devido a prestação de cuidados aos filhos menores. (Mizuhira, 2015)

No ambiente hospitalar, os enfermeiros estão expostos a riscos ocupacionais relacionados com agentes químicos, biológicos e físicos tal como a fatores psicossociais que podem ser responsáveis por acidentes em serviço (Mizuhira et al., 2015).

Neste contexto Vieira (2009) defende que os principais riscos profissionais em meio hospitalar no âmbito da higiene e segurança no trabalho, são: o risco biológico; o risco químico; o risco ergonómico; o risco físico; o risco mecânico; o risco elétrico; o risco de incêndio e o de explosão.

O Gabinete de Estudos e Estatística do Ministério da Economia, GEE (2012) define o acidente em trabalho como qualquer acidente com qualquer trabalhador no exercício da sua profissão. Segundos os dados estatísticos publicados sobre acidentes de trabalho, comprovaram que o número de acidentes de trabalho registados no sector da saúde, apenas foi ultrapassado pelos verificados na indústria transformadora, comércio por grosso e a retalho, reparação de veículos automóveis e motociclos e construção (26,8%, 17,6% e 14,5%, respetivamente).

No caso das faltas decorrentes de acidentes de trabalho ou doença profissional, a Segurança Social, dispõe de um subsídio próprio para cobrir esta condição, de

incapacidade temporária. Este subsídio é um benefício pago ao trabalhador com doença profissional durante um período limitado, pela perda ou redução da capacidade de trabalho ou ganho resultante da doença contraída no âmbito laboral. Este subsídio começa a ser recebido a partir do primeiro dia em que não é possível trabalhar, e, portanto, em consequência da apresentação da baixa concedida por um médico do Serviço Nacional de Saúde. O trabalhador tem direito a receber esse subsídio por um período máximo de 30 meses, sendo que este pode terminar quando o doente ficar curado ou até a incapacidade passar a ser considerada como permanente. Caso a doença determine uma incapacidade temporária absoluta, o doente tem direito a receber 70% da remuneração base de referência durante os primeiros 12 meses e 75% a partir dessa data. Nos casos em que a doença apenas determina uma incapacidade temporária parcial, o trabalhador irá receber 70% do valor correspondente à redução sofrida na capacidade de ganho.

O facto de o absentismo ser um problema com consequências para todas as partes envolvidas, tem incentivado a criação de estratégias para diminuir as ALD entre os trabalhadores e prevenir as faltas de produtividade e aumento dos custos consequentes (Andrade *et al.*, 2008).

2.3.3. Compensações para o absentismo

Nos últimos tempos tem-se verificado uma crescente preocupação com a natalidade e parentalidade, apesar dos cortes registados nos principais apoios à parentalidade.

O Estado, através da Segurança Social, tem continuado a disponibilizar vários apoios à parentalidade que podem ajudar a suportar o esforço financeiro adicional do nascimento de um filho. Esses apoios, inclusivamente antes do nascimento através do abono pré-natal, prestação atribuída à mulher grávida a partir da 13.^a semana de gestação, visam incentivar a parentalidade através de compensação monetária.

No caso dos enfermeiros, este mecanismo também se verifica, estando incluídos no sistema previdencial da segurança social relativamente ao subsídio parental.

“Segundo a legislação em vigor, o subsídio de parentalidade inicial é atribuído ao pai e ou à mãe, com vista a substituir o rendimento de trabalho perdido, durante o período de

licença por nascimento de filho. Esse subsídio parental, é inicialmente atribuído por um período até 120 ou 150 dias seguidos, de acordo com a opção dos pais, sem prejuízo dos direitos da mãe. Compreende as modalidades subsídio parental inicial, subsídio parental inicial exclusivo da mãe, subsídio parental inicial exclusivo do pai e subsídio parental inicial de um progenitor em caso de impossibilidade do outro. Para ter direito a esse subsídio o trabalhador deve ter, à data do impedimento para o trabalho, um prazo com registo de remunerações de 6 meses civis, seguidos ou interpolados. Para a contagem dos 6 meses, podem considerar-se os períodos de registo de remunerações noutros regimes de proteção social, nacionais ou estrangeiros, desde que não se sobreponham e abranjam esta modalidade de proteção. É igualmente necessário que as contribuições para a Segurança Social estejam regularizadas até ao fim do terceiro mês imediatamente anterior ao mês em que deixa de trabalhar por nascimento do filho. A cessação ou suspensão do contrato de trabalho não prejudica o direito à atribuição do subsídio, desde que se encontrem satisfeitas as condições descritas anteriormente.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-parental>

“O subsídio é acumulável com indemnizações e pensões por doença profissional ou por acidente de trabalho, pensão de velhice, pensão de invalidez relativa e pensão de sobrevivência do sistema previdencial ou de outros regimes obrigatórios. Para isso o beneficiário deve estar a trabalhar e ter registo de remunerações na Segurança Social, ter prestações de pré-reforma (desde que os beneficiários exerçam atividade enquadrada num dos regimes do sistema previdencial), rendimento social de inserção, complemento solidário para idoso.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-parental>

“O subsídio não é acumulável com rendimentos de trabalho, subsídio de desemprego, subsídio de doença, prestações concedidas no âmbito do subsistema de solidariedade, exceto rendimento social de inserção e complemento solidário para idosos.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-parental>

“O período entre os 120 dias e os 150 dias pode ser gozado em simultâneo pelo pai e pela mãe. No caso de nascimento sem vida, só há lugar ao período de 120 dias. Ao período de 120 ou 150 dias podem ser acrescidos 30 dias nas situações de: partilha da licença, se cada um dos pais gozar, em exclusivo, um período de 30 dias seguidos ou dois períodos de 15 dias seguidos, após o período obrigatório da mãe (42 dias), nascimento de gémeos

além do primeiro, ou seja, por cada gêmeo nascido com vida, além do primeiro, acresce um período de 30 dias seguidos.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-parental>

“Se a licença parental inicial não for partilhada, e sem prejuízo dos direitos da mãe (gozo obrigatório de seis semanas), o subsídio parental inicial pode ser concedido ao pai, se este o requerer e desde que a mãe trabalhe e não tenha requerido o referido subsídio. Caso não seja apresentada a declaração de partilha, o direito ao subsídio parental inicial é reconhecido à mãe. O subsídio parental inicial exclusivo da mãe é atribuído por um período até 72 dias, em que: 30 dias, no máximo, são gozados facultativamente antes do parto; 42 dias (6 semanas) são obrigatórios e gozados imediatamente a seguir ao parto e estes períodos estão incluídos no período de concessão correspondente ao subsídio parental inicial.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-parental>

“Por sua vez, o subsídio parental inicial exclusivo do pai é atribuído ao pai por um período de 15 dias úteis obrigatórios, dos quais, 5 dias seguidos, imediatamente depois do nascimento de filho, 10 dias seguidos ou não, nos 30 dias seguintes ao nascimento de filho e 10 dias úteis facultativos, seguidos ou não, desde que gozados depois do período de 10 dias obrigatórios e durante o período em que é atribuído o subsídio parental inicial da mãe. O pai não tem direito a este período facultativo no caso de a criança nascer sem vida (nado-morto).” <http://www.seg-social.pt/subsidio-parental>

“No caso de nascimento de gémeos cada um dos períodos atrás referidos é acrescido de 2 dias por cada criança nascida com vida, além da primeira, a gozar imediatamente a seguir a cada um daqueles períodos.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-parental>

“O montante diário do subsídio é calculado pela aplicação de uma percentagem ao valor da remuneração de referência (RR) do beneficiário, definida por: $RR = R/180$, em que, R é igual ao total das remunerações registadas na Segurança Social nos primeiros seis meses civis imediatamente anteriores ao segundo mês que antecede o início do impedimento para o trabalho, ou seja, nos primeiros 6 dos últimos 8 meses.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-parental>

“Ao período abrangido pelo subsídio de parentalidade inicial pode acrescer o período de ausência por subsídio de parentalidade alargado que é atribuído por um período até 3

meses em que o direito ao subsídio prescreve no prazo de 5 anos, contados a partir da data em que foi posto a pagamento com conhecimento do beneficiário. As condições necessárias são idênticas às do subsídio por parentalidade inicial.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-parental>

“O montante diário do subsídio é calculado pela aplicação de 25% ao valor da remuneração de referência (RR) do beneficiário, definida por: $RR = R/180$, em que, R é igual ao total das remunerações registadas na Segurança Social nos primeiros seis meses civis imediatamente anteriores ao segundo mês que antecede o início do impedimento para o trabalho, ou seja nos primeiros 6 dos últimos 8 meses ou, $RR = R/(30 \times n)$, caso não haja registo de remunerações naquele período de seis meses, por ter havido lugar à totalização de períodos contributivos, em que, R é igual ao total das remunerações registadas na Segurança Social desde o início do período de referência até ao dia que antecede o impedimento para o trabalho e n o número de meses a que as mesmas se reportam.”

“No total das remunerações, não são considerados os subsídios de férias, de Natal ou outros de natureza análoga.”

“O subsídio de parentalidade alargada é atribuído ao pai ou à mãe ou a ambos, alternadamente, para assistência a filho integrado no agregado familiar, com vista a substituir o rendimento de trabalho perdido, desde que a licença seja gozada imediatamente a seguir ao termo do período de concessão do subsídio parental inicial ou do subsídio parental alargado do outro progenitor.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-parental-alargado>

Sendo um direito dos trabalhadores, torna-se previsível um grande período de ausência no período de parentalidade, e sendo a enfermagem uma profissão de risco, antecede ao período de maternidade, em regra, um período de baixa por gravidez de risco (também este incluído nos direitos dos trabalhadores com regulação pela segurança social através do subsídio por risco clínico durante a gravidez). Todos estes fatores contribuem para uma gestão de recursos humanos de grande complexidade.

No que diz respeito às ausências por doença, estas também são apoiadas pelo regime da Segurança Social até 1095 dias, sendo o valor do subsídio variável em função da duração das ausências. Segundo a Segurança Social, o subsídio por doença é uma prestação em dinheiro, atribuída ao beneficiário para compensar a perda de remuneração resultante do impedimento temporário para o trabalho, por motivo de doença. Segundo a Segurança Social considera-se doença, toda a situação mórbida, evolutiva, não decorrente de causa profissional ou de ato da responsabilidade de terceiro, pelo qual seja devida indemnização que determine incapacidade para o trabalho.

A Segurança Social considera as seguintes condições para atribuição de subsídio de doença:

- i) “Estar em situação de incapacidade temporária para o trabalho certificada pelo médico do serviço de saúde competente;
- ii) ter 6 meses civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações, à data do início da doença, considerando-se, se necessário, o mês em que ocorre a doença, se neste tiver havido registo de remunerações (prazo de garantia);
- iii) ter 12 dias com registo de remunerações por trabalho efetivamente prestado, nos 4 meses imediatamente anteriores ao mês que antecede o da data do início da incapacidade.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-de-doenca>

Para o cálculo do índice de profissionalidade, a Segurança Social considera os períodos de registo de remunerações por trabalho, efetivamente prestado e os períodos em que haja registo de remunerações por equivalência à entrada de contribuições, nas situações de doença que ocorra nos 60 dias a seguir à data da cessação de doença anterior e com a atribuição de subsídios no âmbito da proteção social na parentalidade.

“O subsídio de doença é atribuído desde o primeiro dia nos casos de tuberculose, internamento hospitalar ou cirurgia de ambulatório em estabelecimentos hospitalares do SNS ou até mesmo particulares com autorização legal de funcionamento pelo Ministério da Saúde, e doença contraída durante o período de atribuição do subsídio parental que ultrapasse o período contemplado pelo subsídio destinado à parentalidade. No caso de uma incapacidade para o trabalho por motivos de saúde não contemplados no acima

referido, o trabalhador apenas recebe o subsídio a partir do quarto dia de incapacidade.”
<http://www.seg-social.pt/subsidio-de-doenca>

“Os valores a receber pelo trabalhador diferem consoante a duração e a natureza da doença, sendo o montante diário do subsídio calculado com base numa percentagem da remuneração de referência do beneficiário. Até 30 dias de ausência por doença, o trabalhador recebe 55% da remuneração de referência; entre 31 e 90 irá receber 60%; de 91 a 365 dias 70% e quando a ausência é superior a 365 dias o valor passa a ser de 75%. Existe uma majoração de 5% quando o agregado familiar integre mais do que três descendentes com idades até aos 16 anos ou até aos 24 anos se receberem abono de família, ou ainda se algum dos descendentes beneficie de bonificação por deficiência no abono de família. No caso de ausência por doença ser por tuberculose, pode variar entre 80% a 100%, consoante tenha menos ou mais de dois familiares dependentes no agregado familiar respetivamente.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-de-doenca>

O cálculo da remuneração de referência é feito da mesma forma que o subsídio de parentalidade inicial. Assim, em suma, no caso de ALD o enfermeiro poderá auferir entre 60% e 80% (no caso de tuberculose poderá ser até 100%).

No caso dos enfermeiros podem ainda receber uma prestação compensatória da Segurança Social, por apoio a familiares, sejam filhos ou netos. “O subsídio de assistência a filhos, é uma prestação atribuída ao pai ou à mãe para a prestação de assistência imprescindível e inadiável a um filho por motivo de doença ou acidente, desde que ambos os progenitores estejam a exercer atividade profissional e não requeiram ambos o mesmo subsídio. Como nos casos anteriores, o beneficiário, à data do impedimento deve ter o prazo de garantia de 6 meses civis com registo de remunerações. Este subsídio é atribuído por um período máximo de 30 dias seguidos ou interpolados por ano, no caso do menor ter menos de 12 anos, e 15 dias para maiores de 12 anos. Este período é acrescido de um dia por cada filho. O cálculo da prestação é com base em 65% da remuneração de referência que é calculada, como anteriormente descrita, para o subsídio de apoio parental inicial e para o subsídio de doença.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-para-assistencia-a-filho>

“No caso do subsídio para assistência a netos, consiste numa prestação atribuída para avós que pretendam prestar assistência inadiável e imprescindível ao seu neto menor, ou

independentemente da idade, com deficiência ou doença crónica, por motivo de doença ou acidente. Este subsídio é pago a avós ou equiparados se ambos os pais trabalharem e não puderem prestar assistência ao filho, não solicitando, portanto, o subsídio de assistência a filhos pelo mesmo motivo, e se, ainda, nenhum dos outros avós faltar ao trabalho para prestar este mesmo tipo de assistência. O beneficiário, tal como nas anteriores situações de ausência compensada financeiramente pela segurança social, deve ter um prazo de garantia de 6 meses civis com registo de remunerações.” <http://www.seg-social.pt/subsidio-para-assistencia-a-neto1>

2.3.4. Gestão do Absentismo

Viera (2014) refere que, um dos grandes problemas encontrados pelos gestores de escala, prende-se com a dificuldade em manter dotações seguras quando existem fatores de ordem imprevisível que condicionam a manutenção de uma equipa devidamente operacional, sendo a causa mais associada a essa dificuldade, o absentismo.

Podemos perceber, portanto, que quando temos casos de absentismo, seja de curta ou longa duração, as dotações seguras ficam em risco, sendo primordial que sejam geridas com critério para garantir a manutenção dos cuidados com qualidade e segurança.

A manutenção de níveis satisfatórios de cuidados de saúde, tem exigido que a gestão de ausências, seja objeto de estratégias diferenciadas. Essas estratégias, segundo Barde *et al*, (2005), incluem;

- (i) o recurso a enfermeiros que se voluntariem para fazer os turnos em falta, quer sejam turnos extraordinários quer possam, dessa forma, completar o seu próprio horário caso tenham horas em falta;
- (ii) o recurso a enfermeiros de outros serviços que tenham qualificações para exercer funções no serviço em falta, ou
- (iii) o recurso a enfermeiros externos em modo de prestação de serviços ou contratação temporária.

Atendendo à importância desta matéria, foi publicado em Diário da República a 2 de dezembro de 2014, o Regulamento 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros, denominado “Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”.

Neste documento são detalhados os procedimentos que as organizações devem utilizar para calcular o número de enfermeiros necessários para garantir um nível de cuidados seguro e de qualidade.

No mesmo documento, relativamente a ausência por maternidade ou doença prolongada, a orientação proposta é que as ausências prolongadas (maiores ou iguais a 30 dias), devem ser objeto de substituição para garantir a manutenção da adequação das horas de cuidados às necessidades dos cidadãos. A orientação proposta apenas se refere à necessidade de substituição, não se referindo ao tipo de substituição que deve ser feita, deixando esse aspeto a cargo da gestão.

O absentismo traz encargos e problemas para a instituição que merecem uma investigação profunda e meticulosa nas suas várias vertentes tais como os custos, os recursos humanos e a produção da organização de forma a encontrar uma solução com impacto positivo na organização na sua produção de serviços.

3. METODOLOGIA

3.1. Questão de partida e objetivos

Com base na contextualização apresentada anteriormente, propôs-se com este estudo responder à seguinte pergunta de partida: “de que forma se torna mais eficiente a gestão das ausências de longa duração, na classe de enfermagem, na Unidade de Faro do Centro Hospitalar do Algarve?”

De modo a responder a essa questão considerou-se que seria necessário analisar a gestão das ausências de longa duração na classe de enfermagem, com vista a:

- (i) caracterizar os recursos humanos de enfermagem nos diferentes serviços da Unidade de Faro do Centro Hospitalar do Algarve;
- (ii) analisar as ausências de longa duração da classe de enfermagem nos diferentes serviços da Unidade Faro do Centro Hospitalar do Algarve;
- (iii) compreender de que forma as ausências de longa duração afetam as dotações seguras;
- (iv) Identificar qual a estratégia mais eficaz do ponto de vista económico para compensar as ausências de longa duração sem comprometer a segurança e qualidade dos cuidados.

3.2 Tipo de estudo

Para desenvolver o trabalho proposto, optou-se por realizar um estudo quantitativo do tipo descritivo e correlacional.

Este tipo de estudo pretende explicar e prever padrões por meio da análise dos dados e da relação entre as variáveis (Fortin, 2001).

3.3 Universo

Neste estudo foram analisados 29 serviços da Unidade de Faro do Centro Hospitalar do Algarve, no que respeita ao número de enfermeiros, dotações seguras (apenas no departamento de medicina), ausências, custos com horas extraordinárias, entre o mês de novembro do ano de 2012 e o mês de maio de 2017. No total foram analisados

29 serviços ao longo de 55 meses tendo sido incluído no estudo todos os enfermeiros na prestação de cuidados do respetivo serviço, sendo excluídos apenas os enfermeiros chefes/ coordenadores e enfermeiros supervisores.

3.4 Instrumentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através da análise dos dados obtidos através do programa de gestão de escala Sisqual Ponto e informação institucional obtida através dos serviços de recursos humanos do Centro Hospitalar do Algarve.

3.5. Procedimentos

Numa primeira fase foi submetido o projeto de investigação ao conselho de administração e comissão de ética do Centro Hospitalar do Algarve para análise e aprovação. A recolha de dados foi autorizada no mês de maio. Durante os meses de junho e julho de 2017 foram levantados os dados no programa Sisqual Ponto e aqueles que o programa não permitiu recolher foram solicitados aos serviços de recursos humanos do Centro Hospitalar do Algarve.

3.6. Procedimentos estatísticos

Os dados obtidos foram tratados com recurso ao SPSS – Statistical Package for Social Science, versão 22.

Numa primeira fase procedeu-se à análise descritiva das variáveis de forma a sistematizar as informações recolhidas, através da média, desvio padrão, mínimos e máximos.

Numa segunda fase procurou explorar-se a relação entre variáveis através de correlações e testes de diferenças. As correlações foram realizadas com recurso à correlação de Pearson, que permite medir a força da relação linear entre duas variáveis. (Fortin, 2001). A força da correlação, segundo Cohen (1988), é determinada pelo coeficiente correlação (r) e considera-se que não existe correlação quando o valor varia entre -0.09 e 0.0, ou 0.0 e 0.09; a correlação é fraca quando os valores se situam – 0.3 e – 0.1 ou 0.1 e 0.3;

moderada para valores entre -0.5 e -0.3 ou 0.3 e 0.5 ; e forte quando os valores estão entre -1.0 e 0.5 ou 0.5 e 1.0 .

Para verificar diferenças entre os grupos, e porque estes apresentam uma amostragem inferior a 30, não garantindo a normalidade (Fay & Proschan, 2010), foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, que permite comparar mais do que dois grupos.

Para analisar o valor preditivo das variáveis recorreu-se a uma regressão linear múltipla que analisa o efeito das variáveis independentes numa variável dependente (Dancey & Reidy, 2011).

De forma a garantir que os resultados encontrados são estatisticamente significativos, utilizou-se o nível de significância de 0,05 (Stigler, 2008).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a colheita de dados relativamente ao número de enfermeiros distribuídos nos diferentes serviços, ausências de longa duração e sua categorização, assim como o cálculo das dotações seguras para os serviços do departamento de Medicina, por mês, desde novembro de 2012 até maio de 2017, procedemos à sua análise.

4.1. Distribuição dos Enfermeiros por Serviços

Primariamente foi aplicado o teste Kruskal-Wallis para comparar diferenças entre grupos. Sempre que $p < 0,05$, os grupos são diferentes; quando maior assumimos uma constância dos resultados ao longo dos meses testados.

Com o objetivo de verificar se existia uma constante na distribuição do número de enfermeiros por serviço ao longo dos meses considerados, verificámos que para todos os serviços, o valor de p é superior a 0,05 concluindo que existe um número constante de enfermeiros nos diferentes meses de cada ano. A tabela 4.1, sintetiza os valores obtidos

Tabela 4.1. Resultados do Teste Kruskal-Wallis para o número de enfermeiros por serviço/mês

<i>Serviços</i>	<i>K</i>	<i>p</i>
<i>Bloco Operatório</i>	<i>3,411</i>	<i>0,984</i>
<i>Cardiologia</i>	<i>2,107</i>	<i>0,998</i>
<i>Cirurgia 1 Nascente</i>	<i>5,898</i>	<i>0,880</i>
<i>Cirurgia 1 Poente</i>	<i>2,737</i>	<i>0,994</i>
<i>Cirurgia do Ambulatório</i>	<i>3,162</i>	<i>0,988</i>
<i>Consulta Externa</i>	<i>1,404</i>	<i>1,000</i>
<i>Consulta Externa de Pediatria</i>	<i>6,781</i>	<i>0,817</i>
<i>DPSM – Psiquiatria Internamento</i>	<i>6,937</i>	<i>0,804</i>
<i>Esterilização</i>	<i>1,778</i>	<i>0,999</i>
<i>Gastroenterologia</i>	<i>2,461</i>	<i>0,996</i>
<i>Ginecologia</i>	<i>0,514</i>	<i>1,000</i>
<i>Infeciologia</i>	<i>1,866</i>	<i>0,999</i>
<i>Medicina Interna 1</i>	<i>2,814</i>	<i>0,993</i>
<i>Medicina Interna 2</i>	<i>3,830</i>	<i>0,975</i>
<i>Medicina Interna 3</i>	<i>3,100</i>	<i>0,989</i>
<i>Nefrologia</i>	<i>3,767</i>	<i>0,976</i>
<i>Neurologia</i>	<i>4,102</i>	<i>0,967</i>
<i>Obstetrícia</i>	<i>5,641</i>	<i>0,896</i>
<i>Oncologia Internamento</i>	<i>6,687</i>	<i>0,824</i>
<i>Oncologia Hospital de Dia</i>	<i>1,831</i>	<i>0,999</i>
<i>Ortopedia 1</i>	<i>2,160</i>	<i>0,998</i>
<i>Neurocirurgia</i>	<i>1,147</i>	<i>1,000</i>
<i>Pediatria</i>	<i>1,152</i>	<i>1,000</i>
<i>Pneumologia</i>	<i>3,294</i>	<i>0,986</i>
<i>UCI Pediatria</i>	<i>9,284</i>	<i>0,596</i>
<i>UCI. Polivalente</i>	<i>3,608</i>	<i>0,980</i>
<i>Urgência Geral</i>	<i>1,409</i>	<i>1,000</i>
<i>Urgência Obstetrícia</i>	<i>2,778</i>	<i>0,993</i>
<i>Urgência Pediatria</i>	<i>8,937</i>	<i>0,628</i>

Fonte: Elaboração própria

Utilizando o mesmo teste analisou-se se havia uma constante na distribuição dos enfermeiros, por serviço, pelos diferentes anos. Verificou-se que apenas no serviço de Medicina 2 o valor de p foi superior a 0,05, como se pode confirmar na tabela 4.2. Os resultados obtidos indicam que apenas no serviço de Medicina 2, o número de enfermeiros se manteve constante ao longo dos anos analisados.

Tabela 4.2. Resultados do Teste Kruskal-Wallis para o número de enfermeiros por serviço/ano

<i>Serviços</i>	<i>K</i>	<i>P</i>
<i>Bloco Operatório</i>	<i>30,502</i>	<i>0,000</i>
<i>Cardiologia</i>	<i>27,570</i>	<i>0,000</i>
<i>Cirurgia 1 Nascente</i>	<i>15,896</i>	<i>0,007</i>
<i>Cirurgia 1 Poente</i>	<i>27,937</i>	<i>0,000</i>
<i>Cirurgia do Ambulatório</i>	<i>40,208</i>	<i>0,000</i>
<i>Consulta Externa</i>	<i>46,612</i>	<i>0,000</i>
<i>Consulta Externa de Pediatria</i>	<i>29,441</i>	<i>0,000</i>
<i>DPSM – Psiquiatria Internamento</i>	<i>27,664</i>	<i>0,000</i>
<i>Esterilização</i>	<i>45,750</i>	<i>0,000</i>
<i>Gastroenterologia</i>	<i>40,482</i>	<i>0,000</i>
<i>Ginecologia</i>	<i>48,332</i>	<i>0,000</i>
<i>Infeciologia</i>	<i>38,219</i>	<i>0,000</i>
<i>Medicina Interna 1</i>	<i>16,921</i>	<i>0,005</i>
<i>Medicina Interna 2</i>	<i>9,605</i>	<i>0,087</i>
<i>Medicina Interna 3</i>	<i>41,164</i>	<i>0,000</i>
<i>Nefrologia</i>	<i>36,557</i>	<i>0,000</i>
<i>Neurologia</i>	<i>24,302</i>	<i>0,000</i>
<i>Obstetrícia</i>	<i>38,136</i>	<i>0,000</i>
<i>Oncologia Internamento</i>	<i>35,428</i>	<i>0,000</i>
<i>Oncologia Hospital de Dia</i>	<i>41,223</i>	<i>0,000</i>
<i>Ortopedia 1</i>	<i>42,177</i>	<i>0,000</i>

<i>Neurocirurgia</i>	40,924	0,000
<i>Pediatria</i>	32,904	0,000
<i>Pneumologia</i>	35,673	0,000
<i>UCI Pediatria</i>	26,667	0,000
<i>UCI. Polivalente</i>	39,859	0,000
<i>Urgência Geral</i>	47,583	0,000
<i>Urgência Obstetrícia</i>	31,679	0,000
<i>Urgência Pediatria</i>	23,532	0,000

Fonte. Elaboração própria

Para melhor compreender quais as variações que causaram a inconsistência no teste, procurou-se saber qual a distribuição média de enfermeiros nos diferentes serviços do ao longo dos anos. Paralelamente procurou saber-se igualmente qual o número de enfermeiros ao longo dos anos. As Tabelas 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, sintetizam a informação tratada por departamentos. Apresentamos de seguida a tabela X que apresenta a informação relativa ao número médio de enfermeiros anual por serviço e o total nos diferentes anos desde novembro de 2012 a maio de 2017.

Tabela 4.3. Número médio de enfermeiros por serviço/ano

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Nº médio enfermeiros
Medicina 1	36,5	33,25	35,17	35,5	34,83	34	34,88
Medicina 2	31	30,5	30,83	31	31,67	32,2	31,20
Medicina 3	24	24,5	25,17	27	29,25	33	27,15
Cardiologia	27	26,25	25	24,67	26,2	25,53	25,78
Nefrologia	17	15,17	16,75	17,17	18,75	18	17,14
Neurologia	22	21	20,5	21,83	22,5	23	21,81
Gastroenterologia	19	21	20,67	21,08	22,42	22,2	21,06
Infeciologia	14	13,17	12,33	13,42	15,58	16	14,08
Oncologia Internamento	11	11,67	12,92	13,83	15	13,6	13,00
Oncologia Hospital Dia	16	14,75	12,08	12	13,42	17,2	14,24
Pneumologia	15	15,92	15,25	14,67	14,17	14,6	14,94
Cirurgia nascente	30	29,92	28,75	29,5	29,75	29,8	29,62
Cirurgia ponte	28,5	28,92	28,58	29,33	30,25	31,2	29,46
Cirurgia ambulatório	14	14,08	13,33	11,83	13,42	14,4	13,51
Ortopedia	29	28	28	30	30,42	30,8	29,37
Neurocirurgia	25	26,25	29	31,58	32,67	33,8	29,72

Ginecologia	12,5	12,92	13,08	15,08	16,92	19	14,92
UCI. Polivalente	52,5	48,75	41,58	43,5	44,17	47,4	46,32
Urgência Geral	69	63,17	70,5	77,33	82,92	86,2	74,85
Urgência Obstetrícia	43	41,67	40,25	42,5	42,92	41,2	41,92
Pediatria	15	14,83	14,83	14,17	15,92	15,8	15,09
UCI Pediatria	39,5	38,75	36,08	38,58	38,75	37,8	38,24
Urgência Pediatria	29	27	27	27,75	28,8	27,4	27,83
Obstetrícia	23,5	22,5	20,92	20,08	20,42	21,4	21,47
Psiquiatria	21,5	23,67	23,17	21,25	21,67	22	22,21
Consulta Ext. Pediatria	5	5,25	6	6	6	6,4	5,78
Consulta Externa	35	35,67	35,67	38	37,92	39,2	36,91
Esterilização	2	2	2	2	2,83	3	2,31
Bloco Operatório	50	50,17	49,08	49,67	47,42	46,8	48,86
Geral	756,5	740,7	734,49	760,32	786,96	802,93	763,65

Fonte: Elaboração própria

Podemos analisar pela informação fornecida pela tabela 4.3, que o número de enfermeiros nos diferentes serviços é inconstante durante o período de tempo analisado tal como o seu comportamento subindo e descendo sem um padrão fixo. No entanto ao observarmos o número anual médio de enfermeiros no hospital constata-se que vem a diminuir desde 2012, atingindo o número mínimo em 2014, vindo a subir depois até ao fim do período analisado em maio de 2017.

4.2. Ausências

Foram efetuados 1595 registos de ausências entre novembro de 2012 e maio de 2017. A maioria das ausências foi devida a doença (onde podem estar incluídas quaisquer causas das quais resulte ausência por mais de 30 dias, incluindo gravidez de risco), seguindo-se as ausências por parentalidade (onde estão englobadas as ausências ligadas a licença de maternidade e de paternidade, que podem ser gozadas pela mãe ou pelo pai). Com menos expressão aparecem as ausências por acidente de trabalho e licença sem vencimento.

Tabela 4.4. Distribuição das Ausências por tipologia

	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>Ausência por doença</i>	<i>0,99</i>	<i>1,162</i>	<i>0</i>	<i>6</i>
<i>Ausência por acidente de trabalho</i>	<i>0,04</i>	<i>0,205</i>	<i>0</i>	<i>2</i>
<i>Ausência por parentalidade</i>	<i>0,59</i>	<i>0,865</i>	<i>0</i>	<i>4</i>
<i>Licença sem vencimento</i>	<i>0,07</i>	<i>0,249</i>	<i>0</i>	<i>1</i>

Fonte: Elaboração própria

Para estudar as ausências nos diferentes serviços também foi aplicado o teste Kruskal-Wallis que compara as diferenças entre grupos. Sempre que $p < 0,05$ os grupos são diferentes; quanto maior for o valor de p , maior constância existe nos resultados ao longo do tempo.

A Tabela 4.5. apresenta o resultado do teste Kruskal-Wallis para as ausências por serviço/mês.

Tabela 4.5. Resultados do teste Kruskal-Wallis para as ausências por serviço/mês

	<i>K</i>	<i>p</i>
<i>Bloco Operatório</i>	<i>3,351</i>	<i>0,985</i>
<i>Cardiologia</i>	<i>7,174</i>	<i>0,785</i>
<i>Cirurgia I Nascente</i>	<i>0,843</i>	<i>1,000</i>
<i>Cirurgia I Poente</i>	<i>0,822</i>	<i>1,000</i>
<i>Cirurgia do Ambulatório</i>	<i>8,130</i>	<i>0,702</i>
<i>Consulta Externa</i>	<i>2,875</i>	<i>0,992</i>
<i>Consulta Externa de Pediatria</i>	<i>6,802</i>	<i>0,815</i>
<i>DPSM – Psiquiatria Internamento</i>	<i>2,579</i>	<i>0,995</i>
<i>Esterilização</i>	<i>0,0000</i>	<i>1,000</i>
<i>Gastroenterologia</i>	<i>9,461</i>	<i>0,579</i>
<i>Ginecologia</i>	<i>1,189</i>	<i>1,000</i>
<i>Infeciologia</i>	<i>5,362</i>	<i>0,912</i>
<i>Medicina Interna 1</i>	<i>6,450</i>	<i>0,842</i>

<i>Medicina Interna 2</i>	2,620	0,995
<i>Medicina Interna 3</i>	2,294	0,997
<i>Nefrologia</i>	9,869	0,542
<i>Neurologia</i>	0,892	1,000
<i>Obstetrícia</i>	8,832	0,637
<i>Oncologia Internamento</i>	10,212	0,511
<i>Oncologia Hospital de Dia</i>	5,604	0,898
<i>Ortopedia 1</i>	6,724	0,821
<i>Neurocirurgia</i>	8,887	0,632
<i>Pediatria</i>	6,691	0,824
<i>Pneumologia</i>	5,366	0,912
<i>UCI Pediatria</i>	2,974	0,991
<i>UCI. Polivalente</i>	3,488	0,983
<i>Urgência Geral</i>	3,336	0,985
<i>Urgência Obstetrícia</i>	2,775	0,994
<i>Urgência Pediatria</i>	3,436	0,984

Fonte: Elaboração própria

Constata-se que a distribuição mensal das ausências é constante com a única exceção no serviço de Esterilização.

Tabela 4.6. Resultados do teste Kruskal-Wallis para as ausências por serviço/ano

	<i>K</i>	<i>p</i>
<i>Bloco Operatório</i>	15,887	0,007
<i>Cardiologia</i>	27,494	0,000
<i>Cirurgia 1 Nascente</i>	38,990	0,000
<i>Cirurgia 1 Poente</i>	31,849	0,000
<i>Cirurgia do Ambulatório</i>	19,736	0,001
<i>Consulta Externa</i>	19,440	0,002
<i>Consulta Externa de Pediatria</i>	9,680	0,085
<i>DPSM – Psiquiatria Internamento</i>	32,704	0,000
<i>Esterilização</i>	0,000	1,000
<i>Gastroenterologia</i>	11,492	0,042
<i>Ginecologia</i>	50,052	0,000

<i>Infeciologia</i>	21,336	0,001
<i>Medicina Interna 1</i>	38,384	0,000
<i>Medicina Interna 2</i>	25,961	0,000
<i>Medicina Interna 3</i>	19,558	0,001
<i>Nefrologia</i>	30,272	0,000
<i>Neurologia</i>	40,403	0,000
<i>Obstetrícia</i>	10,745	0,057
<i>Oncologia Internamento</i>	4,817	0,439
<i>Oncologia Hospital de Dia</i>	37,576	0,000
<i>Ortopedia 1</i>	33,716	0,000
<i>Neurocirurgia</i>	32,728	0,000
<i>Pediatria</i>	17,527	0,004
<i>Pneumologia</i>	14,016	0,016
<i>UCI Pediatria</i>	37,205	0,000
<i>UCI. Polivalente</i>	13,775	0,017
<i>Urgência Geral</i>	23,226	0,000
<i>Urgência Obstetrícia</i>	35,355	0,000
<i>Urgência Pediatria</i>	26,881	0,000

Fonte: Elaboração própria

Quando aplicado o teste para encontrar uma constância de ausências por serviço ao longo dos anos, apenas os serviços de Obstetrícia, Oncologia Internamento, Consulta Externa de Pediatria e Esterilização mantêm um número constante, comprovado por valores de p superiores a 0,05 no teste.

Para estudar como se comportaram as ausências nos diferentes serviços ao longo dos anos e a relevância das ausências nos serviços tendo em conta o número de enfermeiros por cada serviço, foi realizada uma tabela onde foi calculada a relação entre as ausências e o número de enfermeiros em percentagem e perceber qual a importância das ausências de longa duração em cada serviço, por departamento e no contexto geral do hospital para caracterizar melhor a situação.

Ao fazermos a análise para o hospital em geral obtemos uma média de 764 enfermeiros no período em análise e uma média de 46 ausências de longa duração o que corresponde a 6% do número médio total de enfermeiros, sendo por isso a percentagem média de ausências do hospital e que vamos utilizar como valor para analisar e comparar os restantes serviços e os respetivos departamentos.

Tabela 4.7. Número médio de ausências por serviço/ano

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totais ausências
Medicina 1	1	0,25	1,42	3,17	1,42	2	1,54
Medicina 2	3	2,58	1,67	1,58	3,42	3	2,54
Medicina 3	0	0,5	1,33	0,83	1,5	2,4	1,09
Cardiologia	0	1,17	1,58	0,25	1,5	1	0,92
Nefrologia	0	0,67	1,58	0,08	1,42	0,8	0,76
Neurologia	2	0,42	1,67	3,17	3,5	2	2,13
Gastroenterologia	0	2,17	1,67	1,83	2,42	2,2	1,72
Infeciologia	0	0,33	0	0,33	1,42	0,02	0,35
Oncologia Internamento	0	0	0,17	0,08	0	0	0,04
Oncologia Hospital Dia	0	0,08	0,58	1,58	1,92	5	1,53
Pneumologia	1	0,25	0,42	0,75	0,17	0	0,43
Cirurgia nascente	1	0,67	0,92	3,67	3,08	2,6	1,99
Cirurgia poente	1	1,17	0,92	3,58	1,75	0	1,40
Cirurgia ambulatório	0	0,25	1,58	1,17	1,33	0,2	0,76
Ortopedia	0	1,33	2,25	1,58	0,75	1	1,15
Neurocirurgia	1	1,58	2,92	3,17	4,42	0,4	2,25
Ginecologia	1	0,92	1	2,17	3,92	3,8	2,14
UCI. Polivalente	4	1,83	1,42	3,08	3,25	5,6	3,20
Urgência Geral	0	2,17	4	3,25	4,67	5,8	3,32
Urgência Obstetrícia	2	1,83	4,83	6,17	3,75	3,6	3,70
Pediatria	0	1	1	1,5	2	0,2	0,95
UCI Pediatria	1	0,67	3	4,42	3,25	5	2,89
Urgência Pediatria	0	1	1,5	1,83	3,17	3,6	1,85
Obstetrícia	1	2,25	1,75	1,17	2,5	1,4	1,68
Psiquiatria	0,5	0,25	0,75	0,75	2,33	2,2	1,13
Consulta Ext. Pediatria	0	0,5	0,08	0,08	0,17	0,4	0,21
Consulta Externa	1	1,58	1,67	2,33	3,67	3,4	2,28
Esterilização	0	0	0	0	0	0	0,00
Bloco Operatório	2	1,25	2,75	3,83	1,92	2,4	2,36
Geral	22,5	28,67	44,43	57,4	64,62	60,02	46,27

Fonte: Elaboração Própria

Podemos observar pela análise da tabela 4.7. que o comportamento das ausências de longa duração também não segue um padrão fixo à exceção dos serviços de esterilização e oncologia em que a média das ausências de longa duração por ano é inferior a 1 enfermeiro em todos os anos e no serviço de oncologia que tem um padrão crescente ao longo dos anos analisados. É de salientar que o motivo de ambos os serviços de oncologia terem um padrão de comportamento diferente dos outros serviços, deve-se à gestão de recursos humanos ser partilhada, ou seja, sempre que existe um elemento de um dos serviços com uma ausência de longa duração ele é alocado ao serviço de oncologia hospital de dia e substituída a ausência com elementos do serviço de oncologia internamento.

Para compreender o efeito das ausências de longa duração e a sua gravidade no seio de cada serviço foi calculada a relação número de enfermeiros/ ausências de longa duração, apresentados na tabela 4.8.

Tabela 4.8. Relação em percentagem do número de enfermeiros e as ausências por serviço/ano

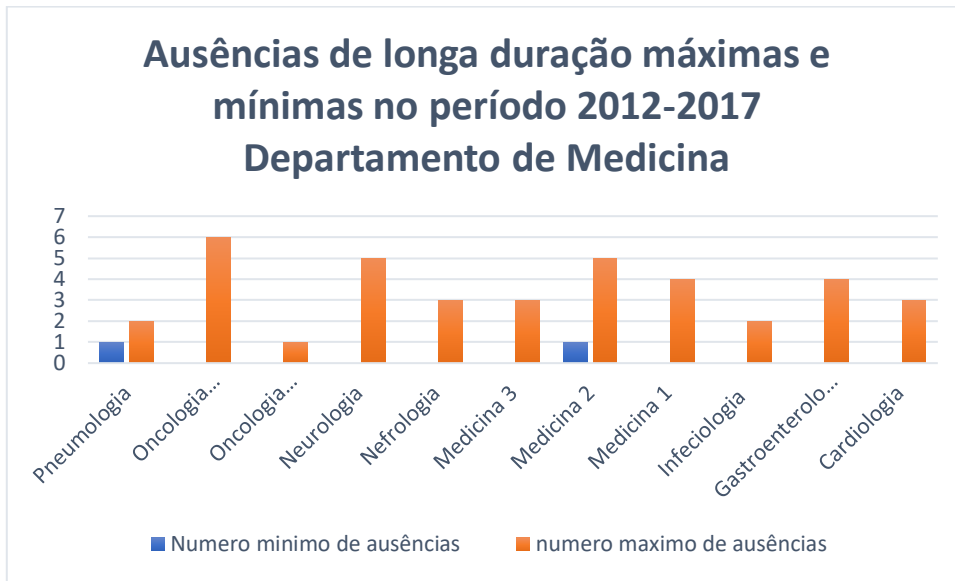
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total %
Departamento de Medicina							
Medicina 1	3%	1%	4%	9%	4%	6%	4%
Medicina 2	10%	8%	5%	5%	11%	9%	8%
Medicina 3	0%	2%	5%	3%	5%	7%	4%
Cardiologia	0%	4%	6%	1%	6%	4%	4%
Nefrologia	0%	4%	9%	0%	8%	4%	4%
Neurologia	9%	2%	8%	15%	16%	9%	10%
Gastroenterologia	0%	10%	8%	9%	11%	10%	8%
Infeciologia	0%	3%	0%	2%	9%	0%	2%
Oncologia Internamento	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%
Oncologia Hospital Dia	0%	1%	5%	13%	14%	29%	11%
Pneumologia	7%	2%	3%	5%	1%	0%	3%
Departamento de Cirurgia							
Cirurgia nascente	3%	2%	3%	12%	10%	9%	7%
Cirurgia poente	4%	4%	3%	12%	6%	0%	5%
Cirurgia ambulatório	0%	2%	12%	10%	10%	1%	6%
Ortopedia	0%	5%	8%	5%	2%	3%	4%
Neurocirurgia	4%	6%	10%	10%	14%	1%	8%
Ginecologia	8%	7%	8%	14%	23%	20%	14%
Departamento de Urgência							
UCI. Polivalente	8%	4%	3%	7%	7%	12%	7%

Urgência Geral	0%	3%	6%	4%	6%	7%	4%
Departamento Saúde Infantil e Reprodutiva							
Urgência Obstetrícia	5%	4%	12%	15%	9%	9%	9%
Pediatria	0%	7%	7%	11%	13%	1%	6%
UCI Pediatria	3%	2%	8%	11%	8%	13%	8%
Urgência Pediatria	0%	4%	6%	7%	11%	13%	7%
Obstetrícia	4%	10%	8%	6%	12%	7%	8%
Não departamentalizados							
Psiquiatria	2%	1%	3%	4%	11%	10%	5%
Consulta Ext. Pediatria	0%	10%	1%	1%	3%	6%	4%
Consulta Externa	3%	4%	5%	6%	10%	9%	6%
Esterilização	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Bloco Operatório	4%	2%	6%	8%	4%	5%	5%
Geral							6%

Fonte: Elaboração Própria

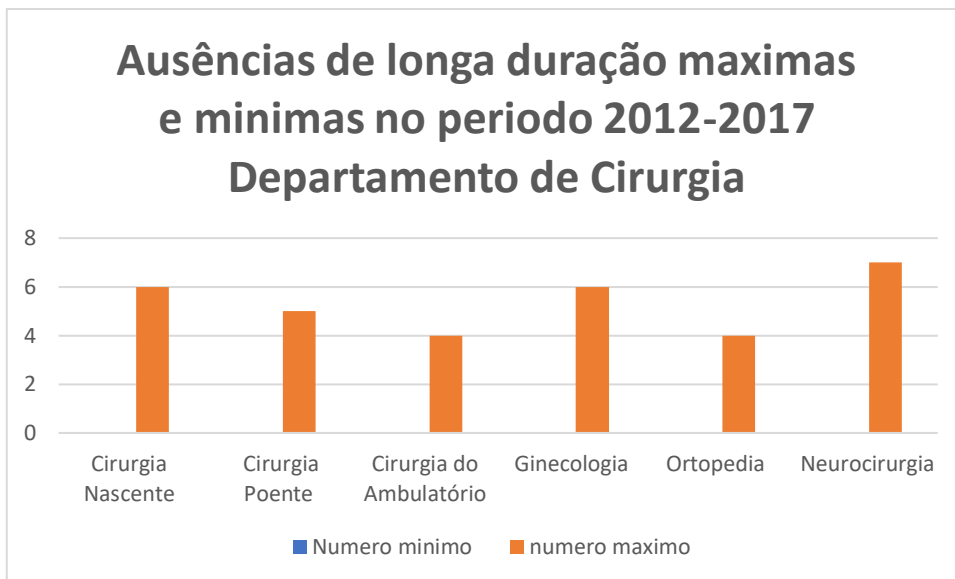
Com a tabela acima apresentada podemos observar que independentemente da especificidade do serviço ou do número de enfermeiros dos mesmos ou dos departamentos, existem serviços onde as ausências têm maior gravidade, representados por uma maior percentagem em relação à média. Tal acontece nos serviços de Neurologia, Oncologia Hospital de Dia e Ginecologia. Da mesma forma também existem serviços em que as percentagens estão muito abaixo da média tal como o serviço de Esterilização, Oncologia Internamento, Pneumologia e Infeciologia. Os restantes serviços encontram-se ligeiramente acima da média (Medicina 2, Gastroenterologia, Cirurgia Nascente, Cirurgia Poente, UCI Polivalente, Urgência de Obstetrícia, UCI Pediatria, Urgência de Pediatria e Obstetrícia), ou ligeiramente abaixo da média (Medicina 1, Medicina 3, Cardiologia, Nefrologia, Cirurgia do Ambulatório, Ortopedia, Urgência Geral, Pediatria, Psiquiatria, Consulta Externa, Consulta Externa de Pediatria e Bloco Operatório). Para além da média do número de ausências foi também feito o cálculo do número máximo e mínimo por ano do número de ausências para os diferentes serviços.

Gráfico 4.1. Ausências de longa duração máximas e mínimas no período 2012-2017 no departamento de medicina



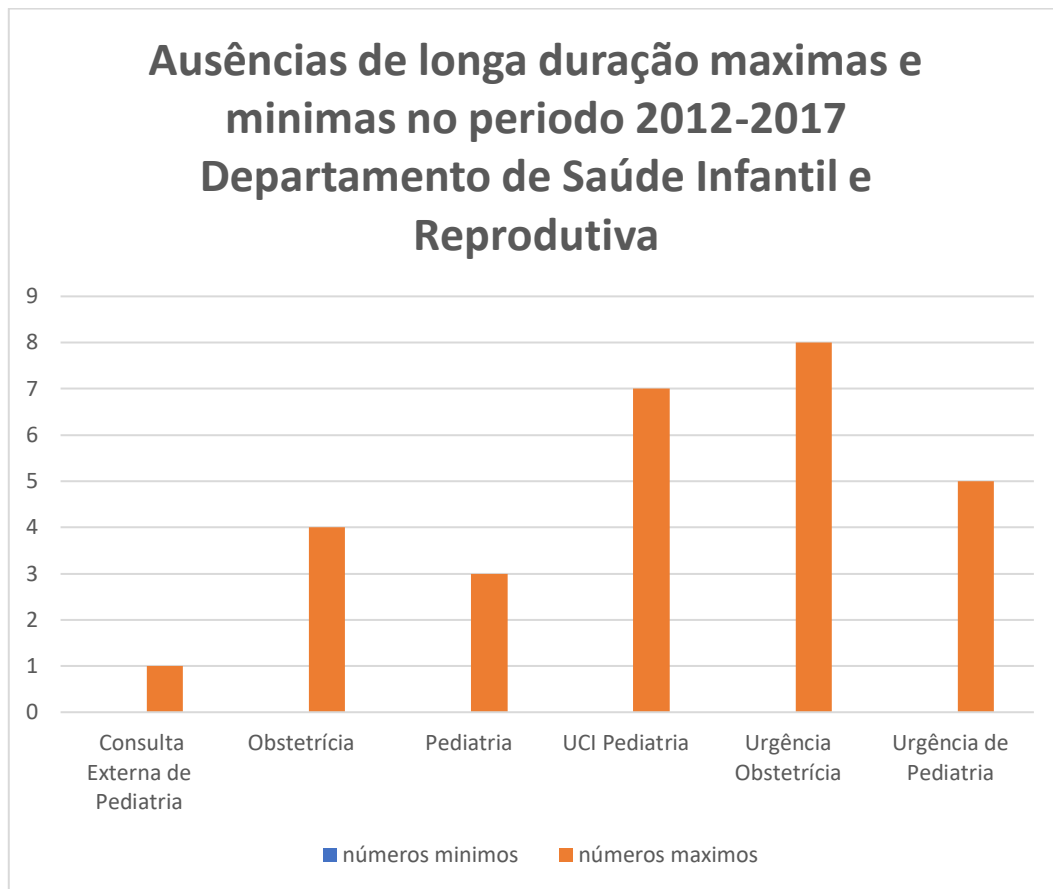
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 4.2. Ausências de longa duração máximas e mínimas no período 2012-2017 no departamento de cirurgia



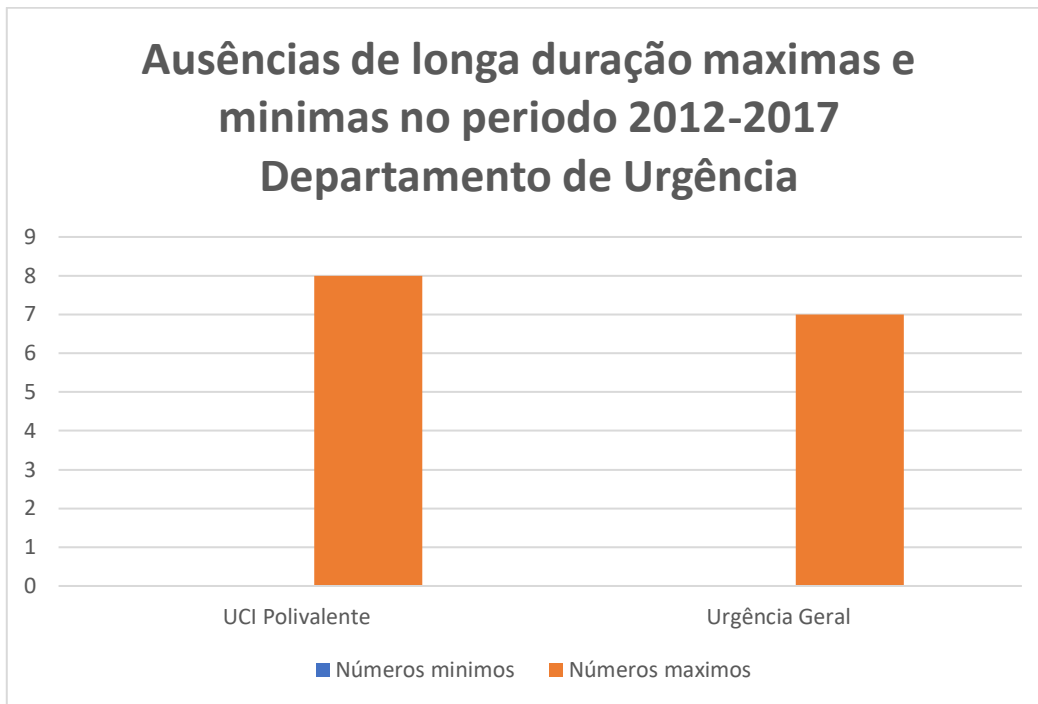
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 4.3. Ausências de longa duração máximas e mínimas no período 2012-2017 no departamento de Saúde Infantil e Reprodutiva



Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 4.4. Ausências de longa duração máximas e mínimas no período 2012-2017 no departamento de Urgência



Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 4.5. Ausências de longa duração máximas e mínimas no período 2012-2017 nos Serviços não departamentalizados



Fonte: Elaboração Própria

Podemos observar que o número mínimo de enfermeiros ausentes e, algum período do ano é 0 em todos os serviços sendo que o número máximo são 8 enfermeiros ausentes.

4.3. Dotações seguras, número de enfermeiros e ausências de longa duração

Para melhor se entender o impacto e a influencia que as ausências de longa duração podem ter na dinâmica e eficácia na prestação de cuidados com todas as implicações descritas anteriormente pela literatura, foi importante realizar uma comparação entre o número de enfermeiros efetivos de cada serviço, ou seja pertencentes ao serviço e o número de enfermeiros que realmente estão disponíveis nos serviços, ou seja excluirmos os enfermeiros que estão ausentes, no caso de ausências de longa duração. Foram calculadas as dotações seguras para os serviços do departamento de medicina e foi feita uma relação entre o número de enfermeiros total, os enfermeiros efetivos nos serviços e o numero real, números de enfermeiros presentes nos serviços e essas mesmas dotações, e foram comparados os valores para perceber apesar das dotações serem ou não cumpridas com um número de enfermeiros efetivos nos serviços a realidade devido às ausências pode ser outra. Estes cálculos podem ser vistos em pormenor na tabela 4.9. Este cálculo foi baseado no número de enfermeiros necessários para a prestação de cuidados baseada nas dotações seguras para os doentes internados no departamento de medicina em setembro de 2017, a título exemplificativo. Foi calculado segundo o “Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde – Indicadores e Valores de Referência”. OE(2011)

Tabela 4.9. Comparação entre diferença dotação/nº Total de enfermeiros e dotação/ nº real de enfermeiros por serviço ao longo dos anos

Cardiologia	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diferença dotação/nº total	4,0000	4,7500	6,0000	6,3333	5,3333	4,8000	5,4727
Diferença dotação/nº real	4,0000	5,9167	7,5833	6,5833	6,8333	5,8000	6,5455
Medicina 1	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diferença dotação/nº total	20,5000	23,7500	21,8333	21,5000	22,1667	23,0000	22,3091
Diferença dotação/nº real	21,5000	24,0000	23,2500	24,6667	23,5833	25,0000	23,8909
Medicina 2	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diferença dotação/nº total	21,0000	21,5000	21,1667	21,0000	20,3333	19,8000	20,8909
Diferença dotação/nº real	24,0000	24,0833	22,8333	22,5833	23,7500	22,8000	23,2909
Medicina 3	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diferença dotação/nº total	24,0000	23,5000	22,8333	21,0000	18,7500	15,0000	21,0182
Diferença dotação/nº real	24,0000	24,0000	24,1667	21,8333	20,2500	17,4000	22,1455
Nefrologia	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diferença dotação/nº total	4,0000	5,8333	4,2500	3,8333	2,2500	3,0000	3,9455
Diferença dotação/nº real	4,0000	6,5000	5,8333	3,9167	3,6667	3,8000	4,8364

Gastroenterologia	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diferença dotação/nº total	6,0000	4,0000	4,3333	3,9167	2,5833	2,8000	3,7091
Diferença dotação/nº real	6,0000	6,1667	6,0000	5,7500	5,0000	5,0000	5,6727
Neurologia	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diferença dotação/nº total	6,0000	7,0000	7,5000	6,1667	5,5000	5,0000	6,3818
Diferença dotação/nº real	8,0000	7,4167	9,1667	9,3333	9,0000	7,0000	8,5455
Oncologia - Internamento	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diferença dotação/nº total	5,0000	4,3333	3,0833	2,1667	1,0000	2,4000	2,7091
Diferença dotação/nº real	5,0000	4,3333	3,2500	2,2500	1,0000	2,4000	2,7636
Oncologia - HD	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diferença dotação/nº total	-1,0000	,2500	2,9167	3,0000	1,5833	-2,2000	1,4545
Diferença dotação/nº real	-1,0000	,3333	3,5000	4,5833	3,5000	2,8000	2,8182
Infeciologia	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Diferença dotação/nº total	2,0000	2,8333	3,6667	2,5833	,4167	0,0000	2,1455
Diferença dotação/nº real	2,0000	3,1667	3,6667	2,9167	1,8333	,2000	2,6182
Pneumologia	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total

Diferença dotação/nº total	4,0000	3,0833	3,7500	4,3333	4,8333	4,4000	4,0364
Diferença dotação/nº real	5,0000	3,3333	4,1667	5,0833	5,0000	4,4000	4,4182

Fonte: Elaboração Própria

Como podemos observar na tabela 4.9 em todos os serviços a diferença entre o número de enfermeiros necessários para atingir as dotações seguras e número de enfermeiros afetos ao serviço, ou seja que supostamente estariam disponíveis a prestar serviço, comparando com a diferença entre a dotação segura e o numero de enfermeiros que realmente estão a prestar cuidados, podemos verificar que essa diferença é sempre maior na comparação entre dotação e número real, o que demonstra a influencia que as ausências de longa duração têm e a dificuldade que estas apresentam na gestão dos recursos humanos.

Podemos inclusivamente observar o serviço de infeciologia, que no ano de 2017 apresenta a dotação segura relativamente ao número de enfermeiros que estão afetos ao serviço, no entanto esses números não se conseguem manter e na realidade o serviço não tem ao seu dispor o número suficiente para manter as dotações seguras. Podemos observar por outro lado o serviço de Oncologia Hospital de Dia que apresenta no ano de 2017 um número superior ao recomendado pelo cálculo de dotações seguras da Ordem dos Enfermeiros, no entanto se formos observar a realidade o serviço apresenta uma diferença de aproximadamente 3 enfermeiros, o que significa que faltam em média 3 enfermeiros. O número de enfermeiros é superior no serviço de oncologia hospital de dia porque a equipa é partilhada com o serviço de internamento de Oncologia pelo que a chefe quando tem elementos de ausência prolongada os escala no serviço de hospital de dia, isto explica, portanto, o numero elevado de elementos afetos ao serviço no entanto esses números não são suficientes para manter a dotação segura no mesmo pois têm um grande número de ausências de longa duração. Podemos observar os serviços de medicina 1,2 e 3 como sendo os serviços onde a falta de enfermeiros para atingir as dotações seguras é maior.

4.4 Horas Extraordinárias

Após análise dos custos com horas extraordinárias, foi feita uma regressão onde podemos observar com 95% de certeza que apenas 9% ($R^2 = 0,89$) dos custos com horas extraordinárias são relacionadas com ausências de longa duração.

4.5 Análise Económica

De modo a examinar os dados recolhidos foi realizada uma análise económica para espelhar as diferentes opções de gestão das ausências de longa duração. Foi calculado o custo ao ano de quanto era necessário gastar com a substituição das ausências de longa duração médias para cada serviço, tanto com contratação de enfermeiros para suprir essas necessidades, como recorrendo a horas extraordinárias realizadas pelos enfermeiros existentes no hospital.

Tabela 4.10 Análise Económica

Serviços	Média de ausências de longa duração ao longo dos anos	Custo de substituição de ausências de longa duração com contratação	Custo de substituição de ausências de longa duração com Horas Extraordinárias
Medicina 1	1,58	€ 40.489,84	€ 44.160,00
Medicina 2	2,4	€ 40.489,84	€ 44.160,00
Medicina 3	1,13	€ 20.244,92	€ 22.080,00
Cardiologia	1,07	€ 20.244,92	€ 22.080,00
Nefrologia	0,89	€ 20.244,92	€ 22.080,00
Neurologia	2,16	€ 40.489,84	€ 44.160,00
Gastroenterologia	1,96	€ 40.489,84	€ 44.160,00
Infeciologia	0,47	€ -	€ -
Oncologia internamento	0,05	€ -	€ -
Oncologia HD	1,36	€ 20.244,92	€ 22.080,00
Pneumologia	0,38	€ -	€ -
Cirurgia nascente	2,09	€ 40.489,84	€ 44.160,00
Cirurgia poente	1,65	€ 40.489,84	€ 44.160,00
Cirurgia ambulatório	0,96	€ 20.244,92	€ 22.080,00
Ortopedia	1,38	€ 20.244,92	€ 22.080,00
Neurocirurgia	2,71	€ 60.734,76	€ 66.240,00
Ginecologia	2,13	€ 40.489,84	€ 44.160,00
UCI. Polivalente	2,75	€ 60.734,76	€ 66.240,00
Urgência Geral	3,6	€ 80.979,68	€ 88.320,00

Urgência Obstetrícia	4,02	€ 80.979,68	€ 88.320,00
Pediatria	1,22	€ 20.244,92	€ 22.080,00
UCI Pediatria	2,96	€ 60.734,76	€ 66.240,00
Urgência Pediatria	1,96	€ 40.489,84	€ 44.160,00
Obstetrícia	1,84	€ 40.489,84	€ 44.160,00
Psiquiatria	1,11	€ 20.244,92	€ 22.080,00
Consulta Ex. Pediatria	0,22	€ -	€ -
Consulta Externa	2,36	€ 40.489,84	€ 44.160,00
Esterilização	0	€ -	€ -
Bloco Operatório	2,42	€ 40.489,84	€ 44.160,00
Total	48,83	€ 951.511,24	€ 1.037.760,00
Custo de substituição de ausências de longa duração com contratação segundo o número total de ausências dos diferentes serviços	992.001,08 €		

Fonte: Elaboração Própria

Da análise da tabela 4.10 podemos observar que o custo total por serviço é sempre superior quando se recorre a trabalho extraordinário do que quando as ausências sejam substituídas pela contratação de profissionais. O custo total embora não muito superior, é significativo sendo de aproximadamente 86.249 euros superior ao custo com recurso a trabalho extraordinário.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conseguimos observar pela análise dos resultados uma estratégia de contratação de profissionais de enfermagem pelo Hospital, visto que o número de enfermeiros tem vindo a aumentar ao longo dos anos, embora haja serviços que os seus números sejam menores que no início do estudo, mas isso deve-se também à mobilidade intra-hospitalar de enfermeiros que pedem transferências entre serviços e são alocados noutros serviços. Essa mobilidade acontece também em resposta a carências de profissionais de certos serviços sendo utilizado como uma medida de compensação de ausências de longa duração. Mesmo com esta estratégia de contratação podemos observar a dificuldade em atingir os níveis das dotações seguras, e as consequências que isto acarreta, tendo por exemplo o serviço de Infeciologia que apresenta no seu número total de enfermeiros a dotação segura mas que, na prática, devido as ausências de longa duração, esse número não é cumprido.

Por seu lado as ausências apresentam um padrão irregular e sem tendência observável, o que por si é motivo de grande dificuldade para a gestão atuar sobre estas ausências sem haver um fator de previsibilidade. No entanto para cada serviço é observável um número médio de ausências ao longo dos anos que é indicador da falta média de enfermeiros que existe em cada serviço devido as ALD.

Horas extraordinárias o nível de correlação é fraco, pois não foram contabilizadas as ausências inferiores a 30 dias, o que pode explicar em parte a necessidade por parte dos gestores a recorrer ao uso de horas extraordinárias como estratégia, tal como referido na literatura consultada. Outras causas para explicar os restantes custos com horas extraordinárias devem-se às especificidades de certos serviços que por vezes podem necessitar de um número superior ao que está alocado ao mesmo, tendo de recorrer a trabalho extraordinário para manter o seu normal funcionamento.

Em períodos de especial afluência de doentes tal como durante os planos de contingência hospitalar, tanto de inverno como de verão, onde os números de vagas dos serviços podem ser aumentadas de forma a dar resposta a esses períodos de crise, vai fazer aumentar, invariavelmente, as necessidades de recursos humanos para garantir uma segura prestação de cuidados. Como podemos observar pela análise económica a contratação de enfermeiros apresenta-se como a medida mais eficaz para suprir ausências de longa duração, pois se analisarmos serviço a serviço, o somatório dos gastos em contratar enfermeiros é inferior ao de substituir essas ausências por horas extraordinárias, informação que vêm de acordo com o pesquisado na literatura que nos demonstra os efeitos negativos do recurso a horas extraordinárias.

6. CONCLUSÕES

Apesar de não se ter observado um número constante de ausências de longa duração ao longo dos anos nos diferentes serviços, podemos verificar que existe um número médio de enfermeiros baseado nas ausências que apresentam ao longo dos anos. Ao reforçar esse número na gestão de recursos humanos de cada serviço podemos permitir alguma flexibilidade em momentos que os serviços sejam confrontados com períodos de maior número de ausências. O estudo das ausências neste trabalho apenas foi contemplado no âmbito de ausências de longa duração, ou seja, superiores a 30 dias, não contemplando as ausências de curta duração. Ao adicionar o número médio de enfermeiros ausentes ao longo dos últimos 5 anos na gestão de recursos humanos além de estarmos a suprimir necessidades de enfermeiros tendo em conta ausências a longo prazo estaríamos a contribuir inadvertidamente para melhorar também a gestão das ausências com menos duração, uma vez que as equipas dos diferentes serviços estariam melhor servidas de recursos humanos para fazer face a esses défices de pessoal, assegurando assim uma prestação de cuidados mais segura e eficaz. Pode-se verificar também que a contratação desse número médio de enfermeiros iria ajudar a permitir aos serviços ficarem mais perto das dotações seguras com base nos enfermeiros que têm á sua disposição, uma vez que embora em pequeno número, mas existem serviços que apresentam números de enfermeiros de acordo com as dotações seguras, a realidade é que devido as ausências,

nomeadamente de longa duração, eles em nenhum caso se verificou efetivamente atingirem esse número ao nível da disponibilidade de profissionais para prestar cuidados.

Como foi observado pela análise económica a estratégia preferencial na substituição de ALD seria a contratação de profissionais. O número de enfermeiros usado para calcular os custos de substituição refere-se à média de ausências de longa duração ao longo dos anos para cada serviço, mas podemos observar pela análise dos números máximos e mínimos de ausências nos diferentes serviços que existem alturas onde o número de ausências é elevado contrastando com o número mínimo de ausências que se verificou 0 ausências. Isto traz um problema ao nível da gestão de recursos humanos com a contratação de profissionais para colmatar ALD, pois em alturas onde o número de enfermeiros ausentes é 0 irá haver um número de enfermeiros superior ao habitual no serviço, caso que não se verifica na substituição por horas extraordinárias. No entanto só esse facto não deve ser preponderante na decisão da escolha de horas extraordinárias como estratégia de gestão das ALD, pois quando existe ALD em número superior à media para qual o serviço seria capacitado segundo este estudo, isto optando pela contratação de enfermeiros como estratégia de gestão, os serviços que tivessem enfermeiros em número superior ao seu habitual de funcionamento por no momento não haver no seu serviço ALD, poderiam ser recolocados provisoriamente e dar apoio nesses serviços cujo o número de ausências se encontra acima da média calculada no estudo, salvaguardando sempre a competência dos profissionais que teriam de estar aptos para restar cuidados nos serviços com défices de recursos humanos. Esta estratégia tem vindo a ser utilizado em mutis hospitais como verificado na literatura.

Analises económicas de maior profundidade, seriam merecedoras, para melhor entender as consequências das estratégias sugeridas, de forma a compreender se são realmente as mais adequadas tendo em outros fatores externos.

Como tal sugere-se para novos trabalhos o estudo da influência que as ALD podem ter nos profissionais que ficam a assegurar a prestação de cuidados e os efeitos sobre esses profissionais, tal como seria de interesse estudar a motivação dos profissionais que asseguram os turnos em situação de ALD e a disponibilidade dos profissionais para realizar turnos extraordinários.

BIBLIOGRAFIA

Almeida H, (2014) *Manual de Gestão de Recursos Humanos da teoria à prática*. Faro: Silabas & Desafios – Unipessoal Lda.

Andrade T. B., Das Graças M., De Souza C., Da Penha M., Simões C. & De Andrade F. B. (2008) Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. *Scientia Medica*, Porto Alegre

Bae S-H & Fabry D.(2014) *Assessing the relationships between nurse work hours/ overtime and nurse and patient outcomes: Systematic literature review* Nursing Outlook, Elsevier

Bard J. F. & Purnmono H. W. (2005) *Short-Term Nurse Scheduling in Response to Daily Fluctuations in Supply and Demand* Health Care Management Science.

<http://www.chalgarve.min-saude.pt/web/pt/posicionamento-estrategico2> acessado a 5 de novembro de 2016

Cho E., Lee N., Kim E, Kim S., Lee K, Park K. & Sung Y (2016), *Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study*. *International Journal of Nursing Studies*

Cohen, J. (1988). *Statistical Power for the Behavioral Sciences*. 2nd edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Dancey, C. P. & Reidy, J. (2011). *Statistics Without Maths for Psychology: Using Spss for Windows*. New York: Prentice Hall/Pearson.

DGS/DEES/ (2008) *Divisão de Estatísticas da Saúde, Elementos Estatísticos/Informação Geral de Saúde*; ISSN 0872-1114.

Drebit S., Ngana K., Hay M & Alamgir H. (2010) *Trends and costs of overtime among nurses in Canada*, Health Policy, Elsevier.

Drummond M., Sculpher M, Torrance G, O'Brien B & Stoddart G (2005) *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs*, Third edition: Oxford University Press

- Fay, M. P. & Proschan, M. A. (2010). "Wilcoxon–Mann–Whitney or t-test? On assumptions for hypothesis tests and multiple interpretations of decision rules". *Statistics Surveys* 4: 1–39.
- Fortin, M. (2001) *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lisboa: Lusociencia, Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Gabinete de Estratégias e Estudos (2012) *Estatísticas em Síntese: Acidentes de Trabalho 2012*. Ministério da Economia
- Gonçalves T. S. M. (2015) *Dotações De Enfermagem: Impacte Nos Resultados Em Saúde*. Tese de Mestrado Universidade do Algarve
- Higgins A., O’Halloran P. & Porter S. (2014) *The Management of Long-Term Sickness Absence in Large Public Sector Healthcare Organisations: A Realist Evaluation Using Mixed Methods*. Journal of Occupational Rehabilitation Springer Science & Business Media
- International Council for NursesCN (2006) “Dotações seguras salvam vidas”: Dia Internacional do Enfermeiro 2006
- International Council for Nurses (2015) *Enfermeiros: uma Força para a Mudança – Eficiência + Eficácia = Ganhos em Saúde: Dia Internacional do Enfermeiro 2015*
- International Council for Nurses *Os enfermeiros e as horas extraordinárias, A Enfermagem é Importante Folheto Informativo*
- Lobo V. M., Ploeg J, Fisher A., Peachey G. & Akhtar-Danesh N., (2017) *Critical care nurses’ perceptions of the outcomes of working overtime in Canada*, Nursing Outlook, Elsevier
- Maroco, J. (2003) *Análise Estatística com Utilização do SPSS, 2ª edição Rev. e Corrigida*. Lisboa, Edições Silabo.
- Ministério da Saúde (2016) *Relatório Social Do Ministério Da Saúde E Do Serviço Nacional De Saúde 2016*
- Mizuhira V. F., , Soler Z. A. S. G. & Oliveira K. A. (2015) *Absenteísmo Entre Profissionais Da Enfermagem: Revisão Integrativa*. Journal of Nursing UFSP On-line
- Mowday R.T., Porter L.W., Steers R.M., (1982) *Employee-Organization linkages, the psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. Academic Press
- Murcho N. (2006) *Burnout e Absentismo Laboral em Enfermeiros*. Tese de Mestrado UALG
- Olds D. M. & Clark S. P. (2010) *The effect of work hours on adverse events and errors in health care*, Journal of Safety Research

Ordem do Enfermeiros (2014) Regulamento 533/2014 *Norma para O Cálculo De Dotações Seguras Dos Cuidados De Enfermagem*

Organisation for Economic Co-operation and Development (2013) *Public spending on health and long-term care: a new set of projections: A going for growth report*

<https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/employmentandemployeetypes/datasets/sicknessabsenceinthelabourmarket> acedido a 11 de novembro de 2017

Pereira A. (2004) *Guia Prático de Utilização do SPSS*, 5º Edição Rev. e Aumentada, Lisboa, Edições Silabo.

Pestana, M. e Gageiro, J. (2003) *Análise de Dados para Ciências Sociais: Complementaridade do SPSS*, 3º edição Rev., Lisboa, Edições Silabo.

Rugulies R., Hasle P., Pejtersen J. H., Aust B. & Bjorner J. B. (2016) *Workplace social capital and risk of long-term sickness absence. Are associations modified by occupational grade?* Oxford University Press - European Public Health Association.

<http://www.seg-social.pt/maternidade-e-paternidade> acedido a 5 de novembro de 2016

<http://www.seg-social.pt/subsidio-parental> acedido a 5 de novembro de 2016

<http://www.seg-social.pt/subsidio-por-risco-clinico-durante-a-gravidez> acedido a 5 de novembro de 2016

<http://www.seg-social.pt/subsidio-por-interruptao-da-gravidez> acedido a 5 de novembro de 2016

<http://www.seg-social.pt/subsidio-por-riscos-especificos> acedido a 5 de novembro de 2016

<http://www.seg-social.pt/subsidio-parental-alargado> acedido a 22 de outubro de 2017

<http://www.seg-social.pt/subsidio-de-doenca> acedido a 22 de outubro de 2017

<http://www.seg-social.pt/subsidio-para-assistencia-a-filho> acedido a 22 de outubro de 2017

<http://www.seg-social.pt/subsidio-para-assistencia-a-neto1> acedido a 22 de outubro de 2017

<http://www.seg-social.pt/doenca-profissional> acedido a 22 de outubro de 2017

Stigler, S. (2008). Fisher and the 5% level. *Chance*, 21 (4):12.

Silvestre, A. (2007) *Análise de Dados e Estatística Descritiva*, Lisboa, Escolar Editor.

Vieira B. C. A. (2014) *Prática de flutuação que estratégia de gestão de recursos humanos em enfermagem?* Tese de Mestrado Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Vieira C. S. B. (2009) *Acidentes De Trabalho Em Meio Hospitalar E Sua Relação Com Riscos Profissionais.* Dissertação de Mestrado Universidade do Porto

Walsh K. & Schub T. (2017) Absenteeism: Managing. *NURSING PRACTICE & SKILL*
Cinahl Information Systems

