

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

MARIA WILSA CABRAL RODRIGUES OLIBONI

**ESTRESSE OCUPACIONAL E ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO**

São Paulo

2015

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

MARIA WILSA CABRAL RODRIGUES OLIBONI

**ESTRESSE OCUPACIONAL E ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO**

São Paulo

2015

MARIA WILSA CABRAL RODRIGUES OLIBONI

ESTRESSE OCUPACIONAL E ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO

*OCCUPATIONAL STRESS AND ABSENCE OF PROFESSIONAL NURSING IN A HOSPITAL
SAO PAULO PUBLIC*

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO -
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE DA
UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE, COMO
REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU
DE **MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO – GESTÃO EM
SISTEMAS DE SAÚDE.**

ORIENTADOR: PROF. DR. REED ELIOT NELSON
CO ORIENTADORA: PROFA. DRA. LARA JANSISKI
MOTTA

São Paulo

2015

Oliboni, Maria Wilsa Cabral Rodrigues.

Estresse ocupacional e absenteísmo dos profissionais de enfermagem em um hospital público de São Paulo./ Maria Wilsa Cabral Rodrigues Oliboni. 2015.

73 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2015.

Orientador (a): Prof. Dr. Prof.Dr.Reed Eliot Nelson.

1. Absenteísmo. 2. Enfermagem. 3. Estresse e saúde ocupacional. 4. Gestão em saúde.

I. Nelson, Reed Eliot.

II. Título

CDU 658:616

MARIA WILSA CABRAL RODRIGUES OLIBONI

ESTRESSE OCUPACIONAL E ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO.

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO -
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE DA
UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE, COMO
REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM ADMINISTRAÇÃO – GESTÃO EM
SISTEMAS DE SAÚDE.

Prof. Dr. Reed Eliot Nelson – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Jocelene Batista Pereira – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Profa. Dra. Lara Jansiski Motta – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Bianca Freo – Universidade Braz Cubas - UBC

Profa. Dra. Simone Aquino – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Dr. Silvio Possa – Einstein - Profissional do Mercado

São Paulo, 10 de dezembro de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e
amigos pela paciência e apoio.
Em especial a minha amada mãe e filhas
(Marina e Julia).

AGRADECIMENTOS

À Deus por me dá forças nos momentos difíceis.

A minha mãe por ser uma pessoa fundamental na minha vida, por me apoiar e me ajudar nos momentos que mais precisei.

As minhas filhas pelas minhas ausências nestes dois anos.

Ao meu marido e familiares pelo apoio.

As minhas irmãs e sobrinhos pelo carinho e compreensão.

Aos amigos que me ajudaram e apoiaram nos momentos em que precisei.

Aos profissionais do Hospital em que foi realizada esta pesquisa.

As minhas amigas Sandra Neves e Josefa Gardeñas pelos conselhos.

Aos meus amigos do mestrado por estes dois anos de companheirismo em especial as minhas amigas Sofia, Carla e Nendy.

A Profa. Andrea Caseiro pela amizade, compreensão e por toda contribuição à minha vida acadêmica e profissional.

A Profa. Penha pela amizade e apoio nos momentos difíceis.

Aos Professores do programa do mestrado pelo aprendizado

A Direção e secretaria pela condução e organização do programa.

Aos meus orientadores Profa. Lara Motta e Prof. Reed Nelson.

A Instituição de ensino/UNINOVE pela oportunidade e investimento neste programa.

RESUMO

O objetivo principal deste estudo é verificar a relação entre o estresse ocupacional e o absenteísmo dos profissionais de enfermagem que atuam em um Hospital Público de São Paulo. Esse estudo descreve as características gerais da equipe de enfermagem; avalia o aspecto psicossocial no trabalho; a demanda psicológica e física e o controle sobre o trabalho por meio do questionário JSS relacionando a escala de estresse no trabalho com o absenteísmo dos profissionais de enfermagem. O método utilizado classifica-se como pesquisa descritiva, quantitativa e exploratória, utilizando como técnicas a pesquisa documental e de levantamento. Os dados coletados referem-se à caracterização demográfica dos profissionais da equipe de enfermagem, assim como questões sobre faltas e licenças. A amostra foi composta por 86 profissionais. Para atribuição dos escores das dimensões foi utilizado um ponto de corte obtido pela mediana para demanda e controle e média para apoio social. A análise dos dados foi realizada por meio de análise descritiva da amostra e testes de correlação dos dias de afastamento e as dimensões. Analisou-se ainda, as associações das dimensões com os dados sócio demográficos. Os resultados da pesquisa demonstraram que as dimensões demanda e controle apresentam correlação significativa estatisticamente. O apoio social não apresentou correlação significativa com controle, mas apresentou correlação com a demanda. Considerando os profissionais participantes da pesquisa 54% apresentaram alta demanda, 44% alto controle e 49 % baixo apoio social. Ao comparar com o modelo de demanda controle, identificou-se que o trabalho ativo é considerado uma situação boa de trabalho. Na realização das associações das dimensões com os dados sócio demográficos, não obtivemos resultados significativos estatisticamente. Concluímos que apesar de não ter encontrado associações e correlações das dimensões e dados sócio-demográficos com o absenteísmo não significa que ela não exista. Destaca-se como fator de limitação da pesquisa o fato da mesma ter sido realizada somente em uma instituição, com atuação em maior número de mulheres motivo que nos impede de realizar comparações de sexo, e pela coleta dos dados sobre falta, serem auto referidas pelos profissionais. Como sugestão para prática sugere-se que a instituição realize o controle das ausências e de seus motivos de forma informatizada. Sugerimos que sejam realizadas outras pesquisas em hospitais com características diferentes deste estudo e no mesmo hospital deste estudo após informatização do controle do absenteísmo para que sejam realizados estudos comparativos.

Palavras-chave: absenteísmo, enfermagem, estresse e saúde ocupacional, gestão em saúde.

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the relationship between occupational stress and absenteeism of nursing professionals who work in a public hospital in São Paulo. This study describes the general characteristics of the nursing team; assesses the psychosocial aspect at work; psychological and physical demand and job control through JSS questionnaire relating the stress level at work with the absenteeism of nursing professionals. The method used is classified as descriptive, quantitative and exploratory research, using techniques as documentary research and data collection. The data collected refer to the demographic characteristics of the nursing team professionals, as well as questions about absences and leaves. The sample consisted of 86 professionals. For allocation of scores we used a cut-off point obtained by the median for demand and control and medium for social support. Data analysis was performed by descriptive analysis of the sample and correlation testing of absence days and dimensions. It was also analyzed the dimension's associations with socio-demographic data. The survey results showed that the dimensions demand and control features statistically significant correlation. Social support did not present significant correlation with control, but correlated with the demand. Considering the research participants professionals, 54% had high demand, 44% high control and 49% low social support. Comparing with the demand control model, we identified that the active work is considered a good work situation. In carrying out the associations of the dimensions with socio-demographic data we did not have statistically significant results. We concluded that despite not having found associations and correlations of the dimensions and socio-demographic data with absenteeism it does not mean it does not exist. Stands out as limiting factor of the search the fact that it has only been held in one institution acting in more women, the reason why it hinders us from fulfilling sex comparisons, in addition due to collection of data on absences be self-related by professionals. As a suggestion for practice it is suggested that the institution carries out the control of absences and its reasons in a computerized form. We suggest that further researches be performed in hospitals with different characteristics of this study and at the same hospital this study after computerization of the absenteeism control. For comparative studies can be performed.

Keywords: absenteeism, nursing, stress and occupational health, health management.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CC	CENTRO CIRÚRGICO
CME	CENTRAL DE MATERIAL DE ESTERELIZAÇÃO
CNS	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CQH	COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSITALAR
COREN	CONSELHO REGIONADE DE ENFERMAGEM
COFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
INSS	INSTITUTO NACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL
ICOH	INTERNATIONAL COMISSION ON OCCUPATIONAL HEALTH
IDD	ÍNDICES DE DURAÇÃO DE ABSENTEÍSMO
IFL	ÍNDICES DE FREQUÊNCIA DE LICENÇAS
IFT	ÍNDICES DE FREQUÊNCIA DE TRABALHADORES
IST	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA
JSS	<i>JOB STRESSE SCALE</i>
MDC	MODELO DEMANDA-CONTROLE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PS	PRONTO SOCORRO
QVT	QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO
RT	RESPONSÁVEL TÉCNICO
SCIH	SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
SIPAGEH	SISTEMAS DE INDICADORES PADRONIZADOS PARA GESTÃO HOSPITALAR
SPSS	<i>STATICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE</i>
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TA	TAXA DE ABSENTEÍSMO
TB	TAXA DE BENEFÍCIOS
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UTI PED	UNIDADE DE TERAPIAINTENSIVA PEDIÁTRICA
UTI NEO	UNIDADE DE TERAPIAINTENSIVA NEONATAL

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Motivos do absenteísmo.....	27
FIGURA 2	Modelo demanda controle.....	34
FIGURA 3	Divisão das 17 questões da “Job Stress Scale”.....	35
FIGURA 4	Modelo Demanda Controle Karasek.....	46
FIGURA 5	Dias de afastamento	52

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Representação dos Escores das dimensões.....	41
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição dos setores em que os profissionais trabalham.....	45
TABELA 2	Demanda	47
TABELA 3	Controle.....	47
TABELA 4	Apoio Social.....	48
TABELA 5	Teste de normalidade da amostra	48
TABELA 6	Análises descritiva da ferramenta JSS	49
TABELA 7	Correlações das dimensões.....	50
TABELA 8	Dias de afastamento	51
TABELA 9	Associação demanda e variáveis faltas, afastamento, renda familiar, vínculos, função que exerce e filhos	54
TABELA 10	Associação controle e variáveis faltas, afastamento, renda familiar, vínculos, função que exerce e filhos	55
TABELA 11	Associação apoio social e variáveis faltas, afastamento, renda familiar, vínculos, função que exerce e filhos	56

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1	Problema de pesquisa	19
1.1.1.	Questão de Pesquisa	21
1.2	OBJETIVOS.....	22
1.2.1	Geral	22
1.2.2	Específicos.....	22
1.3	Justificativa para o estudo do tema.....	22
1.4	Estrutura do trabalho	24
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	Absenteísmo	25
2.2	Enfermagem	30
2.3	Modelo demanda-controle.....	33
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
3.1	Delineamento da pesquisa	37
3.2	Procedimentos de coleta de dados	41
3.3	Procedimentos e análise de dados	42
3.4	Limitações do método	43
4	RESULTADOS DA PESQUISA	44
4.1	Estatística descritiva das escalas	45
4.2	Correlações das dimensões JSS e absenteísmo	49
4.3	Análises das associações entre variáveis JSS e dados sócio-demográficos	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA	57
5.1	Limitações e sugestões de futuras pesquisas	57
	REFERÊNCIAS	59
	ANEXO I -	63

ANEXO II -65
ANEXO III -68
ANEXO IV -71

1 INTRODUÇÃO

O significado do trabalho engloba aspectos históricos, econômicos, políticos, sociais e culturais. No que se refere aos aspectos históricos a atividade profissional se associa com a organização da vida social relacionada às informações, imagens, valores e atitudes. O trabalho é o produto de uma realidade exterior, que representa para o indivíduo uma classe, envolvendo o mesmo e seus aspectos psicossociais no âmbito organizacional, pois o trabalho é uma atividade que tem a função psicológica de situar a pessoa no mundo (Bendassolli & Guedes, 2014).

O ambiente de trabalho é caracterizado por diferentes tipos de profissionais e pela divisão de competências. Ao conceituar competências devem ser levadas em consideração a hierarquia e a tomada de decisões, apresentando um grau de responsabilidade maior nas atividades. O ideal é que os responsáveis pela tomada de decisão, envolvam a equipe nesse momento, pois quando o colaborador é envolvido nas decisões de trabalho se sente valorizado e satisfeito, o que pode diminuir o absenteísmo (André, Ciampone & Santelle, 2013).

O indivíduo, que está inserido no mercado de trabalho, é visto na comunidade como uma pessoa produtiva fazendo com que o mesmo seja reconhecido e valorizado no âmbito social. O trabalho pode ser motivo de valorização e satisfação ou pode levar a sentimentos de frustrações (D’Affonseca, Cia & Barham, 2014).

Nesse sentido, da mesma forma que o trabalho traz reconhecimento para o indivíduo também pode ser motivo de distúrbios psicológicos e físicos, se for realizado de forma exaustiva e desorganizada, tornando-se incompatível com a qualidade de vida. A competitividade no trabalho tem tornado as pessoas a cada dia mais empenhadas em se aprimorar para conseguir melhores oportunidades e se destacar no meio profissional e com isso muitas vezes a vida pessoal fica para segundo plano. Este ambiente de competição estimula atividades extras no trabalho sobrando pouco tempo para lazer e descanso, o que pode causar uma situação de estresse e que pode resultar em ausência ao trabalho (Costa, Vieira & Sena, 2009).

Além dos fatores já mencionados, com o objetivo de atingir as metas dadas pelas instituições, muitas vezes o profissional ultrapassa seu próprio limite para agradar seus líderes, somado ao medo de perder o emprego e a vontade de se sobressair. Decorrente deste tipo de comportamento, o profissional pode sofrer uma sobrecarga de trabalho e adoecer, resultando na ausência no trabalho (Martinato, Severo, Marchand & Siqueira, 2010).

A ausência no trabalho compõe o absenteísmo, que é a somatória de ausências do colaborador de forma não programada, ocasionada por motivos de doença ou não. Essa ausência desencadeia, no ambiente de trabalho, desde redução da qualidade do serviço prestado até sobrecarga dos outros trabalhadores (Chiavenato, 2009).

Stacciarinie Tróccoli (2001) dizem que o estresse ocupacional pode elevar os custos de recursos humanos, envolvendo afastamentos dos funcionários ou relacionados à diminuição da qualidade de serviço prestado ao usuário. A ausência do trabalhador é vista como um ponto negativo, decorrente da incapacidade de suportar as pressões sofridas no trabalho e ocasionando consequências físicas e mentais, insatisfação no trabalho e *déficits* na instituição.

Nesse sentido, Lazarus (1995 como citado em Sadir, Bignotto & Lipp, 2010) pondera que o *stress* ocupacional ocorre quando o indivíduo avalia as demandas do trabalho como excessivas para os recursos de enfrentamento de que dispõe. Nem todas as pessoas se desgastam com os mesmos estressores; o que determina se o *stress* irá ou não se instalar é a conjunção do ambiente com as características do indivíduo. De acordo com este autor, as pessoas que têm tendência à depressão, por exemplo, reagiriam mais intensamente aos estressores organizacionais, o que resultaria em problemas como absenteísmo, baixo desempenho e disfunções emocionais.

O estresse no trabalho é observado a partir do momento em que o profissional não obtém equilíbrio entre a exigência que recebe e a capacidade de realizar o que foi solicitado. Quando há equilíbrio no ambiente de trabalho, observa-se um bem estar entre os profissionais, mas a desarmonia entre os profissionais de assistência direta ao paciente ou com os gestores podem gerar conflitos e insatisfação entre os colaboradores. Os fatores desencadeantes de estresse ocupacional podem ser de natureza física; como barulhos e iluminações no trabalho ou psicossocial relacionados ao relacionamento interpessoal da equipe, autonomia e controle nas realizações das tarefas (Paschoal & Tamayo, 2004).

Segundo Selye (1936 como citado em Sadir, Bignotto & Lipp, 2010, p. 73):

Ostress é uma reação do organismo que ocorre frente à situações que exijam dele adaptações além do seu limite. Atualmente, os estudos sobre *stress* abrangem não apenas as consequências no corpo e na mente humana, mas também suas implicações para a qualidade de vida da sociedade. O *stress* pode afetar a saúde, a qualidade de vida e a sensação de bem-estar como um todo.

O estresse pode interferir na qualidade de vida e no trabalho. Segundo Limongi-França (2003), qualidade de vida no trabalho (QVT), é vista como um conjunto de escolhas de bem estar relacionadas a hábitos saudáveis pessoais, de cunho familiar e ambiente organizacional ético e sustentável.

Nesse sentido, Catapan, Bonfim, Panucci Filho, Oliveira, Vila, & Reis (2014, p. 131) ponderam:

Os conceitos sobre QVT são abrangentes, e cada autor tangencia para aquilo que considera como fundamental para que o colaborador obtenha a qualidade de vida dentro da organização onde trabalha. Dessa forma, Feigenbaum (1994) entende que QVT é baseada no princípio de que o comprometimento com a qualidade ocorre de forma mais natural nos ambientes em que os funcionários se encontram intrinsecamente envolvidos nas decisões que influenciam diretamente suas atuações. Para Fernandes (1996), QVT é uma ferramenta dinâmica e contingencial de fatores físicos, tecnológicos e sócio psicológicos que afetam a cultura e renovam o clima organizacional, refletindo-se no bem estar do trabalhador e na produtividade das empresas.

A ausência dos profissionais exige dos demais agilidade na prestação do cuidado e aumento na quantidade de trabalho, gerando uma sequência de problemas, que interferem neste ambiente e que pode desencadear um cansaço na equipe, que faz um esforço maior para manter a qualidade na prestação do serviço ao cliente (Martinato *et al.*, 2010).

Um dos impactos com maior significância em decorrência das ausências dos profissionais é o aumento de gastos nas instituições. A elevação destes custos não se dá somente pela ausência do funcionário, mas também pela diminuição na produtividade e gastos com horas extras. É relevante que a redução das causas do absenteísmo não fique apenas na responsabilidade dos profissionais de gestão, mas também seja preocupação das áreas de estratégias organizacionais. A diretoria precisa conscientizar os gestores de todos os níveis, para que as ausências sejam diminuídas de forma que a empresa apresente uma redução na taxa do absenteísmo (Robbins, 2009).

Do ponto de vista histórico, os profissionais de saúde não eram considerados uma categoria que apresentava um alto risco para acidentes e doenças profissionais, porém isso tomou outro rumo, em especial nos trabalhadores de hospitais. Estes estão sujeitos a um índice maior de riscos ocupacionais comparados a outras categorias, visto que os mesmos lidam diretamente com pacientes e acompanhantes, passando muitas vezes por situações de grande estresse, como perda de pacientes, atendimentos de urgência e emergência (Cavalcante, Enders, Menezes & Medeiros, 2008).

Os aspectos psicossociais no trabalho apresentam importantes fatores no ambiente organizacional por envolver desde segurança no trabalho ao clima organizacional. Os aspectos físicos no trabalho estão relacionados ao esforço, sacrifício, sofrimento físico, exaustão, acidentes no trabalho e ergonomia, os aspectos psíquicos ao esgotamento mental, estresse e distúrbios mentais os aspectos sociais estão relacionados ao isolamento total ou parcial e conflitos vivenciados no trabalho (Oliveira, 2010).

Com relação aos profissionais da enfermagem, algumas pesquisas apontam como uma categoria, que desempenha uma função com alto índice de estresse ocupacional. Muitos fatores levam a este diagnóstico, dentre eles: o fato dos enfermeiros serem responsáveis por um número grande de profissionais de enfermagem; pela pressão que sofrem, pela organização e pelos conflitos internos da equipe de enfermagem, que precisa gerenciar, além do relacionamento com equipes multidisciplinares que às vezes é conflitante (Schmidt *et. al.*, 2009; Magnago *et. al.*, 2010).

As causas mais comuns de absenteísmo estão relacionadas a um ou mais fatores que podem ser internos ou externos, tais como sociais, culturais, personalidade, ligados ao trabalho, problemas pessoais e ou familiares como os de licenças por saúde, carga excessiva de trabalho, turnos desgastantes, acúmulo de funções, ansiedade, esforços físicos, divisão do trabalho intelectual e manual e supervisão excessiva da liderança. Essas causas interferem diretamente na vida do profissional ocasionando doenças físicas e mentais, que resultam em afastamentos (Silva & Marziale, 2000).

Os indicadores de absenteísmo são apresentados em diversos segmentos de trabalho e são

sinalizadores ou ferramentas importantes para se compreender o processo complexo e dinâmico da concessão de licenças em uma determinada área de trabalho. Auxiliam na compreensão das morbidades diagnosticadas pelo médico, partindo das análises retrospectivas de licenças médicas para a elaboração de estratégias assistenciais de prevenção do adoecimento no local de trabalho (Carvalho & Lima, 2012).

A utilização do “Modelo Demanda Controle” (MDC), é importante para avaliar o aspecto psicossocial do trabalho e demandas psicológica e física que o profissional está propenso. Este modelo surgiu nos anos 70, abordava o estresse no trabalho e os prejuízos que trazia para a saúde mental do trabalhador. O foco do modelo de Karasek é direcionado para o modo de organização no trabalho (Karasek 1979 como citado em Araújo, 2003).

A presente pesquisa se propõe a identificar o estresse desencadeado pelo trabalho por meio do MDC, analisando os fatores desencadeantes e relacionando-os com o absenteísmo.

1.1 Problema da pesquisa

O absenteísmo apresenta-se como um fator relevante no ambiente de trabalho, uma vez que taxas elevadas refletem no aumento do custo hospitalar, interfere na qualidade do serviço prestado, causa sobrecarga e insatisfação nos profissionais. A ausência de um membro da equipe gera impacto na qualidade do serviço prestado, pois ocorre uma quebra na rotina e consequente desorganização no ambiente de trabalho (Silva & Marziale, 2000).

A palavra absenteísmo tem sua origem no francês (*absentéisme*) e significa falta de assiduidade ao trabalho ou a outras obrigações sociais. Podem ser diversas as causas desencadeantes da abstenção do trabalho, entre elas: problemas de saúde, doenças ou acidentes do trabalho, problemas de saúde em pessoas da família, gestação e parto, casamento, entre outros. Dessa forma, o absenteísmo pode ser compreendido como uma consequência dos problemas existentes na relação trabalho e trabalhador (Trindade, Grisa & Ostrovski, 2014 p 148).

Dos ambientes de trabalho existentes na sociedade, o setor da saúde desperta curiosidade com um foco maior na equipe de enfermagem, por se tratar um grupo de profissionais em maior número presentes nas instituições de saúde. Esses colaboradores estão envolvidos desde a prestação

de cuidados diretos ao paciente, até a gestão de diversos serviços, oferecendo atendimento às pessoas e ao hospital, 24 horas por dia, e desta forma está mais exposto ao que acontece no ambiente de trabalho (Trindade et. al., 2014).

Os motivos que desencadeiam as ausências podem ser diversos, desde adoecimento por acidente de trabalho, devido a condições inapropriadas presentes no ambiente de trabalho, por motivos de desordem psicológica, problemas físicos e de cunho familiar (Martinato *et al.*, 2010).

As faltas na equipe de enfermagem são um problema, pois interferem na dinâmica do setor, uma vez que ocasionam aumento no volume de trabalho, sobrecarregando os profissionais presentes, o que pode diminuir a qualidade do serviço prestado, e conseqüentemente aumentar o risco de acidente ocupacional, e a insatisfação da equipe podendo desencadear problemas psicológicos e físicos (Martinato *et al.*, 2010).

As faltas não esperadas têm sido motivo de preocupação em alguns países, pois interferem na força de trabalho da equipe de enfermagem, conforme nos mostra a Organização Mundial da Saúde (OMS), que estuda os indicadores de absenteísmo nesse grupo de profissionais da saúde. O programa “Compromisso com a Qualidade Hospitalar” (CQH) determina indicadores relacionados à gestão de pessoas, para disponibilizar os dados referentes ao absenteísmo, o que pode auxiliar na correção dos problemas que são desencadeadas pelas ausências não programadas (Calil, Jericó & Perroca, 2015).

A distribuição da equipe de enfermagem é realizada conforme Resolução. 293 de 2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a qual recomenda um Índice de Segurança Técnico (IST) que não seja menor que 15%, para que possa cobrir as ausências e um acréscimo de 15% para eventualidades. Este dimensionamento deve ser realizado de forma adequada para que não ocorra sobrecarga da equipe caso haja ausências (Conselho Federal de Enfermagem. Res. n. 293 de 2004).

A competitividade entre as instituições força a necessidade de equilibrar o cuidado prestado e a capacidade de cuidar. Para garantir este atendimento com qualidade é necessário prevenir os motivos, que causam as ausências e desencadeiam o absenteísmo (Penatti, Zago & Quelhas, 2012).

Aspectos positivos do trabalho a satisfação do indivíduo é definida de forma muito abrangente desde fatores, como realização profissional, função desempenhada no trabalho, reconhecimento profissional ou repercussões na vida pessoal e familiar (Martinez & Paraguay, 2003).

Para identificar a existência de relação entre absenteísmo e estresse no trabalho será utilizado o Modelo Demanda Controle (MDC), como descrito na pesquisa de Geco, Magnago, Prochnow, Beck & Tavares (2011) que descreve este modelo que foi utilizado em países da Europa, Ásia e Estados Unidos, evidencia uma relação positiva entre os aspectos psicossociais do trabalho e conclui que os resultados podem ter diferentes desfechos, tais como problemas psiquiátricos, doenças do sistema digestivo, vasculares, desordens músculo esqueléticas entre outras.

Em 2008, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro uma tese relacionou os aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem, evidenciando associação positiva entre alta exigência no trabalho e dor nos ombros, na coluna torácica e nos tornozelos. No ano de 2009, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, discutiu-se em uma tese os aspectos psicossociais do impedimento laboral por motivos de saúde em trabalhadores de cozinhas industriais, destacando-se associação entre alta demanda psicológica e acidentes no trabalho (Geco *et al.*, 2011).

Quando é realizado um planejamento do trabalho de forma adequada, pode ser possível uma melhora na prestação dos serviços de saúde, conseguir um bom desempenho das instituições apresentando como objetivo; segurança e eficiência ao paciente e colaborador e uma redução no nível de estresse ao qual o profissional é submetido no ambiente de trabalho (Moret, Anthoine, Paillé, Tricaud-Vialle, Gerbaud, Giraud-Roufast & Lombrail, 2012).

1.1.1 Questão de Pesquisa

Diante do exposto esta pesquisa tem como questão norteadora: Como a informação sobre o estresse ocupacional levantada pela ferramenta JSS (*Job Stress Scale*) tem relação com o absenteísmo da equipe de enfermagem em um hospital público do Estado de São Paulo?

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Identificar a relação entre o estresse ocupacional e o absenteísmo dos profissionais de enfermagem, que atuam em um Hospital Público de São Paulo.

1.2.2 Específicos

1. Descrever as características gerais da equipe de enfermagem.
2. Avaliar o aspecto psicossocial no trabalho e a demanda psicológica e física e controle sobre o trabalho por meio de (JSS) Escala de estresse no trabalho.
3. Relacionar a Escala de estresse no trabalho com o absenteísmo dos profissionais de enfermagem.

1.3 Justificativa para estudo do tema

Os gestores precisam ter em mãos as causas, que desencadeiam o aumento do absenteísmo e os fatores psicossociais, bem como a demanda de trabalho, que os profissionais apresentam. E que utilize esses dados como medidas para diminuir as causas das ausências. Para Souto (1980) as causas relacionadas ao absenteísmo podem ser internas, como insatisfação no trabalho, falta de liderança ou supervisão, acidentes de trabalhos, tratamento inadequado do trabalhador e ambiente impróprio ou externas como; problemas pessoais e familiares. As causas internas podem ser melhoradas, quando o gestor entende a importância do aumento das causas das ausências. Quando a equipe está motivada, entrosada com o gestor, tem participação nas decisões, é visto como membro importante e tem salários compatíveis com sua função tendem a apresentar menos ausência.

Para Dias, Boas & Barcellos (2009), o relacionamento do gestor imediato com o profissional pode contribuir para um bem estar psicológico e satisfação no ambiente de trabalho, como também em casos de um mau relacionamento, causar estresse, desta forma é fundamental um relacionamento de respeito entre a equipe, pois quando não ocorre essa harmonia pode ser prejudicial para saúde mental dos trabalhadores e fonte de estresse entre a equipe.

A ferramenta JSS é um instrumento utilizado para investigar o estresse ocupacional na área da saúde. No entanto, é imprevisível que o gestor conheça a magnitude de um problema antes de enfrentá-lo. Esta ferramenta viabiliza a identificação do nível estresse ocupacional, possibilitando o delineamento de alternativas de enfrentamento frente ao absenteísmo causado por ele. Nos últimos tempos tem ocorrido um aumento de pesquisas sobre estresse ocupacional na saúde e bem estar do profissional, pois este interfere no funcionamento das instituições, tendo um impacto no desempenho das funções dos profissionais e eleva o absenteísmo, rotatividade e acidentes no local de trabalho (Paschoal & Tamayo, 2004).

O modelo de Karasek (como citado em Araújo *et al.*, 2003 p. 230) “estabelece que o trabalho realizado em condições de baixo controle e alta demanda (alta exigência) é nocivo à saúde dos trabalhadores, sendo preditores da maioria das reações adversas produzidas pelo trabalho”.

A pesquisa de Araújo *et al.*, (2003) confirmou que a associação positiva entre trabalho em alta exigência e distúrbios psíquicos menores. Este resultado é consistente com outros estudos que observaram associação entre alta demanda e baixo controle no trabalho e sintomas psicológicos, consistente também com investigações que demonstraram o efeito de altas demandas psicológicas sobre sofrimento psíquico e sintomas depressivos.

Os estudos sobre controle no trabalho têm ganhado destaque nestes últimos tempos e se relacionam de forma direta com os processos de trabalho no contexto de reestruturação da economia mundial e também para produzir bem estar na saúde do trabalhador (Araújo *et. al.*, 2003).

1.4 Estrutura do trabalho

Além do capítulo 1, que introduz a temática da pesquisa, sua estrutura será apresentada da seguinte maneira:

Capítulo 2: Revisão da Literatura

Esse capítulo apresenta a fundamentação teórica necessária para o desenvolvimento e entendimento do estudo, a saber:

Absenteísmo: Conceitos e causas;

Enfermagem: Composição da equipe, causas de estresse ocupacional na enfermagem e dimensionamento da equipe de enfermagem;

Modelo demanda controle: Conceito e histórico.

Capítulo 3: Método e Técnica de Pesquisa

Esse capítulo apresenta os processos metodológicos, como o tipo de pesquisa que será realizada, como e onde será feita a coleta, qual o perfil da amostra e como será a análise dos resultados, com se dará o tratamento de dados, quais as limitações que a pesquisa apresenta, análise e interpretação dos dados coletados, qual a contribuição para prática, as conclusões da pesquisa e as sugestões para outras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Absenteísmo

Absenteísmo é definido como ausência ou falta do trabalhador por motivos que podem ou não ser relacionados à doença, pode ser classificado em: absenteísmo por doença, neste caso a ausência do colaborador é justificada por licença médica; absenteísmo por patologia profissional ocasionada por acidente de trabalho ou por doença adquirida pela atuação profissional (Inoue, Matsuda, Silva, Uchimura, Mathias & Matsuda, 2008).

Temos o absenteísmo legal o qual é respaldado por lei, ou seja, que são justificadas ao empregador como férias, casamentos, nascimentos e óbitos; absenteísmo-compulsório quando o trabalhador é impedido de comparecer por suspensão, prisão ou devido a outro impedimento, absenteísmo voluntário quando ocorre a ausência do trabalhador por motivos não justificados (Inoue *et al.*, 2008).

Outra definição foi apresentada por Jorge (1995 como citado em Ferreira, Souza, Lopes, Soares, & Santos, 2015 p. 225), o qual considerou que:

O absenteísmo nada mais é que a ausência do trabalho por qualquer razão: doenças, direitos legais, fatores sociais e fatores culturais a acidentes de trabalho. Segundo esse autor, o absenteísmo representa as ausências ao trabalho por falta e licenças médicas, ausências não programadas. As férias e folgas são excluídas por serem consideradas ausências planejadas dentro de uma jornada de trabalho legal; somente as ausências não previstas são consideradas ausentismo.

Não importa o motivo do absenteísmo, pois quando o mesmo ocorre altera o fluxo normal do setor, gerando insatisfação e aumento de trabalho entre os colaboradores, ocorre uma queda na produção gerando um problema de gestão complexa, pois agrega aumento de custo operacional. O absenteísmo por doença é visto como principal motivo de faltas não esperadas no ambiente hospitalar (Inoue *et al.*, 2008).

O absenteísmo é um coeficiente que mede a ausência dos trabalhadores no serviço, pode ser causador de problemas para a equipe de enfermagem, pois é um fenômeno recorrente nessa profissão. A falta de um membro da equipe é extremamente danosa, pois acaba exigindo um

ritmo mais vertiginoso com maior volume de trabalho no processo de cuidar ao cliente para os trabalhadores presentes (Moraes, Ferreira, Fonseca, Silva, & Oliveira, 2015 p. 567).

Os indicadores de absenteísmo devem ser conhecidos para que o gestor possa agir preventivamente, minimizando os prejuízos decorrentes de faltas não programadas. É importante que o gestor compreenda como o absenteísmo afeta a equipe e conseqüentemente o serviço prestado ao usuário. Empresas em que o absenteísmo é alto apresentam uma queda na qualidade do serviço oferecido ao cliente e insatisfação dos funcionários, o conhecimento do valor preciso do absenteísmo proporciona uma visão de melhorias para um atendimento satisfatório e adequado (Alves, 1996; Jorge, 1995).

O indicador tem a função de mostrar a qualidade de uma instituição não de forma direta, mas permite que seja feita uma análise do serviço prestado de forma verdadeira, e através deste indicador poder ser traçada metas que se deseja alcançar. Quando consideramos gestão de pessoas temos como indicadores de qualidade hospitalar: rotatividade, absenteísmo, tempo médio de permanência, taxa de infecção hospitalar e de ocupação, padronizados pelo Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH) (Vieira & Kurcgant, 2010).

Somente indicadores não são suficientes, para uma boa gestão, se faz necessário entender que os profissionais não precisam ser administrados e sim incluídos como parceiros da instituição, desta forma os objetivos organizacionais e pessoais dos colaboradores devem estar sintonizados com o mesmo foco. Os colaboradores precisam se sentir valorizados, ativos como parte estruturante da organização traçando estratégias e aplicando de forma prática na instituição (Vieira & Kurcgant, 2010).

Alguns fatores que podem desencadear as faltas dos profissionais estão relacionadas à problemas de saúde dos mesmos, tais como transtorno alimentares e de sono, estresse, fadiga, presença de neuroses, depressão e distúrbios no meio familiar. Deve-se considerar também que estes profissionais estão propensos a riscos físicos, biológicos, ergonômicos, psicológicos e de acidentes de trabalho. Estes problemas podem interferir na saúde do colaborador levando-o ao adoecimento, que leva o mesmo a um afastamento (Martinato *et al.*, 2010).

A Figura 1 apresenta os fatores desencadeantes do absenteísmo, que podem ser internos ou externos.



Figura 1. Fatores que desencadeiam o absenteísmo

Fonte: modelo de autoria do autor

As faltas apresentadas no trabalho resultam em vários problemas para a instituição e normalmente direciona para problemas relacionados ao ambiente de trabalho como condições inadequadas, falta de segurança e higiene no trabalho que podem propiciar acidentes de trabalho e insatisfação do profissionais (Aguiar & Oliveira, 2010).

Estudar o absenteísmo possibilita obter dados para melhorar o ambiente de trabalho, melhorar a saúde dos trabalhadores e sua satisfação com a instituição, neste sentido os fatores organizacionais, como tipo de política organizacional, regras, tipo de liderança excesso ou falta dela, ambiente de trabalho inadequado podem contribuir para a insatisfação do profissional e pode resultar em um aumento do absenteísmo (Aguiar & Oliveira, 2010).

A Recomendação nº 117 e a Convenção nº 161, ambas da Organização Internacional do Trabalho, recomendam o registro das causas do absenteísmo para fins exclusivamente epidemiológicos, para que possam ser estudados. Com isso, a *International Commission on Occupational Health (ICOH)* criou, em 1960 vários indicadores utilizados até hoje, sendo os de maiores destaque; a) Índice de frequência de licenças médicas (IFL); Índice de frequência de Trabalhadores (IFT), e Índice de duração de dias do Absenteísmo (IDD), que reflete a severidade das ausências motivadas por doenças, podendo culminar em auxílio-doença ou a perda do emprego atual (Reis & Arantes, 2013; Hensing, Alexanderson, Allebeck & Bjurulf, 1998).

Moret *et al.*(2012), realizou um estudo relacionando o absenteísmo com a satisfação do cliente e demonstrou em seus resultados que o absenteísmo tem uma relação negativa e significativa na satisfação do pacientes, confirmando desta forma, influência recíproca da relação de recursos humanos e a atenção dispensada ao paciente. Nesse sentido é importante destacar também a relação entre a qualidade de serviço prestado ao cliente e a satisfação dos colaboradores.

No estudo realizado por Faúndez & Gil-Monte(2014) foi encontrado relação entre o estresse emocional e as ausências dos profissionais, observou-se uma ligação significativa entre o absenteísmo e a fadiga psicológica, outro fator preocupante é quando o profissional desempenha funções diferentes do que deveria ser desempenhado o que pode gerar desinteresse na realização do trabalho.

Umann (2011), em sua pesquisa identificou que o absenteísmo era mais evidente em setores que apresentavam maior complexidade e com profissionais permanentes. Demonstra que os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem tem um número maior de afastamentos que os enfermeiros, entre os enfermeiros foi encontrado mais ausentismo por licença maternidade e acidentes de trabalho.

Na pesquisa de Gehring Junior, Corrêa Filho, Vieira Neto, Ferreira & Vieira, (2007), observou que os enfermeiros apresentavam índices menores de absenteísmo comparado com os auxiliares e técnicos de enfermagem, como sugestão de melhorias os autores sugerem uma diminuição na carga de trabalho e melhorias nas políticas de saúde.

O absenteísmo é um problema para os gestores se faz necessário acompanhar e monitorar a assiduidade de seus profissionais e elaborar medidas para garantir a saúde física e mental dos colaboradores, desenvolver melhorias e benfeitorias com olhar para os profissionais e clientes. Quando existe um planejamento do trabalho pode ser obtido uma queda no índice do absenteísmo, desta forma é importante traçar estratégias para melhorar o ambiente de trabalho e promover satisfação para os profissionais (D'Alfonso Júnior, Pelazza, Christóforo, Trincaus, Martins, Maia & Silva, 2015).

Em determinado estudo foram observadas altas taxas de absenteísmo, porém os profissionais relataram boas condições de trabalho o que se mostrou controverso, pois os afastamentos encontrados estavam ligados ao estresse e problemas osteomusculares, estas doenças podem ser devido a esforços na realização das atividades diárias e por estresse. Neste sentido é necessário traçar estratégias para fortalecer e desenvolver as competências éticas e educacionais dos enfermeiros, estimular a equipe, para que trabalhem de forma independente para que possam expressar e defender seus direitos a fim de que se sintam mais valorizados e possam prestar um cuidado com mais qualidade. Desta forma é necessário que os profissionais sejam valorizados e reconhecidos pelas instituições (Moisés, Silva, Manhães & Istoe, 2015).

Os profissionais de enfermagem que trabalham em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) referiram em uma pesquisa, que passam por situações de grande estresse físico e emocional devido ao convívio diário de momentos angustiantes e de sofrimento de pacientes e familiares. Muitos desses profissionais demonstram não serem preparados para lidar com momentos de sofrimento do cliente, principalmente quando está relacionado à morte. Observou se uma insatisfação entre a equipe em questões relacionadas aos recursos humanos, materiais e relacionamento inadequado entre os profissionais e os gestores (Abreu, Gonçalves & Simões, 2014).

Nesta perspectiva deve ser levado em consideração que o ambiente de trabalho tem que envolver os colaboradores como parceiros, para que ocorra uma troca justa de dedicação, esforço e produtividade com valorização adequada dos profissionais, proporcionando aos mesmos, satisfação no ambiente de trabalho (Penatti, *et al.*, 2012).

2.2 Enfermagem

A equipe de enfermagem é uma classe que está presente no hospital 24 horas por dia e lida diretamente com os pacientes e seus familiares. As pesquisas sobre o estresse na enfermagem avaliam o ponto de vista político, em que esta profissão se encontra diminuição do mercado de trabalho e baixos salários, o que muitas vezes leva a equipe de enfermagem a manter mais de um emprego, aumentando sua carga mensal de trabalho. Todos estes fatores podem contribuir como fatores de estresse ocupacional (Stacciarini & Tróccoli, 2001).

Florence Nightingale, a partir de sua atuação como voluntária na Guerra da Criméia, em 1854, iniciou um período intitulado de enfermagem moderna. Considerada a pioneira da administração hospitalar, possibilitou que práticas nocivas fossem substituídas pela organização do espaço terapêutico, reduzindo significativamente os índices de mortalidade entre os feridos de guerra. Nesta época, idealizou o primeiro método de dimensionamento de pessoal, denominado intuitivo, o qual se baseava na subjetividade e na relação proporcional entre trabalhadores e tarefas. As ações de Florence contribuíram para a institucionalização do trabalho de enfermagem e abertura de escolas destinadas a moças jovens e cultas, características que visavam a honrar a profissão que começava a se consolidar. Gomes *et al.* (1997 como citado em Riboldi, 2008).

Os órgãos COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) são regulamentadores dos profissionais de enfermagem, exercendo a atividade de fiscalizar e controlar o exercício profissional. Tem competência legal para realizar estas atividades conforme disposto nos artigos 5º, IIIV, 2º, XXIV e 22º, XI da Constituição Federal. COFEN é um órgão sistematizado pela Lei Federal no 5.905, 12 de Junho de 1973, têm personalidade jurídica de direito público com autonomia de financeira e administrativa. Coren são órgãos regionais, que devem existir em cada Estado brasileiro, subordinado ao COFEN.

Como disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, temos as seguintes descrições sobre os profissionais de enfermagem;

A equipe de enfermagem é constituída por enfermeiros (formação universitária); os técnicos

de enfermagem (escolaridade de nível médio) e os auxiliares de enfermagem (escolaridade de nível fundamental), todos estes profissionais têm contato direto com o paciente.

Algumas atividades são privativas do enfermeiro e não possíveis de serem atribuídas aos auxiliares e técnicos de enfermagem; tais como coordenar, assumir cargo de diretoria do setor de enfermagem, que faz parte da instituição de saúde pública ou privada; planejamento, organização, execução e supervisão das atividades de assistência de enfermagem, prestar auditoria e emitir parecer sobre material de enfermagem, participação em bancas e elaboração de material de concurso entre outras atividades de gestão de pessoas, saúde do trabalhador e educação permanente, consulta de enfermagem, levantamento de diagnóstico e prescrição de enfermagem, assistir pacientes graves com risco de vida, prestar cuidados de maior complexidade que necessitem de conhecimentos científicos necessários.

Aos técnicos de enfermagem cabe exercer atividades auxiliares de nível médio técnico; como assistir o Enfermeiro, no planejamento, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem, na prestação de cuidados aos pacientes graves, participação na prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecção hospitalar.

Aos auxiliares de enfermagem cabe executar as atividades auxiliares, de nível médio atribuído à equipe de enfermagem; como preparo do paciente para consultas, exames e tratamentos, descrever sinais e sintomas conforme sua qualificação, realizar tarefas assistenciais como administração de medicamentos por via oral e parenteral e realização de balanço hídrico, vacinas, coleta e exames laboratoriais, aplicação de oxigenoterapia, nebulização, entre outros procedimentos de media complexidade.

Em relação ao dimensionamento da equipe enfermagem temos a seguir a Resolução 293/2004, que abordam os parâmetros para dimensionar a equipe de enfermagem de forma que não ocorra sobrecarga de trabalho para a equipe.

CONSIDERANDO que o caráter disciplinador e fiscalizador dos Conselhos de Enfermagem sobre o exercício das atividades nos Serviços de Enfermagem do país, aplicam-se também, aos quantitativos de profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde;

CONSIDERANDO que, para garantir a segurança e a qualidade da assistência ao cliente, o quadro de profissionais de Enfermagem, pela continuidade ininterrupta e a diversidade de atuação depende, para seu dimensionamento, de parâmetros específicos;

CONSIDERANDO os avanços tecnológicos e a complexidade dos cuidados ao cliente, quanto às necessidades físicas, psicossomáticas, terapêuticas, ambientais e de reabilitação;

CONSIDERANDO que compete ao Enfermeiro estabelecer o quadro quantiquantitativo de profissionais, necessário para a prestação da Assistência de Enfermagem.

Os artigos da Resolução 293/2004 estabelecem:

1º – Os referidos parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar os gestores e gerentes das instituições de saúde no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas;

2º – Esses parâmetros podem sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras, desde que devidamente justificados e aprovados pelos respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem e, posteriormente, referendados pelo COFEN.

Art. 2º – O dimensionamento e a adequação quantiquantitativa do quadro de profissionais de Enfermagem devem basear-se em características relativas:

I – à instituição/empresa: missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde.

II – ao serviço de Enfermagem: – Fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87); – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resoluções COFEN e Decisões dos CORENS; – Aspectos técnico- administrativos: dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); taxa de absenteísmo (TA) e taxa ausência de benefícios (TB) da unidade assistencial; proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio, e indicadores de avaliação da qualidade da assistência, (Conselho Federal de Enfermagem – Resolução n. 293 de 2004).

Baseado na Resolução do COFEN é realizado o dimensionamento dos profissionais de enfermagem desde nível médio até superior. O responsável técnico (RT) tem como função dimensionar, gerenciar e verificar os indicadores do pessoal de enfermagem para que seja prestado um atendimento satisfatório aos clientes e para que a equipe de enfermagem mantenha-se satisfeita e motivada. É responsabilidade do gestor, manter um quadro de pessoal adequado para que não ocorra sobrecarga de trabalho nos demais profissionais. Para realizar o dimensionamento é necessário que seja definido o porte do hospital, quantidade de leitos e sua complexidade, turnos e jornada semanal (COFEN Res. 293 de 2004).

O dimensionamento da equipe de enfermagem é uma ferramenta que dá suporte e auxilia o enfermeiro no momento de distribuir a equipe, de forma quantitativa e com qualidade, de forma que os profissionais possam realizar os procedimentos de enfermagem sem danos à equipe e aos usuários. Esta ferramenta é realizada com as reais necessidades da clínica sem causar sobrecarga no profissional, tem como objetivo minimizar o absenteísmo na enfermagem e promover uma segurança ao trabalhador, pois ao realizar o cálculo de dimensionamento é necessário prever o índice de segurança técnica, com o objetivo de cobrir os imprevistos que podem acontecer durante 24 horas de trabalho da enfermagem (Martinato *et al.*, 2010).

2.3 Modelo demanda-controle

O modelo de Karasek é um instrumento bidimensional, oriundo de uma pesquisa sobre o estresse decorrente do trabalho. Seu objetivo é relacionar o controle e a demanda advinda das instituições com reposta na saúde mental e física do trabalhador. A demanda psicológica é relacionada às cobranças que o profissional recebe do empregador como quantidade de serviço e prazo para realização. O controle é relacionado às habilidades, criatividade e realização de atividades novas e especiais. Posteriormente foi acrescentada a dimensão social, que adiciona itens de ordem coletiva, que são capazes de mudar as dimensões individuais (Reis, Araújo, Porto, & Neto, 2005).

Robert Karasek foi um dos pesquisadores pioneiros a procurar nas relações sociais do ambiente de trabalho fontes geradoras de estresse e suas repercussões sobre a saúde. Nos anos 70, propôs um modelo teórico bidimensional que relacionava dois aspectos demandas e controle no trabalho ao risco de adoecimento. As demandas são pressões de natureza psicológica, sejam elas quantitativas, tais como tempo e velocidade na realização do trabalho, ou qualitativas, como os conflitos entre demandas contraditórias. O controle é a possibilidade do trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para a realização de seu trabalho, bem como possuir autoridade suficiente para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo (Mello, Chorb, Faersteinc, Lopes & Werneckd, 2004 p.165).

A Figura 2 demonstra o “Modelo Demanda Controle”, de acordo com este modelo são apresentados quatro quadrantes como forma de apresentar as relações entre demanda e controle.



Figura 2. Modelo Demanda Controle Karasek - Adaptado de Mello *et al.*, (2004).

Conforme o MDC, as combinações abaixo descrevem o tipo de demanda que o trabalho exerce sobre o colaborador:

Alta exigência é a combinação de alta demanda e baixo controle no trabalho, considerado um modelo, que gera alto desgaste do profissional;

Baixa exigência é a combinação de baixa demanda e alto controle, considerado baixo desgaste;

Trabalho ativo é a combinação de alta demanda e alto controle; o trabalhador tem autonomia sobre seu ritmo de trabalho apesar de ser alta demanda não é considerado tão desgastante;

Trabalho passivo é a combinação de baixa demanda e baixo controle, neste caso ocorre um desinteresse do profissional (Reis *et al.*, 2005).

No momento da elaboração do modelo demanda-controle duas teorias foram seus pilares como visto a seguir:

As ocupações que apresentam sobrecarga excessiva de demandas psicológicas e pouca amplitude de decisão (ou controle) no processo de trabalho produzem grande desgaste (“strain”). A segunda hipótese foi de que demanda excessiva, combinada com um grande

controle sobre o processo de trabalho, conduz a um aprendizado ativo de novos comportamentos e, possivelmente, contribuem positivamente para o status de saúde através de mudanças positivas, de longo prazo, em comportamentos de enfrentamento. Tal efeito seria potencializado, já que essa mudança de atitude transcende o ambiente de trabalho e reflete-se nas várias dimensões da vida cotidiana como o lazer, a atividade comunitária e política. Karasek & Theorell(1990, como citado em Araújo *et al.*, 2003 p.75.

A utilização da ferramenta “*Job Stress Escala*” (escala de estresse no trabalho) é importante para identificar o estresse que o trabalho pode ocasionar no colaborador. Esta ferramenta apresenta 17 questões, que avaliam demandas psicológicas e controle no trabalho e o relacionamento com os colegas e líderes. Ela é uma adaptação realizada por Theorell em 1988 do originalmente elaborado por Karasek que continha 49 questões (Mello *et al.*, 2004).

A Figura 3 apresenta a divisão das questões em dimensões: demanda psicológica e controle no trabalho e relacionamento interpessoal com colegas e equipe. As dezessete questões estão divididas da seguinte forma; cinco avaliam demandas psicológicas, seis avaliam o controle e seis apoio social.

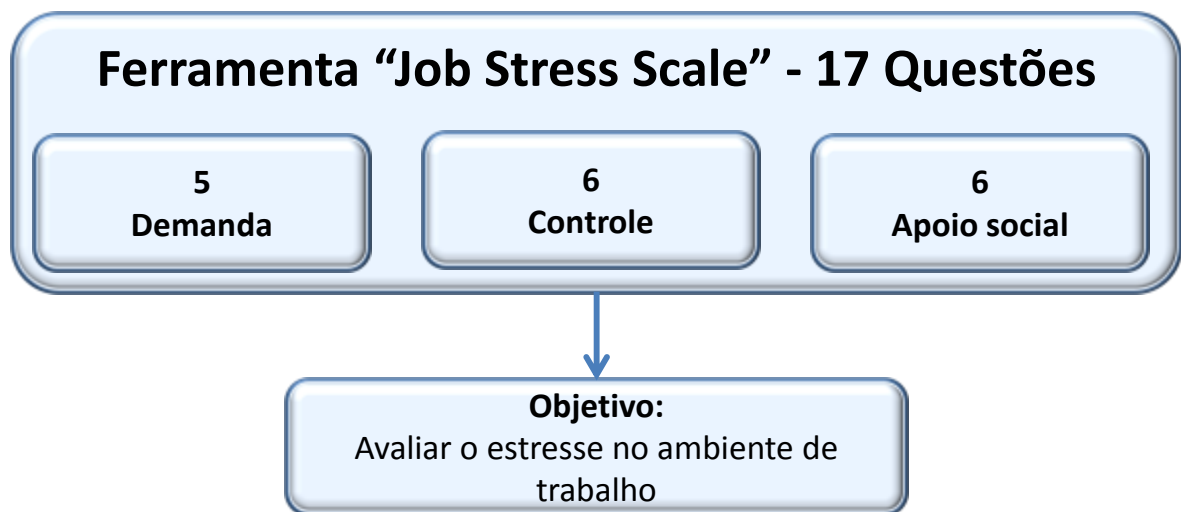


Figura 3 – Job Stress Scale
Fonte: Modelo de Autoria do Autor

A dimensão que avalia demanda psicológica no trabalho aborda questões sobre tempo de realização e tipo de exigência recebida, a dimensão controle aborda questões sobre habilidades na

realização do trabalho, se existe a possibilidade de escolher o tipo de trabalho que se realizará e que possa tomar medidas, questões sobre o aspecto social, que aborda se existe um ambiente de trabalho agradável, se tem apoio dos colegas e tipo de relacionamento que apresenta com o gestor (Mello *et al.*, 2004).

Geco *et al.*, (2011), descreve que a demanda psicológica está relacionada às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta para concretizar suas atividades (pressão do tempo, nível de concentração, interrupção das tarefas e a necessidade de aguardar pelas atividades de outros trabalhadores). O controle do trabalhador sobre o trabalho relaciona-se a dois aspectos: ao uso de habilidades (o grau que o trabalho envolve a aprendizagem, repetitividade e criatividade) e a autoridade decisória (habilidade para a tomada de decisões no trabalho e influencias na política gerencial).

A avaliação do ambiente psicossocial do trabalho é realizada a partir da combinação de níveis altos e baixos dessas duas dimensões, configurando-se em quatro situações específicas de trabalho que sugerem riscos diferenciados à saúde: alta exigência (alta demanda e baixo controle) são as reações mais adversas de desgaste psicológico; trabalho ativo (alta demanda psicológica e alto controle) permite ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, bem como usar sua potencialidade intelectual com esta finalidade; trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle) produz uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades e baixa exigência (combina baixa demanda e alto controle) que se configura num estado altamente confortável e ideal de trabalho.

Conforme a descrição deste modelo acredita-se que o estresse ocupacional é resultado da interação de altas demandas psicológicas e menor controle na realização da atividade e menor suporte social recebido de seus colegas e chefes, essas condições inadequadas podem desenvolver consequências prejudiciais à saúde física e mental do profissional, nestas condições pode ocorrer adoecimento do colaborador devido ao desgaste psicológico (Geco *et. al.*, 2011).

Acredita-se, que o estresse no trabalho tem um efeito negativo sobre a saúde do trabalhador. O Modelo Kararek – Theorell de estresse no trabalho foi proposto para estudar padrões de depressão, exaustão e insatisfação no trabalho posteriormente foi ampliado e adicionou para estudos sobre doenças cardiovasculares, funcionamento inadequado de instituições de saúde e absenteísmo aos poucos o modelo foi remodelado (Kuper & Marmot, 2003).

Kogien & Cedaro (2014), em sua pesquisa sobre ambiente de trabalho avaliado pela escala JSS identificou que uma alta proporção dos profissionais de enfermagem apresentavam baixas demandas psicológicas e trabalho de alta exigência, em relação ao ambiente psicossocial. Foram

encontrados resultados que podem significar prejuízos para a qualidade de vida dos profissionais. Foi observado que os profissionais realizavam trabalho passivo (quando tem baixo controle e baixa demanda) que pode ser um fator de risco para cansaço, fadiga e insatisfação na realização do trabalho a ser executado.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A seguir são apresentados os aspectos metodológicos que foram adotados para realização do trabalho, a abordagem metodológica, definição da natureza da pesquisa, amostra a ser estudada, os critérios que foram utilizados e como foi realizada a análise dos dados coletados.

3.1 Delineamento da pesquisa

A busca por conhecimento decorre da necessidade humana de encontrar explicações e soluções para os problemas cotidianos. O conhecimento científico busca avaliar a realidade por meio de uma investigação metódica e sistemática, analisando seus fenômenos e concluindo por meio de evidências concretas (Martins & Theóphilo, 2009).

Estudos relacionados às Ciências Sociais e Humanas, campo de estudo deste trabalho, apresentam-se limitados por abordar de forma geral a complexidade do ser humano e por apresentar impossibilidade de avaliação sem a interferência do contexto, ao qual estão inseridos, como acontece com as Ciências Naturais, onde o objeto pode ser isolado em experimentos para estudo (Martins & Theóphilo, 2009).

Esse estímulo ao desenvolvimento do conhecimento científico fez com que as diversas áreas da ciência desenvolvessem uma série de conceitos, gerando uma relevante fonte de pesquisas, de forma que o desenvolvimento metodológico adequado de um trabalho dessa natureza deve partir de uma cuidadosa revisão dos trabalhos já existentes na área, etapa denominada de revisão bibliográfica. Lakatos e Marconi(2002), afirmam que fazer uma revisão dessa natureza não é

apenas a repetição do que já foi dito ou escrito, mas possibilita avaliar o tema sob uma nova perspectiva. A partir dessa revisão crítica dos estudos existentes, o pesquisador identifica se o problema levantado já foi estudado e tem resposta em trabalhos anteriores, o que pode trazer a resposta ao problema proposto para estudo. Quando a questão proposta não é respondida, a revisão da literatura fornece ao pesquisador o arcabouço teórico necessário para fundamentar a realização de uma pesquisa de campo, baseada em conceitos e teorias desenvolvidos cientificamente, que servirão de apoio às demais etapas de elaboração do trabalho (Martins & Theóphilo, 2009).

Esta pesquisa possui um delineamento empírico, com abordagem descritiva, quantitativa e exploratória, utilizando como técnica o levantamento de dados.

A pesquisa descritiva quantitativa é caracterizada pela observação de fatos a partir de uma teoria já levantada e posterior descrição dos dados obtidos. Este delineamento tem como foco impor uma questão racional científica e contribuir para a ciência. Apresenta como principal objetivo a observação, descrição e quantificação das características de uma população específica, neste caso oferece uma grande gama de variáveis com características representativas oferecendo ao pesquisador conteúdo para confirmar ou não o problema de pesquisa. A escolha deste método foi feita uma vez que se procura compreender informações numéricas produzidas através de aplicação de questionário. Envolve coleta, classificação, sumarização, organização, análise e interpretação de um conjunto numérico de dados (Lakatos & Marconi, 2002; Martins & Theóphilo, 2009).

Ainda seguindo a estratégia metodológica escolhida, os levantamentos são próprios para os casos em que o pesquisador deseja responder a questões acerca da distribuição de uma variável ou das relações entre características de pessoas ou grupos. Para tanto, utiliza-se nesse estudo o questionário como instrumento de coleta de dados. Trata-se de um conjunto ordenado e consistente de perguntas a respeito de variáveis e situações, que se deseja medir ou descrever (Martins & Theóphilo, 2009).

Normalmente as pesquisas são realizadas através de estudo dos elementos, que compõem uma amostra extraída da população, que se pretende analisar. O conceito de população é intuitivo. Trata-se do conjunto de indivíduos ou objetos, que apresentam em comum determinadas

características definidas para o estudo. Amostra é um subconjunto da população (Lakatos & Marconi, 2002; Martins & Theóphilo, 2009).

A amostra da pesquisa foi constituída pelos profissionais enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, que atuam no referido hospital da pesquisa.

As variáveis pesquisadas foram as faltas apresentadas pelos profissionais de enfermagem da instituição, caracterização da equipe de enfermagem em relação a outro vínculo de emprego, escolaridade, dinâmica e renda familiar e os dados levantados pelos questionários JSS, que abordam as demandas e controle no trabalho e apoio social.

Foi realizada aplicação do questionário JSS e questões para caracterização dos profissionais, o questionário contemplou perguntas fechadas para caracterização da população. Perguntas fechadas são aquelas que apresentam respostas diretas abordando o assunto em questão (Lakatos & Marconi, 2002; Mello *et al.*, 2004).

O levantamento de dados foi realizado por meio de um questionário, que é uma ferramenta utilizada para direcionar a questão de pesquisa que o pesquisador deseja identificar. No momento do questionário deve ser entregue também um termo explicando a natureza e objetivo da pesquisa de forma que estimule a curiosidade da pessoa, que responderá, as vantagens da aplicação desta ferramenta visam a otimização do tempo e obtenção de respostas precisas. Como desvantagens tem perguntas não respondidas, ou respondidas de forma inadequada pelo fato de algumas pessoas lerem de forma rápida sem atentar às questões. Estes fatos comprometem a qualidade da pesquisa. A importância do levantamento de dados é que pode ser estudado o mesmo tipo de questão em vários momentos e sua utilidade se faz necessária para aprimoramento e desenvolvimento de ferramentas, que melhorem os problemas levantados (Martins & Theóphilo, 2009; Lakatos & Marconi, 2002).

Para análise da ferramenta JSS foi utilizado o MDC segundo as quatro dimensões de Karasek, o questionário apresenta resposta tipo escala Likert de (1-4) com variação de “concordo totalmente” à “discordo totalmente” em relação a interação social. Para as dimensões trabalho e controle será utilizada escala Likert (1-4) com variação de “frequentemente” à “nunca ou quase

nunca” a escala não necessita de especialista para analisar as questões relacionadas a atitudes das pessoas(Alves, 2004).

Os valores foram obtidos por meio das somas dos escores das questões, em relação a demanda psicológica a variação é de 5 à 20, quanto maior o valor maior a demanda e quanto menor o valor menor a demanda, sendo da menor para maior frequência com os seguintes escores (nunca ou quase nunca 4, raramente 3, às vezes 2 e frequentemente 1), com exceção da questão com resposta reversa “Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?” que os escores são (nunca/quase nunca 1, raramente 2, às vezes 3 e frequentemente 4) (Alves, 2004).

O escore da dimensão controle foi obtido por meio da soma de suas seis perguntas e varia entre 6 e 24, quanto maior o valor maior o controle, quanto menor o valor, menor o controle. Nessa dimensão, uma pergunta possuía direção reversa “No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?” que os escores são (nunca ou quase nunca 1, às vezes 2, raramente 3 e frequentemente 4).

Para a dimensão apoio social os escores são de 6 à 24, quanto maior os valores maior o apoio social, quanto menor o valor menor o apoio social(Alves, 2004).

O quadro 1 representa os escores referentes as dimensões, após realizar a somatória das respostas por análise estatística é possível encontrar os valores de corte. Quanto menor o valor menos controle, demanda e apoio social o profissional apresenta e inversamente quanto maior o valor maior controle, demanda e apoio social ele apresenta(Alves, 2004).

Quadro 1. Representação dos escores das dimensões

Dimensões	Escore
Demanda	Variam de 5 à 20

Controle	Variam de 6 à 24
Apoio Social	Variam de 6 à 24

Fonte: Adaptado de (Alves, 2004)

3.2 Procedimentos de coleta de dados

Aspectos éticos

Este estudo foi realizado após a apreciação do Comitê de Ética e autorização da Instituição Hospitalar (Anexo I), respeitando-se os preceitos legais do CNS (Conselho Nacional de Saúde) N°. 466 de 2012.

O presente estudo foi inserido na Plataforma Brasil, e os questionários com as perguntas sobre a pesquisa (Anexo - II) foram aplicados após autorização da Comissão de Ética (Anexo – III - Parecer n° 1.333.613) seguindo a Resolução N. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A aplicação do questionário foi após a assinatura voluntária de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma delas entregue ao profissional e outra ficou com o pesquisador (Anexo - IV).

Local da Coleta:

A pesquisa foi realizada em um Hospital Infantil Estadual de médio porte localizado na zona leste de São Paulo com atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital possui 145 leitos, distribuídos da seguinte forma; 19 leitos de observação localizados no Pronto Socorro, 43 leitos nas unidades de internação, 04 leitos na clínica cirúrgica, 10 leitos de Hospital Dia, 10 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, 06 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 12 leitos para atendimento de cuidados intermediários. Acrescido de um ambulatório de especialidades com 13 consultórios atendendo em média 3.200 consultas mês.

A divisão do corpo de enfermagem no momento da pesquisa é composta por 04 diretores de serviço, 01 diretor de divisão, 14 supervisores e 58 enfermeiros assistenciais, 1 educação continuada, 1 serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH), 127 auxiliares de enfermagem, 21 técnicos de enfermagem, esses profissionais são servidores públicos estaduais.

Coleta de dados:

Foi aplicado o questionário já validado aos profissionais após o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, bem como os benefícios do estudo e sigilo de identidade, o questionário apresenta 9 questões que caracterizam a população do estudo e 17 questões sobre os fatores psicossociais no trabalho, divididas da seguinte forma, 5 sobre demanda psicológica no trabalho, 6 sobre controle no trabalho e 6 sobre apoio social, com resposta tipo escala Likert (1-4), o tempo para resposta do questionário é de aproximadamente 20 minutos. Os profissionais foram abordados durante o período de trabalho, nos plantões ímpares e pares, diurno e noturno, a aplicação foi realizada somente por uma pessoa, pelo autor da pesquisa.

3.3 Procedimentos de análise de dados

Os dados coletados foram processados e analisados no programa “*Statistical Package for the Social Science* (SPSS) “versão 20.1 for Windows.

Para verificar a normalidade da distribuição da medida obtida pelo questionário foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov.

Para analisar as possíveis associações entre os resultados do questionário e as demais variáveis serão utilizados os testes T de *student* e testes de correlação, Pearson ou spearman, conforme distribuição das análises será adotado o nível de significância de 0,05.

3.4 Limitações do método

A quantidade de participantes foi baixa para realizar as análises comparativas pelo sexo feminino e masculino, comum em estudos como este.

O fato das faltas terem sido auto referidas pelos profissionais pode ser um viés na pesquisa.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Em relação as características sócio-demográficas; dos 86 profissionais pesquisados 81 eram do sexo feminino (94,8%), com idade entre 24 à 67 anos (média de idade de 46 anos), dos respondentes 21 (24,4%) não apresentavam filhos, (75,6%) tinham de 1 a 3 filhos.

As mulheres são os profissionais mais acometidos por ausências no trabalho. Este fato pode ser justificado devido ao fator delas desempenharem várias funções ao conciliar, o serviço de casa, papel de mãe e profissional, isto pode gerar uma sobrecarga de trabalho desencadeando desgaste físico e mental. As mulheres também são mais acometidas por doenças ligadas ao aparelho reprodutor e causas endócrinas, estes motivos podem levar a uma sobrecarga mental e física, que pode levar a um prejuízo profissional (Gomes, 2011).

A distribuição dos profissionais que responderam a pesquisa conforme setores são unidades de pronto socorro (PS) 20 (23%) e internação 22 (25,6%). Nos outros setores como centro cirúrgico (CC) 11 (12,8%), ambulatório 6 (7%), Centro de material esterilizado CME 4 (4,7%), unidade de terapia intensiva pediátrica (UTI Ped) 12 (14%), unidade de terapia intensiva neonatal (UTI Neo) 6 (7%), setor de exames 3 (3,5%), outros setores 2 (2,3%).

O setor em que os profissionais trabalham se faz importante devido ao tipo de complexidade de cada setor e grau de dependência do paciente, o cálculo de dimensionamento de enfermagem é realizado conforme o setor em que os profissionais trabalham para que desta forma não ocorra sobrecarga de trabalho, para realizar o dimensionamento é necessário que seja definido o porte do hospital, quantidade de leitos, sua complexidade, turnos e jornada (COFEN Res. n. 293 de 2004).

Para efeito de cálculo de dimensionamento, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas conforme Artigo 4º da Res. n. 293 de 2004:

- 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou auto cuidado;
- 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

Tabela 1. Distribuição dos setores em que os profissionais trabalham

	n	%
Pronto Socorro	20	23,3
Unidade de Internação	22	25,6
Centro Cirúrgico	11	12,8
Ambulatório	6	7,0
CME	4	4,7
UTI pediátrica	12	14,0
UTI neonatal	6	7,0
Setor de exames	3	3,5
Outros	2	2,3
Total	86	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

4.1 Estatística descritiva das escalas

A estatística descritiva das escalas foi realizada com toda amostra da população pesquisada (n=86). 51

Os dados coletados foram processados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 15.0 for Windows*. Foram realizadas análises descritivas para todas as variáveis.

Dos 86 (100%) profissionais pesquisados, 54 (63%) apresentaram alta demanda e 32 (37%) baixa demanda, 44 (51%) alto controle e 42 (49%) baixo controle e 47 (42%) alto apoio social e baixo apoio social 49 (57%).

Em vista dos resultados e da literatura os profissionais deste hospital se enquadram no trabalho ativo, onde os profissionais apresentam alta demanda e alto controle. Neste modelo o trabalhador possui autonomia para realizar suas atividades em seu tempo e de seu jeito (Reis *et al.*, 2005).

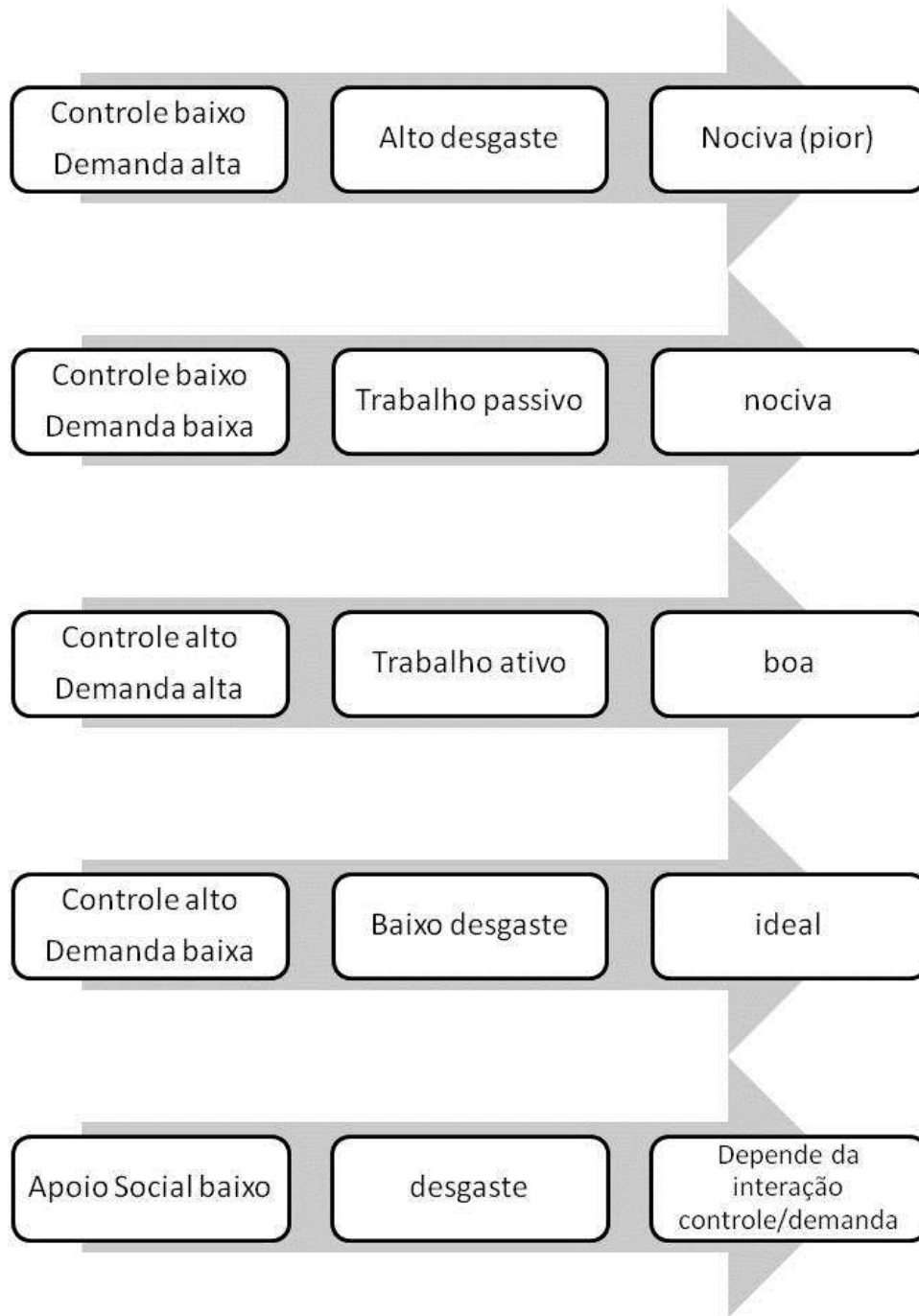


Figura 4. Modelo Demanda Controle Karasek
Fonte: Adaptação de Giannini, Latorre, & Ferreira(2010)

Kogien & Cedaro (2014), destacam em sua pesquisa que altas demandas psicológicas podem interferir na qualidade de vida do trabalhador e também podem ser um fator desencadeante de estresse no trabalho, principalmente quando esta demanda está correlacionada com a falta de controle na atividade laboral e quando neste mesmo ambiente percebe-se baixo suporte social. Alto suporte social pode ser associado a melhores níveis de saúde o que pode proporcionar ao indivíduo um suporte maior dos motivos de estresse culminando em redução de resultados negativos ao organismo.

Tabela 2. Demanda

	Demanda (n)	(%)
Alta	54	63%
Baixa	32	37%
Total	86	100%

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 3. Controle

	Controle (n)	(%)
Alta	44	51%
Baixa	42	49%
Total	86	100%

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 4. Apoio Social

	Apoio (n)	(%)
Alta	37	43%
Baixa	49	57%
Total	86	100%

Fonte: Elaborada pela autora.

O teste de *Kolmogorov-Smirnov (KS)* foi realizado para verificar a normalidade da distribuição das medidas obtidas pela JSS, foi considerada como distribuição normal a dimensão com ($p < 0,05$), neste caso usaremos como ponto de corte para apoio social ($p = 0,157$) a média. Para as dimensões demanda ($p = 0,012$) e controle ($p = 0,000$) que não apresentaram distribuição normal ($p > 0,05$) será utilizado a mediana (Tabela 5).

Tabela 5. Teste de normalidade da amostra

	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk			
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Demanda	0,107	86	0,016	0,962	86	0,012
Controle	0,142	86	0	0,932	86	0,000
Apoio Social	0,087	86	0,155	0,978	86	0,157

a. Lilliefors Significance Correction

Para dicotomização das dimensões demanda foi considerada como baixa (≤ 10) ou alta (≥ 11 pontos) o ponto de corte foi definido pela mediana após teste de distribuição da amostra, para dimensão Apoio Social foi utilizado como ponto de corte a média após teste de distribuição normal (média 11,86), alto apoio $\leq 11,86$ e $> 11,86$ baixo apoio (Tabela 6).

Para dicotomização de controle (baixo/alto) e de demanda (baixa/alta) estabeleceu-se ponto de corte na média, e para apoio social a mediana, conforme recomendações do *Job Content Questionnaire User's Guide* (Karasek, 1985).

O JSS apresentou coeficientes *alpha* de *Cronbach* de 0,56 (demanda), 0,51 (controle) e 0,85 (apoio), o que mostra bom índice de confiabilidade neste instrumento nos aspectos de demanda e apoio e baixo no aspecto controle (Tabela 3).

O *alpha* de *Crobrach* é utilizado para testar a confiabilidade do instrumento ou questionário utilizado na pesquisa seu resultado demonstra fiabilidade quando o alfa é pelo menos 0,70 e acima 0,80 considerados excelentes (Maroco& Garcia-Marques, 2013).

Tabela 6.Análise descritiva da ferramenta JSS

	Demanda	Controle	Apoio Social
N	86	86	86
Média	10,81	12,73	11,86
Mediana	11	12	12
Modelo padrão	2,442	2,199	3,29
Mínimo	5	8	6
Máximo	19	22	20
Alfa Cronbach	0,56	0,51	0,85

Fonte: Elaborada pela autora.

4.2 Correlações das dimensões JSS e absentéismo

A dimensão demanda apresenta correlação muito significativa ($p < 0,001$) com a dimensão apoio social ($p = 0,001$).

A dimensão demanda apresenta correlação significativa com controle ($p < 0,005$) o apoio social se relaciona com demanda ($p = 0,001$).

A dimensão controle e apoio não apresentaram correlação significativa ($p > 0,005$).

As dimensões demanda, controle e apoio não apresentaram correlação significativa ($p > 0,005$) com o dias de afastamento respectivamente ($p = 875$), ($p = 227$) e ($p = 525$) (Tabela 7).

Segundo Gomes (2011), baixo apoio social no ambiente de trabalho sugerem que relacionamento interpessoal com os colegas da equipe e gestor direto, pode ser conflituoso. No estudo em questão o apoio social não apresentou associação com o absentéismo e nem foi

observado situação de estresse, no ambiente de trabalho. Araújo *et al.* (2003) refere um achado parecido em sua pesquisa sobre a associação entre o MDC e problemas mentais entre os profissionais de enfermagem.

Tabela 7. Correlação dimensões JSS e dias de afastamento

		Diasdeafastame nto	Demanda	Controle	Apoio Social
Diasdeafastamento	Pearson Correlation	1	-,017	,132	-,069
	Sig. (2-tailed)		,875	,227	,525
	N	86	86	86	86
Demanda	Pearson Correlation	-,017	1	-,223*	-,351**
	Sig. (2-tailed)	,875		,039	,001
	N	86	86	86	86
Controle	Pearson Correlation	,132	-,223*	1	,003
	Sig. (2-tailed)	,227	,039		,976
	N	86	86	86	86
Apoio Social	Pearson Correlation	-,069	-,351**	,003	1
	Sig. (2-tailed)	,525	,001	,976	
	N	86	86	86	86

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fonte: Elaborada pela autora.

Na distribuição de dias de afastamento observou-se que dos 86 (100%) profissionais, 36 (41,9%) não apresentaram nenhuma falta, 7 (8,1%) apresentam 1 falta, 31 (36%) apresentaram de 2 à 15 faltas os que apresentaram acima de 16 faltas ficaram de 3 à 5 colaboradores, a média de faltas ficou de 14,77, mínimo 0 dia, máximo 180 dias com desvio padrão de 38,5.

Algumas pesquisas demonstram que os afastamentos entre os profissionais de enfermagem em hospitais públicos no Brasil são do sexo feminino, casadas, com filhos, menos de 40 anos e com mais de um vínculo de emprego (Gomes, 2011; Barboza & Soler, 2003; Costa *et al.*, 2009).

As faltas no ambiente hospitalar especialmente na área de enfermagem são fatores

preocupante pois podem interferir na qualidade do serviço prestado ao cliente. O controle das faltas é visto como algo difícil de resolver, pois envolve fatores ligados à satisfação profissional, problemas pessoais e de saúde (Ferreira, Amorim, Lemos, Silva, Silva & Laureano Filho, 2012).

Tabela8. Dias de afastamento

Faltas	N	%
0 falta	36	41,9
1 falta	7	8,1
2 à 15 faltas	31	36,0
16 à 45 faltas	5	5,8
46 a 90 faltas	3	3,5
91 a 120 faltas	0	0,0
121 a 180 faltas	4	4,7
Total	86	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Figura5. Dias de afastamento



Fonte: Elaborado pelo autor

4.3 Análises das associações entre as variáveis JSS e dados sócio-demográficos

Ao realizar a associação entre as dimensões demanda, controle e apoio social observou-se que as mesmas não apresentam significância estatística ($p < 0,005$) com as variáveis faltas, afastamento, renda familiar, vínculos, função que exerce e filhos não estão associadas a baixa ou alta demanda, controle e apoio social.

Conforme Gomes (2011), não foi observado associação significativa entre a categoria profissional e as ausências por doença.

Os fatores psicossociais estão relacionados com a interação do profissional com a organização e dinâmica no ambiente de trabalho, esses interferem na percepção do profissional sobre o local em que trabalham (Gomes, 2011).

O estresse ocupacional é visto como um dos riscos, que mais interferem na saúde do trabalhador. O estresse pode ser relacionado ao ambiente de trabalho inadequado, o que consequentemente pode interferir no absenteísmo, rotatividade no local de trabalho, produtividade e conflitos com os colegas de trabalho e superior (Gomes, 2011).

Em sua pesquisa Gomes (2011 p. 97) destaca:

Neste estudo, um pouco mais da metade da amostra analisada tinha mais de um vínculo empregatício, fato comum visualizado também no estudo de Costa, Vieira e Sena (2009). Foi encontrada associação entre vínculo de emprego e maior proporção de indivíduos com um ou mais episódios de absenteísmo por doença. Esta associação pode ser explicada porque profissionais com mais de um vínculo empregatício podem ter maior desgaste físico e mental, além de ter seu período de repouso prejudicado pelo tempo dispensado nas atividades do trabalho, resultando em maior prejuízo à sua saúde.

Tabela 9. Associação Demanda e variáveis faltas, afastamento, renda familiar, vínculos, função

que exerce e filhos.

		Alta Demanda		Baixa Demanda		Total	p
		n	(%)	n	(%)		
Faltas 2014	Não	19	53%	17	47%	36	$p= 0,118$
	Sim	35	70%	15	30%	50	
Afastamento	Não	20	54%	17	46%	37	$p= 0,179$
	Sim	34	69%	15	31%	49	
Renda Familiar	Até 2 salários mínimos	7	54%	6	46%	13	$p= 0,453^*$
	De 2 a 5 salários mínimos	21	58%	15	42%	36	
	Acima de 5 salários mínimos	26	70%	11	30%	37	
Quantos vínculos	1	38	58%	27	42%	65	$p= 0,093^*$
	2	16	80%	4	20%	20	
	3	0	0%	1	100%	1	
Função que exerce		32	63%	19	37%	51	$p= 0,173^*$
	Auxiliar de enfermagem	6	67%	3	33%	9	
	Técnico de enfermagem	14	74%	5	26%	19	
	Enfermeiro assistencial	2	50%	2	50%	4	
	Supervisor	0	0%	3	100%	3	
Filhos	0 filhos	13	62%	8	38%	21	$p= 0,850^*$
	1 filho	14	61%	9	39%	23	
	2 filhos	18	69%	8	31%	26	
	acima de 2 filhos	9	56%	7	44%	16	

*Pearson

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 10. Associação Controle e variáveis faltas, afastamento, renda familiar, vínculos, função

que exerce e filhos.

		Alto Controle		Baixo Controle		TOTAL	p
		n	(%)	n	(%)		
Faltas 2014	Não	21	58%	15	42%	36	$p= 0,181$
	Sim	23	46%	27	54%	50	
Afastamento	Não	21	57%	16	43%	37	$p= 0,392$
	Sim	23	47%	26	53%	49	
Renda Familiar	Até 2 salários mínimos	6	46%	7	54%	13	$p= 0,532^*$
	De 2 a 5 salários mínimos	21	58%	15	42%	36	
	Acima de 5 salários mínimos	17	46%	20	54%	37	
Quantos vínculos	1	33	51%	32	49%	65	$p= 0,616^*$
	2	10	50%	10	50%	20	
	3	1	100%	0	0%	1	
Função que exerce		22	43%	29	57%	51	$p= 0,089^*$
	Auxiliar de enfermagem	5	56%	4	44%	9	
	Técnico de enfermagem	10	53%	9	47%	19	
	Enfermeiro assistencial	4	100%	0	0%	4	
	Supervisor	3	100%	0	0%	3	
Filhos	0 filhos	13	62%	8	38%	21	$p= 0,719^*$
	1 filho	11	48%	12	52%	23	
	2 filhos	12	46%	14	54%	26	
	acima de 2 filhos	8	50%	8	50%	16	

*Pearson

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 11. Associação Apoio Social e variáveis faltas, afastamento, renda familiar, vínculos, função que exerce e filhos.

		Alto Apoio		Baixo Apoio		TOTAL	p
		n	(%)	n	(%)		
Faltas 2014	Não	16	44%	20	56%	36	<i>p</i> = 0,829
	Sim	21	42%	29	58%	50	
Afastamento	Não	16	43%	21	57%	37	<i>p</i> = 1,000
	Sim	21	43%	28	57%	49	
Renda Familiar	Até 2 salários mínimos	7	54%	6	46%	13	<i>p</i> = 0,376*
	De 2 a 5 salários mínimos	17	47%	19	53%	36	
	Acima de 5 salários mínimos	13	35%	24	65%	37	
Quantos vínculos	1	32	49%	33	51%	65	<i>p</i> = 0,109*
	2	5	25%	15	75%	20	
	3	0	0%	1	100%	1	
Função que exerce		23	45%	28	55%	51	<i>p</i> = 0,828*
	Auxiliar de enfermagem	3	33%	6	67%	9	
	Técnico de enfermagem	7	37%	12	63%	19	
	Enfermeiro assistencial	2	50%	2	50%	4	
	Supervisor	2	67%	1	33%	3	
Filhos	0 filhos	13	62%	8	38%	21	<i>p</i> = 0,719*
	1 filho	11	48%	12	52%	23	
	2 filhos	12	46%	14	54%	26	
	acima de 2 filhos	8	50%	8	50%	16	

Fonte: Elaborada pela autora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

5.1. Limitações e sugestões de futuras pesquisas

O objetivo deste estudo foi identificar a relação do absenteísmo com as dimensões da ferramenta JSS; avaliar o aspecto psicossocial no trabalho e a demanda psicológica e física e controle sobre o trabalho por meio de (JSS) Escala de estresse no trabalho e relacionar a Escala de estresse no trabalho com o absenteísmo dos profissionais de enfermagem.

O intuito desta pesquisa é de minimizar e estimular medidas, que mantenham os profissionais envolvidos e satisfeitos com o trabalho e melhorar ou manter a qualidade do serviço prestado.

Os resultados obtidos na pesquisa demonstraram que as dimensões demanda e controle interferem uma na outra, então em um ambiente que apresente alta demanda de trabalho pode interferir no controle no trabalho, alta demanda interfere no apoio social, porém as dimensões apoio social não apresentaram correlação significativa estatisticamente.

As dimensões demanda, controle e apoio social não apresentaram correlação significativa estatisticamente com os dias de afastamento.

Neste sentido Gomes (2011 p. 99) destaca:

Neste estudo, a hipótese de que os indivíduos expostos às condições estressantes de trabalho (modelo demanda-controle) se afastavam mais do serviço por motivo de doença não foi comprovada. Alves (2004) também estudando o modelo demanda-controle entre os profissionais de enfermagem não encontrou associação entre o estresse ocupacional e a ocorrência de hipertensão arterial. Este achado difere de outros estudos que encontraram associação entre estresse ocupacional e ocorrência de distúrbios psíquicos menores (Araújo; Aquino; *et al*, 2003) e estresse ocupacional e estado de saúde auto-referido (Griep; Rotenberg; *et al*, 2011).

A literatura demonstra que quando é observado altas demandas e baixo controle sobre a atividade laboral podem ser fatores que desencadeiam estresse ocupacional, da mesma forma quando é observado baixo apoio social. A presença de altos níveis de suporte social é relacionado diretamente a melhor qualidade de vida (Kogien & Cedaro, 2014).

Em relação às associações realizadas no estudo observamos que as variáveis dependentes (demanda, controle e apoios social) não estão associadas às variáveis independentes (faltas, afastamento, renda familiar, vínculos, função que exerce e quantidade de filhos).

Foram encontradas limitações devido ao perfil dos profissionais e da instituição, por ser serviço público, hospital especializado em pediatria e profissionais em maior número do sexo feminino, carga horária semanal de 30 horas e a maioria apresentava somente um vínculo empregatício.

Apesar ser um hospital público com gestão direta, consegue manter ações que minimizem as faltas dos profissionais, medidas como rodízio dos setores, rodízio na escala de serviço, com o intuito de minimizar a sobrecarga física e psicológica o que pode interferir na quantidade de faltas encontradas no hospital.

Sugere-se pesquisas futuras nesta organização por meio de documentos, que apontem as faltas dos profissionais visto que as mesmas foram levantadas por auto relato no questionário o que pode ser um viés na pesquisa. E que seja feita em outras instituições para que ocorra confronto de dados de diferentes modelos de hospitais.

Sugerimos para prática um modelo de controle de Absenteísmo informatizado para uma gestão mais refinada das ausências incluindo a discriminação dos motivos para melhor direcionamento da atuação do gestor.

REFERÊNCIAS

- Abreu, R. M. D., Gonçalves, R. M. D. A., & Simões, A. L. A. (2014). Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. *Ver. Bras. Enferm*, 67(3), 386-93.
- Aguiar, G. D. A. S., & de Oliveira, J. R. (2010). Absenteísmo: suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. *Revista de Ciências Gerenciais*, 13(18), 95-113.
- Alves, M. (1996). *Causas de absenteísmo da enfermagem: Uma dimensão do sofrimento no trabalho*. 157 F. Tese (Doutorado) - Escola De Enfermagem, Universidade De São Paulo, São Paulo.
- Alves, M. G. D. M. (2004). Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde (Doutorado).
- André, A. M., Ciampone, M. H. T., & Santelle, O. (2013). Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Revista de Saúde Pública*, 47(1), 158-163.
- Araújo, T. M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C. O., & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública*, 37(4), 424-33.
- Araújo, T. M., Graça, C. C., & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: Contribuições do Modelo Demanda-Controlle.
- Barboza, D. B.; Soler, Z. A. S. G. (2003) Afastamentos do Trabalho na Enfermagem: Ocorrências com Trabalhadores de um Hospital de Ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n. 2, março-abril.
- Bendassolli, P. F., & Guedes Gondim, S. M. (2014). Meaning, fulness and psychological function of work: Discussing this conceptual triad and its methodological challenges. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 131-147.
- Calil, Â. S. G., Jericó, M. D. C., & Perroca, M. G. (2015). Gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: estudo da interface idade-absenteísmo. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(2), 79-92.
- Carvalho, F. M., & Lima, V. M. C. (2012). Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(125), 150-158.
- Catapan, A., Bonfim, B. L. S., Panucci-Filho, L., de Oliveira, E. G., Vila, E. W., & dos Reis, E. B. (2014). Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): uma análise em professores do Ensino Médio e Superior do Brasil. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 6(2).
- Cavalcante, C. A. A., Enders, B. C., Menezes, R. M. P., & Medeiros, S. M. (2008). Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. *Ciência, cuidado e saúde*, 5(1), 088-097.
- Chiavenato, I. (2009). *Recursos Humanos*. 9a ed, São Paulo: Atlas.
- Costa, F. M. D., Vieira, M. A., & Sena, R. R. D. (2009). Disease-related absenteeism among nursing team members in a teaching hospital. *Revista brasileira de enfermagem*, 62(1), 38-44.
- D’Affonseca, S. M., Cia, F., & Barham, E. J. (2014). Trabalhadora feliz, mãe feliz? Condições de trabalho que influenciam na vida familiar [I]. *Psicol. Argum*, 32(76), 129-138.
- D’Alfonso Júnior, G., Pelazza, B. B., Christóforo, B. E. B., Trincaus, M. R., Martins, M. A., Maia, L. G., & Silva, L. A. (2015). Absenteísmo: análise na equipe de enfermagem.

- Dias, S. M. M., Boas, A. A. V., Dias, M. R. G., & Barcellos, A. C. P. (2009). Fatores desmotivacionais ocasionados pelo estresse de enfermeiros em ambiente hospitalar. VIII Seminários em Administração [internet], 11-12.
- Faúndez, V. E. O., & Gil-Monte, P. R. (2007). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en trabajadores de servicios en Chile. *Informació psicológica*, (91-92), 43-52.
- Ferreira, B. A. P., Souza, R. B., Lopes, J. V. P., Soares, M., & dos Santos, C. (2015). Influência Do Absenteísmo Nas Relações Trabalhistas. *Anais Simpac*, 4(1).
- Ferreira, E. V., Amorim, M. J. D. M. D., Lemos, R. M. C., Ferreira, N. D. S., Silva, F. D. O., & Laureano Filho, J. R. (2012). Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um Hospital Universitário do Estado de Pernambuco. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-RevRene*, 12(4).
- Geco, P. B. T., Magnago, T. S. B., Prochnow, A., Beck, C. L. C., & Tavares, J. P. (2011). Utilização do modelo demanda-controle de Karasek na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(2), 272-281.
- Gehring Junior, G., Corrêa Filho, H. R., Vieira Neto, J. D., Ferreira, N. A., & Vieira, S. V. (2007). Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Rev. bras. epidemiol*, 10(3), 401-409.
- Giannini, S. P. P., Latorre, M. R. D. O., & Ferreira, L. P. (2010). Distúrbio de voz relacionado ao trabalho docente: um estudo caso-controle. *São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo*.
- Gomes, R.L.V. (2011). Absenteísmo por doença e condições estressantes de trabalho dos profissionais de enfermagem. Extraído de http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/9135/arquivo3185_1.pdf?sequence=1
- Hensing, G., Alexanderson, K., Allebeck, P., & Bjurulf, P. (1998). How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scandinavian Journal of Public Health*, 26(2), 133-144.
- Inoue, K. C., Matsuda, L. M., da Silva, D. M. P. P., Uchimura, T. T., & Mathias, T. A. F. (2008). Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 209-214.
- Jorge, A. L. (1995). Motivos Que levam os trabalhadores de enfermagem ao absenteísmo. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, V. 8, N.1, P. 39-46, Jan./Abr.
- Karasek R.A.(1985). *Job Content Questionnaire and User's Guide*. University of Massachusetts.
- Kogien, M., & Cedaro, J. J. (2014). Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(1), 1.
- Kuper, H., & Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of epidemiology and community health*, 57(2), 147-153.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (2002). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. (5º ed). São Paulo: Atlas.
- Lei nº 5.905/73 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem (COREN e COFEN). Brasil, 1973. Acesso: 22/05/2015 <http://www.coren-df.gov.br/portal/index.php/leis/178-lei-no-590573>
- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre o exercício da Enfermagem. Acesso: 11/10/2015 <http://www.coren-ro.org.br/decreto-n-9440687-dispoe-sobre-o-exercicio->

- da-enfermagem-e-da-outras-providencias_767.html
- Limongi-França, A.C. (2003). *Qualidade de Vida no trabalho - QVT: Conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. São Paulo: Atlas.
- Magnago, T. S. B. S, Lisboa, M. T. L., Griep, R. H., Zeitoune, R. C. G., & Tavares, J. P. (2010). Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: Avaliação baseada no modelo demanda-controle. *Acta Paul Enferm*, 23(6), 811-7.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martinato, M. C. N. B., Severo, D. F., Marchand, E. A. A., & Siqueira, H. C. H. D. (2010). Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem* (Online), 31(1), 160-6.
- Martinez, M. C., & Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de psicologia social do trabalho*, 6, 59-78.
- Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas.
- Mello, M. G., Chorb, D., Faersteinc, E., de S Lopesc, C., & Werneckd, G. L. (2004). Versão Resumida da “Job Stress Scale”: Adaptação Para O Português. *Rev Saúde Pública*, 38(2), 164-71.
- Moisés, C. C. S, da Silva, M. G., Manhães, F. C., & Istoe, R. S. C. (2015). Principais causas do absenteísmo em profissionais de enfermagem. *Revista Científica Linkania Júnior*, 4(2).
- Moraes, K. N., Ferreira, A. A. R., Fonseca, J. R., da Silva, P. L. N., & de Oliveira, V. V. (2015). Fatores Relacionados Ao Absenteísmo Por Doença Em Profissionais De Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Gestão e Saúde*, 6 (1), pag-565.
- Moret, L., Anthoine, E., Paillé, C., Tricaud-Vialle, S., Gerbaud, L., Giraud-Roufast, A., & Lombrail, P. (2012). Relationship between inpatient satisfaction and nurse absenteeism: an exploratory study using WHO-PATH performance indicators in France. *BMC research notes*, 5(1), 83.
- Oliveira, M. A. (2010). *Comportamento organizacional para a gestão de pessoas: como agem as empresas e seus gestores*. São Paulo: Saraiva, 268-272.
- Paschoal, T., & Tamayo, Á. (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de psicologia*, 9(1), 45-52.
- Penatti, I., Zago, J. S., & Quelhas, O. (2012). Absenteísmo: As consequências na gestão de pessoas.
- Reis, E. J. F. B., Carvalho, F. M., de Araújo, T. M., Porto, L. A., & Neto, A. M. S. (2005). Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de vitória da conquista. Bahia, Brasil. *Work And Psychological Distress Among Public School Teachers In Vitória da Conquista*. *Cad. Saúde Pública*, 21(5), 1480-1490.
- Reis, P; Arantes, E. F. (2013). Contribuição da gestão de informação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de doenças. In: *Mendes René -Patologia do trabalho*. São Paulo, SP. Atheneu, p.1762-63.
- Resolução 293 do Conselho Federal de Enfermagem (2004). *Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados*. São Paulo: Cofen, 2004.
- Riboldi, C. D. O. (2008). *Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*.
- Robbins, S. P. (2009). *Fundamentos do comportamento organizacional*. 8a Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

- Sadir, M. A., Bignotto, M. M., & Lipp, M. E. N. (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20(45), 73-81.
- Silva, D. M. P. P., & Marziale, M. H. P. (2000). Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista latino-americana de enfermagem*, 8(5), 44-51.
- Silva, D. M. P. P., & Marziale, M. H. P. (2008). Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5, 166-172.
- Stacciarini, J. M. R., & Tróccoli, B. T. (2001). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 9(2), 1.
- Souto, D. F. (1980). Absenteísmo, preocupações constante das organizações. *Temas de Saúde Ocupacional. Eletrobrás. Gridis*.
- Trindade, L. D. L., Grisa, C. C., & Ostrovski, V. (2014). Absenteísmo na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. *Enfermería Global*, (36), 147.
- Umann, J. (2011) Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 10 n. 1, p. 184-190, jan./mar.
- Vieira, A. P. M., & Kurcgant, P. (2010). Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. *Acta paul enferm*, 23(1), 11-5.