



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva



DIORLENE OLIVEIRA DA SILVA

Fatores associados à ocorrência e duração dos afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia.

**Salvador
2010**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva



DIORLENE OLIVEIRA DA SILVA

Fatores associados à ocorrência e duração dos afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia.

Dissertação apresentada sob forma de artigo ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora

Prof^a. Dr.^a Estela Maria M. Leão de Aquino

**Salvador
2010**

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

S586f Silva, Diorlene Oliveira da.

Fatores associados à ocorrência e a duração dos afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia / Diorlene Oliveira da Silva. - Salvador: D.O.Silva, 2010.

94f.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Estela Maria M. Leão de Aquino.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Trabalho. 2. Absenteísmo. 3. Doenças Profissionais. 4. Instituições de Ensino Superior. I. Título.

CDU 331

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Fatores associados à ocorrência e a duração dos afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia.

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária, na linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador e Gênero.

Prof^a. Dr.^a Estela Maria M. Leão de Aquino

Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Prof^a. Dr.^a Vilma S. Santana

Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal da Bahia.

Prof^a. Dr.^a Tânia Araújo

Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.

**Salvador
2010**

DEDICATÓRIA

AOS MEUS PAIS PELO EMPENHO E DEDICAÇÃO À MINHA FORMAÇÃO.

A MINHA AVÓ JULITA (*IN MEMORIAM*) E AOS MEUS TIOS GABRIEL E ANTÔNIO PELA POSSIBILIDADE DE ESTAR AQUI HOJE, CONSTRUINDO ESTE PROJETO.

AGRADECIMENTOS

A Estela Aquino pelo acolhimento, orientação e por ter me feito acreditar na possibilidade de realização desta pesquisa e pela paciência com as minhas dificuldades que surgiram no decorrer do processo.

A Enoy Gusmão pela disponibilidade e paciência com a revisão do texto.

Às professoras Vilma Santana e Tânia Araújo pela importante contribuição durante a fase de qualificação.

A Carlos Teles pelo apoio e revisão do texto.

À Prof^a Inês Dourado por me fazer acreditar que seria possível mais este passo.

A Maria da Conceição Chagas pela disponibilidade.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) por todo o conhecimento apreendido.

Aos meus colegas da pós-graduação Elsa Jacinto, Nedja, Tereza Nadya, Manuela, Yeimi, Maíra, Joselina, Jorgana, Raimundo e Zeca pelas angústias compartilhadas e pela convivência agradável durante o período do mestrado.

A toda a equipe do MUSA, em especial a Edileuza, pela disponibilidade de auxiliar.

A Joselita Nunes Macedo, do setor dos recursos humanos; a Luiza, do Serviço Médico da instituição e a Dulcinea, do Centro de Processamento de Dados pelas informações e disponibilidade para esclarecer as dúvidas.

A Neyandra e Fernanda pela preciosa coleta dos dados.

A Creuza pela importante contribuição com a formatação da bibliografia.

A Maria Goret e a Iara Lucena pela importante contribuição na formatação final do trabalho e pela disponibilidade.

A todos aqueles que, de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para o meu crescimento nessa caminhada.

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ARTIGO I – Fatores associados à ocorrência de afastamentos em trabalhadores de uma instituição federal de ensino superior na Bahia	24
RESUMO	25
1 INTRODUÇÃO	26
2 MÉTODO	31
3 RESULTADOS	36
4 DISCUSSÃO	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60
ARTIGO II – Perfil dos afastamentos de longa duração motivados por doença em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia	63
RESUMO	64
1 INTRODUÇÃO	65
2 MÉTODO	69
3 RESULTADOS	74
4 DISCUSSÃO	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	92
ANEXO – PROJETO DE DISSERTAÇÃO	94

RESUMO

SILVA, Diordene Oliveira da. **Fatores associados à ocorrência e duração dos afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

O aumento da frequência de licenças para tratamento da saúde no setor público tem se constituído em um importante problema de saúde pública, tanto pelo aumento dos custos diretos e indiretos que representam para o governo e o contribuinte como pela pouca atenção à área da saúde do trabalhador e pelos danos causados a saúde do servidor e à sua família em razão do adoecimento. O estudo teve por objetivo descrever o perfil do absenteísmo por doença considerando a duração do afastamento, estimar a sua prevalência e identificar os fatores sócio-demográficos e funcionais associados ao maior percentual do absenteísmo-doença em uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia. Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo com base de dados secundários, envolvendo 5.312 servidores públicos ativos e 1.283 ocorrências de licenças médicas para tratamento da saúde, ambos os sexos, durante o ano de 2006. A duração do afastamento foi categorizada em dois grupos de afastamento ausências de curta duração (15 a 47 dias) e ausências de longa duração (48 dias e mais). Os dados institucionais foram obtidos da base de dados do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos–SIAPE e as informações das ocorrências de afastamentos foram obtidas pelo sistema de ocorrências funcionais da Instituição. O diagnóstico da causa mórbida foi obtido a partir de registros nos prontuários no Serviço Médico da Instituição e classificado segundo a CID-10, foram comparados com a lista de doenças relacionadas ao trabalho elaborada pelo Ministério da Saúde. As variáveis foram analisadas por meio de distribuições de frequências e medidas descritivas (média, desvio padrão e mediana). Para verificar as associações foram utilizados os testes estatísticos *Chi-quadrado de Pearson* ou o *Teste Exato de Fischer*. As associações entre os fatores sócio-demográficos e funcionais e a ocorrência de licenças foram expressas por meio de razões de chances (OR) e seus respectivos intervalos de confiança, ajustados por idade. O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$). Foram calculados e expressos os indicadores sugeridos pelo Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional: o total de dias perdidos por doença, a frequência à gravidade e a duração média dos episódios. Foi calculado o índice de absenteísmo (IA). A prevalência de absenteísmo-doença na IFE foi de 8%, representou 43.031 dias perdidos por doença, sendo maior entre as mulheres 10,3% e 5% entre os homens. O Índice de absenteísmo global foi 2,2%, entre os homens 1,9%, entre as mulheres 2,5%. A duração média dos episódios foi de 33,5 dias, entre os homens 40,4 dias e entre as mulheres 30,5 dias. Os principais grupos de causas das licenças foram atribuídos às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (34,5%), transtornos mentais e comportamentais (24,9%), neoplasias (9,3%), envenenamentos e outras conseqüências de causas externas (9,3%), doenças do aparelho circulatório (7,4%) e somados os grupos de menor frequência (14,5%). A associação entre fatores sociodemográficos e funcionais foram significantes para o sexo, grupo etário, escolaridade, tempo na instituição, grupo de atividade e local de trabalho. Os afastamentos de longa duração representaram 50% do total de indivíduos que solicitaram afastamento, cujo diagnóstico tivemos acesso, representou 4% do total de servidores ativos. Essas ocorrências representaram 33.290 dias perdidos por doença, 77,4% do total global de dias perdidos por doença. Os resultados apresentados neste estudo confirmam a importante contribuição dos fatores sociodemográficos e funcionais associados à ocorrência de licenças na instituição, bem como a magnitude e variabilidade destas associações. Apontam para a importante contribuição da causa do afastamento na gravidade do absenteísmo por doença na Instituição, para ambos os sexos.

Descritores: absenteísmo, absenteísmo-doença de longa duração,saúde servidor público universidades, saúde do trabalhador, licença médica.

ABSTRACT

SILVA, Diorlene Oliveira da. **Factors associated to the occurrence and duration of absenteeism for health treatment by employees in a Federal Institution of Higher Education in Bahia.** 2010. Dissertation (Master in Community Health) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

The increase of sickness absence frequency for health treatment in the public sector has become an important problem in public health, as well for the increase of direct and indirect cost on government and contributors as for the little attention given to the area of workers health and furthermore the damages caused by disease to the public servants and their families health. The study had the purpose to describe the profile of absenteeism caused by illness, taking the leave of absence duration, the estimation of its prevalence and identification of the functional, social and demographic factors associated to a greater percentage of illness-absenteeism within a Federal Institution of Higher Education in Bahia. It is about a descriptive case study, based upon secondary data on 5.312 active public servants and a sample of 1.283 occurrences of sickness absences for health treatments, both sexes, distributed in 48 teaching and research units along the year of 2006. The period of sickness absence was characterized in two groups of short absences (15 to 47 days) and long term absences (48 days and more). Institutional data were taken from the data base of the Integrated System of Human Resources Administration-SIAPE and information on the leave occurrences were taken through the Institution's functional occurrences system. Diagnosis on the morbidity causes was obtained from the records at the Institution Medical Services and classified in accordance to the CID-10 and they were compared to the list of diseases related to work and elaborated by the Ministry of Health. The variables were analyzed by means of univariate and bivariate frequencies and descriptive measures (mean standard deviation and median). In order to verify the associations statistical testing was used, such as Pearson Chi-square or Fischer Exact Test, by considering a 95% level of confidence ($\alpha \leq 0.05$). Associations between the functional, and socio-demographic factors and the license occurrence were expressed through chance reasons (OR) and their respective confidence intervals, by considering a 95% level ($\alpha \leq 0.05$), estimated by means of non-conditional logistic regression. The indicators were calculated as suggested by the Absenteeism Subcommittee of the International Society of Occupational Health: the total day loss for disease, the frequency of seriousness and average duration of terms. The index of absenteeism (IA) was calculated. The prevalence of illness-absenteeism at IFE was of 85 and it represented 43.031 lost days by disease, more important among women (5.8%), when compared to men's 2%. The global absenteeism index (IA) was of 2,2% : 1.9% among men and 2,5% among women. The average duration of sickness absences was of 33,5 days; 40,4 days for men and 30,5 for women. The main groups of causes for the leaves were related to osteomuscular system disease and conjunctive tissue diseases (34.5%); mental and behavior disorders (24.9%), neoplasias (9.3%), poisoning and other consequences of external causes (9.3%), circulation system diseases (7.4%) and minor frequency groups (14.5%). The association between socio-demographic and functional factors was significant for sex, age, scholarship and it acts as protection factor, time in the institution, activity and place of work. The results presented in this study corroborate the important contribution of socio-demographic and functional factors associated to the occurrence of leaves at the institution, as well as the extent and variability of these associations. They point out to the important contribution of the cause of sickness absence in the seriousness of absenteeism for illness causes in the Institution for both sexes.

Key-words: Absenteeism; Long-term Sickness absenteeism; University Public Servant Health; Occupational health; Medical license.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho estruturou-se a partir de reuniões e debates entre o setor de recursos humanos da instituição e o Instituto de Saúde Coletiva – ISC, envolvendo a temática saúde do servidor público.

A trajetória até aqui não foi fácil. Apesar da importância desses trabalhadores para o desenvolvimento da economia e do país, a produção científica sobre o absenteísmo-doença entre servidores públicos tem sido restrita a algumas categorias ocupacionais específicas como enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e professores.

O estudo do absenteísmo *per si* é complexo e envolve uma série de conceitos e definições operacionais que variam entre os países, setor de atividade econômica e até mesmo por categoria ocupacional, dificultando a comparabilidade dos resultados obtidos.

Com a perspectiva de apresentar ao leitor melhor compreensão da temática, apresento inicialmente os principais conceitos e aspectos operacionais do absenteísmo por doença abordados na literatura. Em seguida, contextualizo as principais dificuldades pontuadas na literatura com relação à gestão do absenteísmo-doença no setor público, considerando o contexto das Instituições Federais de Ensino Superior – IFES.

Segue-se a essa introdução o desenvolvimento de dois artigos que se embasam no método epidemiológico de investigação científica e foram estruturados de forma a responder às seguintes questões de investigação:

- Qual é a prevalência dos afastamentos do trabalho motivados por doença na instituição?
- Quais são os fatores sociodemográficos e funcionais associados à maior ocorrência de afastamentos do trabalho motivado por doença?

- Quais são os fatores sociodemográficos e funcionais associados à maior duração dos afastamentos do trabalho motivados por doença?

No Artigo I, intitulado “Fatores associados à ocorrência de afastamentos em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia”, busca-se descrever o perfil dos afastamentos e do adoecimento segundo características sociodemográficas e funcionais visando identificar quais as características que contribuem com a maior frequência de afastamentos na IFE.

No Artigo II, intitulado “Perfil dos afastamentos de longa duração motivados por doença em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia”, busca-se descrever o perfil dos principais grupos de causas do afastamento considerando a duração da ausência e as características sociodemográficas e funcionais.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Absenteísmo, aspectos conceituais e operacionais

Na literatura, são diversas as abordagens utilizadas para designar a falta de assiduidade ou o hábito de não comparecer ao trabalho: absentismo, absenteísmo (FERREIRA, 1986). O termo originou-se de absentismo e no século XVIII era aplicado aos proprietários rurais que abandonavam o campo para viver na cidade. Durante o período da primeira revolução industrial, passou a ser atribuído aos trabalhadores faltosos (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

A Organização Internacional do Trabalho – OIT, conceitua o absenteísmo como a falta ao trabalho por parte do empregado e o absenteísmo por licença médica como “o período de baixa laboral atribuído a uma incapacidade do indivíduo contabilizado desde o início e à margem de sua duração” (OIT, 1991).

Inúmeras abordagens e termos têm sido utilizados na literatura para designar a falta ao trabalho. Quick e Lapertosa (1982) sugerem a seguinte classificação do tipo do absenteísmo no trabalho: o absenteísmo voluntário (faltas por razões particulares não justificadas e sem amparo legal), o absenteísmo legal (ausência justificada amparada pela legislação: gestação, casamento, doação de sangue, serviço militar), absenteísmo por patologia profissional (todos os acidentes do trabalho e as doenças relacionadas ao trabalho), **absenteísmo por doença** (inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico), absenteísmo compulsório (impedimento involuntário, por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que o impossibilite chegar ao trabalho) (grifo nosso).

O absenteísmo pode ser expresso por meio da frequência (número de períodos de afastamento/número de empregados incluindo os ausentes), gravidade (número de dias perdidos/número de empregados incluindo os ausentes) e duração média dos episódios (número de dias perdidos/número de períodos incluindo os ausentes). Com base nesses indicadores e informações como diagnóstico médico, número total de dias perdidos, duração dos períodos, estado civil, posição social/classe,

ocupação, sexo e idade, pode-se descrever e classificar o fenômeno ao longo do tempo (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

A caracterização dos perfis do absenteísmo-doença depende da gravidade da doença ou lesão, da duração da ausência, da contribuição dos fatores sociodemográficos, comportamentais e ocupacionais, das condições de vida e de trabalho e da presença ou ausência de suporte social. Conjuntamente esses fatores contribuem para o processo de readaptação e reabilitação funcional do indivíduo e determinam o retorno do trabalhador/a ou o prolongamento da ausência (MESA; KAEMPFER, 2004; LABRIOLA, 2006).

O absenteísmo por doença é um fenômeno multicausal que reflete as variações dos riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores em seu ambiente de trabalho; das desigualdades sociais e de saúde produzidas no ambiente de trabalho; aspectos das mudanças do mercado de trabalho, sociodemográficas, econômicas e do contexto organizacional (jornadas, turnos, hierarquias, divisão e fragmentação do trabalho, mecanismos de controle, vínculo empregatício, conteúdo da atividade) (ALEXANDERSON, 1998; REIS *et al.*, 2003), além de contemplar aspectos relativos às políticas de atenção à saúde dos trabalhadores adotadas nas instituições (GODOY, 2001).

Ao longo das últimas décadas, o estudo do absenteísmo por doença incorporou amplo espectro de conceitos de diferentes disciplinas e, por consequência, tem produzido diferentes abordagens e modelos explicativos resultando em uma grande variabilidade de medidas e termos com referência ao mesmo indicador (ALEXANDERSON, 1998; ALLEBECK; MASTEKAASA, 2004; HENSING, 2004). O aspecto positivo da grande diversidade de medidas e abordagens é a possibilidade de ampliar o conhecimento das múltiplas determinações deste fenômeno, sob a luz de diferentes perspectivas (sociológica, psicológica, econômica e de saúde pública dentre outras). Contudo, a ausência de padronização e a grande variabilidade de conceitos na definição do absenteísmo por doença têm dificultado a comparabilidade dos resultados entre os diferentes tipos estudos. Outro aspecto refere-se à ausência de padronização e definição do denominador base para o cálculo das taxas de ausência que tem sido determinado com base em critérios administrativos relativos aos custos e perda da produtividade do empregador (WHITAKER, 2001).

Na produção científica tem sido crescente o reconhecimento da importância do uso do absenteísmo por doença como medida integrada do funcionamento físico, psicológico e social de grupos específicos de trabalhadores (MARMOT *et al.*, 1995; KIVIMÄKI *et al.*, 2003); tem se mostrado mais sensível que as medidas de saúde usualmente estabelecidas como a saúde auto-referida, morbidade psiquiátrica menor e a presença de doenças crônicas ou incapacitantes (KIVIMÄKI *et al.*, 2003). Ao considerar a duração do afastamento, esse indicador tem sido apontado como bom preditor de mortalidade e marcador de risco para aposentadorias por invalidez, dada a relação direta com a gravidade da doença ou lesão (MARMOT *et al.*, 1995; KIVIMÄKI *et al.*, 2003; VAHTERA *et al.*, 2004; LUND *et al.*, 2006; GJESDAL *et al.*, 2008).

O estudo das associações entre os fatores sociodemográficos, comportamentais e ocupacionais e o aumento dos percentuais do absenteísmo-doença tem sido crescente na literatura (PRIMO, 2008; SALA *et al.*, 2009). A elevada prevalência do absenteísmo-doença entre as mulheres e a associação direta com o incremento da idade e os baixos níveis de rendimento e escolaridade tem sido consenso entre os diferentes tipos de estudo (MARMOT *et al.*, 1995; GODOY, 2001; GUIMARAES, 2005; SALA *et al.*, 2009; CUNHA; BLANK; BOING, 2009); o estado civil casado e a presença de crianças em casa mostrou-se associado à maior ocorrência de licenças médicas entre as mulheres (JANSEN *et al.*, 2006); a associação entre o sedentarismo e o aumento do absenteísmo por doença; a associação entre o vínculo empregatício e a maior frequência de licenças médicas entre os profissionais de enfermagem para ambos os sexos (REIS *et al.*, 2003).

Diferentes estudos e contextos envolvendo o uso do indicador têm mostrado variações significativas nos índices do absenteísmo-doença (SILVA; MARZIALE, 2000; MESA; KAEMPFER, 2004; SALA *et al.*, 2009). Sala *et al.*, (2009) identificaram diferenças expressivas entre unidades e agrupamento de funções exercidas e variações dos padrões de absenteísmo por doença segundo arranjos ocupacionais. Os maiores percentuais de absenteísmo foram localizados entre os servidores em funções operacionais e em funções assistenciais em hospitais. Silva e Marziale (2000) identificaram excesso de absenteísmo no ambiente hospitalar e encontraram variações importantes na porcentagem de tempo perdido por setor de

trabalho e categoria ocupacional em um hospital universitário. Mesa e Kaempffer (2004) identificaram diferentes padrões de absenteísmo por setor de atividade econômica em uma revisão da literatura sobre o tema.

Na literatura, as taxas mais elevadas de absenteísmo por doença estão situadas nos grupos com rendimentos mais baixos, em grande parte devido às condições de vida e ao tipo de atividade que desenvolvem, principalmente os trabalhos manuais nos quais estes trabalhadores estão envolvidos (MENDES, 1988a; TOLOSA; MENDES, 1991; KUPER; MARMOT, 2003). Marmot e Kuper (2003) chamam a atenção para a relevância do aspecto financeiro e pontuam a necessidade de se ir além das medidas de renda para entender a relação entre posição social (medida de posição socioeconômica) e saúde, especialmente quando se refere a populações acima da linha de pobreza e da privação absoluta, como no caso do Estudo Whitehall (estudo de uma coorte de funcionários públicos civis da Inglaterra).

O conteúdo da atividade tem sido apontado como um dos possíveis fatores determinantes do absenteísmo-doença (GRECO *et al.*, 1999). O trabalho informatizado tem conduzido o trabalhador ao uso intensivo e repetitivo de determinados grupos musculares e à manutenção de posturas anti-ergonômicas tem contribuído de forma significativa com o aumento dos casos de Distúrbios Osteomusculares (DORT) e as Lesões por Esforços Repetitivos - LER (SALIM, 2003). Essas afecções ocupacionais têm expressado um dos sofrimentos advindos da relação saúde-trabalho na contemporaneidade e podem ser consideradas epidemia de saúde pública em escala mundial (GHISLENI; MERLO, 2005).

O estresse ocupacional tem se destacado entre as principais causas de afastamento do trabalho no mundo inteiro (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; MACEDO *et al.*, 2007; OMS, 2008). Atribui-se o aumento do estresse ocupacional, entre outros fatores, aos novos mecanismos organizacionais e gerenciais introduzidos nos processos de trabalho, responsáveis pela intensificação do ritmo e aumento das condições de trabalho motivadoras de estresse que, por meio do aumento de cargas de trabalho, responsabilidades e da ausência de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, especialmente entre as mulheres que, em muitas situações são obrigadas a conciliar as tarefas domésticas após o trabalho (LOPES; FAERSTEIN; CHOR *et al.*, 2003; AQUINO, 2005; MACEDO *et al.*, 2007).

Em conjunto, esses fatores expõem o trabalhador ao risco de adoecimento e têm contribuído para elevar as taxas de absenteísmo-doença nas instituições (CUNHA; BLANK; BOING, 2009; SALA *et al.*, 2009). O aumento das taxas de absenteísmo-doença tem importância para a saúde pública, uma vez que este fenômeno sinaliza o processo de adoecimento da força de trabalho, com repercussões na qualidade de vida do trabalhador e da sua família, na equipe de trabalho e na organização dos serviços, produz impacto no desenvolvimento da economia.

De acordo com Briner (1996), os custos diretos do absenteísmo por doença incluem os salários pagos durante o período da licença, cuidados médicos e despesas com o tratamento. Os custos indiretos incluem redistribuição do quadro de pessoal e sobrecarga de trabalho entre os presentes, tempo para treinamento e salários para novas realocações, aumento das despesas administrativas, queda da qualidade e da eficiência na prestação do serviço.

1.2 Gestão do absenteísmo-doença no setor público

No Brasil, as queixas dos gestores dos recursos humanos têm sido generalizadas com relação ao aumento da frequência de licenças médicas para tratamento da saúde entre os servidores públicos¹, por acarretar perdas de capacidades produtivas com repercussões na qualidade e organização dos serviços e aumento dos custos diretos e indiretos (CARNEIRO, 2006; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; SALA *et al.*, 2009).

O adoecimento da força de trabalho tem características que devem ser reconhecidas pelos gestores de recursos humanos. Aspectos do ambiente físico e psíquico que estejam levando o servidor ao adoecimento ou agravando o quadro de morbidades pré-existentes; a ausência de motivação para o trabalho em determinadas unidades

¹ De acordo com o Capítulo Único das Disposições Preliminares do Regime Jurídico Único – RJU, Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), Artigo 2º, define-se **Servidor** como “[...] a pessoa legalmente investida em cargo público” e, conforme disposto no Artigo 3º, **Cargo Público** representa o “conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor” (BRASIL, 1990) – grifo nosso.

ou concentradas em determinadas ocupações; os riscos tecnológicos e ocupacionais inerentes a determinadas ocupações; a sobrecarga física e mental decorrente da insuficiência de pessoal e/ou excesso de responsabilidades e atribuições; elevados níveis de rotatividade em determinadas unidades etc.

Condições de trabalho precárias resultam em perda de capacidade produtiva, dias de trabalho perdidos e afastamento do trabalhador por doença. A interrupção do trabalho por motivo de saúde merece atenção da instituição, o conhecimento das causas do absenteísmo, especificamente do absenteísmo por doença, possibilitará implementar medidas preventivas que certamente refletirão na melhor condição do quadro de saúde dos trabalhadores, reduzir os custos com o adoecimento e aumentar a produtividade e motivação para o trabalho.

Apesar dos grandes avanços das pesquisas na produção científica nacional com relação à área da saúde do trabalhador (SANTANA, 2006), poucas pesquisas têm dado visibilidade ao estudo dos afastamentos do trabalho motivados por doença nesta categoria (CARNEIRO, 2006; CUNHA, 2007). O conhecimento do perfil de morbidade desses trabalhadores é ainda incipiente e permeado por uma série de questões, mitos e dificuldades que tornam o estudo deste tema complexo.

A imagem do servidor público brasileiro é estereotipada e carrega forte apelo negativo (CARNEIRO, 2006), à qual são atribuídas todas as experiências negativas relacionadas à organização do trabalho e à qualidade dos serviços prestados pelo Estado (CODD, 2001). De acordo com Carneiro (2006) e Cunha (2007), essa imagem é reforçada no meio midiático pela ideia do servidor público “fraudador de licenças médicas”, a qual, por vezes, leva os gestores de recursos humanos a subestimarem a real dimensão do problema e a eximirem-se da sua responsabilidade para com a área de atenção à saúde dos servidores, transferindo totalmente para o trabalhador a responsabilidade pela recuperação da sua saúde e pela adoção de práticas saudáveis que previnam as doenças no local de trabalho ou na vida pessoal.

A ausência de informações sistematizadas que possibilitem avaliar o perfil epidemiológico dessa população tem se constituído um dos principais problemas pontuados na literatura, dado que estes trabalhadores não pertencem ao Regime

Geral de Previdência Social - RGPS (CARNEIRO, 2006; SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2007; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; SALA *et al.*, 2009). O desconhecimento do como e por que adoecem e morrem os servidores públicos e a ausência de medidas efetivas de prevenção e promoção da saúde podem levar a administração pública a retroalimentar o processo de adoecimento-afastamento do trabalhador e contribuir para gerar um imenso passivo trabalhista e social (CUNHA, 2007).

O distanciamento entre a área de recursos humanos e a área de atenção à saúde do servidor é um fato que chama a atenção em grande parte das instituições públicas, Carneiro (2006) ao avaliar as políticas de atenção à saúde do trabalhador nas instituições públicas, pontua as dificuldades que os gestores locais encontram com relação às questões referentes à saúde do servidor e afirma que:

“Os gestores locais estão cada vez mais voltados para as novas exigências e atribuições complexas, relacionadas ao funcionamento administrativo-financeiro das mesmas e não se apropriaram da problemática e demandas relativas à área da saúde do servidor” (CARNEIRO, 2006, p. 24).

Nestes casos, as questões relativas à saúde do trabalhador são encaminhadas ao serviço médico da instituição, dessa forma prevalecendo a perícia médica, por obrigação legal, como única medida de controle individual da ausência do trabalho motivada por doença. De acordo com SATO (2001), ao focar a causa final no indivíduo, inicia-se o processo de culpabilização do trabalhador/a pelo seu adoecimento.

A ausência de uma perícia médica articulada com as políticas de recursos humanos e com os serviços de assistência médica tem dificultado o conhecimento das patologias, intervenções nos ambientes e a implementação de medidas direcionadas à organização e ao planejamento das ações do Serviço de Atenção à Saúde do servidor (CARNEIRO, 2006).

Apesar de a perícia médica ser ato médico, ela nada tem a ver com ação de saúde e não possui instrumentos nem recursos para intervir no ambiente e nas relações de trabalho. O médico, na função de perito, não aplica o seu conhecimento para intervir na relação saúde-doença do servidor e sugerir a solução para o seu problema de saúde. O conhecimento do perito está a serviço dos interesses da instituição de

assegurar o exercício de um direito, esclarecer uma questão legal ou defender o interesse do bem público (CARNEIRO, 2006).

A ausência de reconhecimento por parte da sociedade, os baixos níveis salariais, as condições inadequadas e insalubres de trabalho; as demandas originadas da sociedade e a impossibilidade para atendê-las, pois em muitas situações fogem ao seu controle; a sobrecarga de trabalho decorrente da ausência de concursos para reposição do quadro funcional; a exposição ocupacional em algumas categorias ocupacionais específicas e a ausência de uma política de atenção à saúde que responda às demandas de assistência médica, prevenção de doenças e promoção da saúde podem levar essa categoria a um processo de intenso desgaste físico e psíquico (GEHRING-JUNIOR; SOARES; CORRÊA-FILHO, 2003; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; CARNEIRO, 2006).

A relevância deste estudo situa-se na importância da temática para a área da saúde do trabalhador e sua contribuição consiste na análise e descrição dos perfis dos afastamentos e do adoecimento dos servidores públicos de uma instituição federal de ensino superior na Bahia. Espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para a formulação de debates na implementação de políticas públicas que visem ao planejamento das ações de saúde do trabalhador na instituição.

Tem-se ainda como objetivo geral: descrever o perfil do adoecimento e de afastamento dos trabalhadores, considerando os fatores sociodemográficos e funcionais e a duração do afastamento, em uma instituição federal de ensino superior na Bahia, entre janeiro e dezembro de 2006.

Como objetivos específicos: estimar a prevalência de afastamentos do trabalho motivados por doença; identificar os fatores sociodemográficos e funcionais associados à maior frequência de licenças médicas para tratamento da saúde; calcular o índice de absenteísmo (IA) e os indicadores de gravidade, total de dias perdidos e a duração média dos episódios, considerando a unidade de exercício, grupo de atividade, tempo na instituição, grupo etário, escolaridade, estado civil e sexo e, por fim, estudar a duração da ausência, considerando o diagnóstico da

causa mórbida, a unidade de exercício, grupo ocupacional, tempo na instituição, escolaridade, grupo etário e sexo.

REFERÊNCIAS

ALEXANDERSON, K. Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposure and theories utilized. *Scand. J Soc. Med.*, v. 26, n. 4, p. 241-249, 1998.

ALLEBECK, P.; MASTEKAASA, A. Causes of sickness absence: research approaches and explanatory models. *Scand. J Soc. Med.*, v. 32, n. 63 suppl., p. 36-43, 2004.

AQUINO, E. M. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia**. 143 fl. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia – UFBA. Salvador, 1996. tab, graf.

ARTEAGA, O. *et al.* Presentismo (Presenteeism) y su relevancia para la Salud Ocupacional en Chile. *Cienc Trab*, v. 9, n. 24, p. 61-63, abr / jun, 2007.

BRASIL. **Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da união, das autarquias e das fundações públicas federais. Servidor Online. 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 28-01-09.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais: Portaria nº 1.675, de 6 de outubro de 2006. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Boletim Contato 43**, 2005. Disponível em: <http://www.servidor.gov.br/publicação/boletim_contato-05/contato_43.pdf> Acesso em: 16-01-2010.

BRINER, R. B. ABC of Work Related Disorders: Absence from work. *BMJ*, v. 313, p. 874-877, out, 1996.

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas: a experiência na Prefeitura de São Paulo. *Rev. Serviço Público*, v. 57, n. 1, p. 23-49, jan / mar, 2006.

CODO, W. A arte de não fazer. O funcionário público faz o que precisa ser feito? In: CODO, W.; JACQUES, M. G. **Saúde Mental e trabalho: leituras**. v.1. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). *Rev. Bras. Epidemiol*, v.12, n. 2, p. 226-236, 2009.

CUNHA, J. C. C. B. Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005. 2007. 119 fl. Dissertação

(Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

FERREIRA, A. B. H. Absenteísmo. In: FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2ª edição, Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira; 1986.

GASPARINI, M. S.; BARRETO, M. S.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p.189-199, mai / ago, 2005.

GEHRING-JÚNIOR, G., SOARES, S. E.; CORRÊA-FILHO, H. R. Serviços de Saúde do Trabalhador a co-gestão em universidade pública. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 98-110, 2003.

GHISLENI, A. P.; MERLO, A. R. C. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.18, n. 2, p.171-176, mai / ago, 2005.

GJESDAL, S. *et al.* Mortality after long-term sickness absence: prospective cohort study. **Eur. J. Public Health**, v.18, n. 5, p. 517-521, out, 2008.

GODOY, S. C. B. **Absenteísmo doença entre funcionários de um hospital universitário**. 2001. 141 fl. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG, 2001.

GRECO, R. M.; QUEIROZ, V. M.; GOMES, J. R. Cargas de trabalho dos técnicos operacionais da Escola de Enfermagem da USP. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 25., n. 95/96, p. 59-75, 1999.

GUIMARÃES, R. S. O. **O Absenteísmo entre os servidores civis de um Hospital Militar**. 2005. 83 fl. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, 2005.

HENSING, G. Chapter 4: Methodological aspects in sickness-absence research. **Scan J Public Health**, v. 32, n. 63 suppl., p. 44-48, 2004.

JANSEN, N. W. H.; KANT, I.J. *et al.* Work–family conflict as a risk factor for sickness absence. **Occup. Environ. Med**, v. 63, n. 7, 488-494, jul, 2006.

KIVIMAKI, M. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. **BMJ**, v. 327, p. 364-369, ago, 2003.

KUPER, H.; MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. **J Epidemiol Comm Health**, v. 57, p. 147-153, 2003.

LABRIOLA, M. **Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work**. 2006. 64 fl. Tese (Doutorado) – Institute of Public Health, University of Copenhagen. Copenhagen, 2006. Disponível em:

<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/mla_phd.pdf> Acesso em: 18-04-2010.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 6, p. 1713-1720, nov / dez, 2003.

LUND, T. *et al.* Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. **BMJ**, n. 332, p. 449-452, fev, 2006.

MACEDO, L. E. T. *et al.* Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2327-2336, out, 2007.

MARMOT, M. *et al.* Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. **J Epidemiol Comm Health**, v. 49, n. 2, p.124-130, abr, 1995.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores - I. Morbidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 22, n. 4, p. 311-326, 1988.

MESA, F. R.; KAEMPFER, A. M. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. **Rev. Méd. Chile**, v.132, n. 9, set, 2004.

OIT – OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Enciclopédia de Salud, Seguridad e Higiene em el trabajo. **Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo Y Seguridad Social**, v.1, p. 5-11. España, 1991.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, B. J. Análise do absentismo em Usina Siderúrgica. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v.10, n. 40, p. 62-67, out / dez, 1982.

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

SALA, A. *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.10, p. 2168-2178, 2009.

SALIM, C. A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo Perspec.**, v.17, n.1, p.11-24, jan / mar, 2003.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n. esp., p.101-111, 2006.

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

SILVA, L. S.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.12, p. 2949-2958, dez, 2007.

TOLOSA, D. E. R.; MENDES, R. Avaliação das condições de trabalho dos servidores braçais de instituição pública. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p.139-149, abr, 1991.

VAHTERA, J.; PENTTI, J.; KIVIMAKI, M. Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. **J Epidemiol Comm Health**, v. 58, n. 4, p. 321-326, abr, 2004.

WHITAKER, S. C. The management of sickness absence. **Occup. Environ. Med.**, v. 58, p. 420-424, jun, 2001.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**Fatores associados à ocorrência de afastamentos em
trabalhadores de uma instituição federal de ensino
superior na Bahia**

DIORLENE OLIVEIRA DA SILVA

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Estela Maria M. Leão de Aquino

Dissertação apresentada à Universidade Federal da Bahia visando a obtenção
do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Salvador
2010

RESUMO

SILVA, Diordene Oliveira da. **Fatores associados à ocorrência de afastamentos para tratamento da saúde em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

O aumento da frequência de licenças para tratamento da saúde no setor público tem se constituído em um importante problema de saúde pública. O estudo teve por objetivo identificar os fatores sócio-demográficos e funcionais associados ao maior percentual do absenteísmo-doença em uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia. Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo com base de dados secundários, envolvendo 5.312 servidores públicos ativos e 1.283 ocorrências de licenças médicas para tratamento da saúde, ambos os sexos, durante o ano de 2006. Os dados institucionais foram obtidos da base de dados do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos–SIAPE e as informações das ocorrências de afastamentos foram obtidas pelo sistema de ocorrências funcionais da Instituição. O diagnóstico da causa mórbida foi obtido a partir de registros nos prontuários no Serviço Médico da Instituição e classificado segundo a CID-10, foram comparados com a lista de doenças relacionadas ao trabalho elaborada pelo Ministério da Saúde. As variáveis foram analisadas por meio de distribuições de frequências e medidas descritivas (média, desvio padrão e mediana). Para verificar as associações foram utilizados os testes estatísticos *Chi-quadrado de Pearson* ou o *Teste Exato de Fischer*. As associações entre os fatores sócio-demográficos e funcionais e a ocorrência de licenças foram expressas por meio de razões de chances (OR) e seus respectivos intervalos de confiança, ajustados pela idade. O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$). Foram calculados e expressos os indicadores sugeridos pelo Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional: o total de dias perdidos por doença, a frequência à gravidade e a duração média dos episódios. Foi calculado o índice de absenteísmo (IA). A prevalência de absenteísmo-doença na IFE foi de 8%, representou 43.031 dias perdidos por doença, sendo maior entre as mulheres 10,3% quando comparadas aos homens 5%. O Índice de absenteísmo global foi 2,2%, entre os homens 1,9%, entre as mulheres 2,5%. A duração média dos episódios foi de 33,5 dias, entre os homens 40,4 dias e entre as mulheres 30,5 dias. Os principais grupos de causas das licenças foram atribuídos às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (34,5%), transtornos mentais e comportamentais (24,9%), neoplasias (9,3%), envenenamentos e outras conseqüências de causas externas (9,3%), doenças do aparelho circulatório (7,4%) e somados os grupos de menor frequência (14,5%). A associação entre fatores sociodemográficos e funcionais foram significantes para o sexo, grupo etário, escolaridade, tempo na instituição, atividade e local de trabalho. Os resultados apresentados neste estudo confirmam a importante contribuição dos fatores sociodemográficos e funcionais associados à ocorrência de licenças na instituição, bem como a magnitude e variabilidade destas associações.

Descritores: absenteísmo, absenteísmo-doença, saúde servidor público universidades, saúde do trabalhador, licença médica.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem sido crescente o reconhecimento da importância do uso do absenteísmo por doença como medida integrada do funcionamento físico, psicológico e social de grupos específicos de trabalhadores (MARMOT *et al.*, 1995; KIVIMÄKI *et al.*, 2003).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) conceitua o absenteísmo como a falta ao trabalho por parte do empregado e o absenteísmo por licença médica como “o período de baixa laboral atribuído a uma incapacidade do indivíduo contabilizado desde o início e à margem de sua duração” (OIT, 1991 *apud* PRIMO, 2008, p. 78).

Inúmeras abordagens e termos têm sido utilizados na literatura para designar a falta ao trabalho. Quick e Lapertosa (1982) sugerem a seguinte classificação do tipo do absenteísmo no trabalho: o absenteísmo voluntário (faltas por razões particulares não justificadas e sem amparo legal), o absenteísmo legal (ausência justificada amparada pela legislação: gestação, casamento, doação de sangue, serviço militar), absenteísmo por patologia profissional (todos os acidentes do trabalho e as doenças relacionadas ao trabalho), **absenteísmo por doença** (inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico), absenteísmo compulsório (impedimento involuntário, por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que o impossibilite chegar ao trabalho) (grifo nosso).

O absenteísmo por doença é um fenômeno multicausal que reflete as variações dos riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores em seu ambiente de trabalho; das desigualdades sociais e de saúde produzidas no ambiente de trabalho; aspectos das mudanças do mercado de trabalho, sociodemográficas, econômicas e do contexto organizacional (jornadas, turnos, hierarquias, divisão e fragmentação do trabalho, mecanismos de controle, vínculo empregatício, conteúdo da atividade) (ALEXANDERSON, 1998; REIS *et al.*, 2003), além de contemplar aspectos relativos às políticas de atenção à saúde dos trabalhadores adotadas nas instituições (GODOY, 2001).

O estudo das associações entre os fatores sociodemográficos, comportamentais e ocupacionais e o aumento dos percentuais do absenteísmo-doença têm sido crescente na produção científica (PRIMO, 2008; SALA *et al.*, 2009). A elevada prevalência do absenteísmo-doença entre as mulheres e a associação direta com o incremento da idade e os baixos níveis de rendimento e escolaridade têm sido consenso entre os diferentes tipos de estudo (MARMOT *et al.*, 1995; GODOY, 2001; GUIMARAES, 2005; SALA *et al.*, 2009; CUNHA; BLANK; BOING, 2009); o estado civil casado e a presença de crianças em casa mostrou-se associado à maior ocorrência de licenças médicas entre as mulheres (JANSEN *et al.*, 2006); a associação entre o sedentarismo e o incremento do absenteísmo por doença (SALDARRIAGA; MARTINEZ, 2007); a associação entre o vínculo empregatício e a maior frequência de licenças médicas entre os profissionais de enfermagem de um hospital universitário, para ambos os sexos (REIS *et al.*, 2003).

Diferentes estudos e contextos envolvendo o uso do indicador têm mostrado variações significativas nos percentuais do absenteísmo-doença (SILVA; MARZIALE, 2000; MESA; KAEMPFFER, 2004; SALA *et al.*, 2009). Sala *et al.*, (2009) identificaram diferenças expressivas entre unidades e agrupamento de funções exercidas e variações dos padrões de absenteísmo por doença segundo arranjos ocupacionais. Os maiores percentuais de absenteísmo foram localizados entre os servidores em funções operacionais e em funções assistenciais em hospitais. Silva e Marziale (2000) identificaram excesso de absenteísmo no ambiente hospitalar e encontraram variações importantes na porcentagem de tempo perdido por setor de trabalho e categoria ocupacional em um hospital universitário. Mesa e Kaempffer (2004) identificaram diferentes padrões de absenteísmo por setor de atividade econômica em uma revisão da literatura sobre o tema.

No Brasil, o aumento dos percentuais do absenteísmo-doença entre os servidores públicos² tem se constituído um problema para os gestores dos recursos humanos, por acarretar perdas de capacidades produtivas com repercussões na qualidade e

² De acordo com o Capítulo Único das Disposições Preliminares do Regime Jurídico Único – RJU, Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), Artigo 2º, define-se **Servidor** como “[...] a pessoa legalmente investida em cargo público” e, conforme disposto no Artigo 3º, **Cargo Público** representa o “conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor” (BRASIL, 1990) – grifo nosso.

organização dos serviços e aumento dos custos diretos e indiretos (CARNEIRO, 2006; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; SALA *et al.*, 2009).

O aumento da frequência de faltas ao trabalho representa problema sério e expressivo em uma instituição e tem importância para a saúde pública, uma vez que este fenômeno sinaliza um processo de adoecimento da força de trabalho, com repercussões na qualidade de vida do trabalhador e da sua família, na equipe de trabalho e na organização dos serviços com impacto no desenvolvimento da economia.

No âmbito das Instituições Federais de Ensino Superior - IFES, lócus de desenvolvimento deste estudo, a licença para tratamento da saúde é direito garantido a todo servidor com vínculo efetivo com a Administração Pública Federal e tem a duração mínima de um dia e máxima de 24 meses (Lei 8.112/90). Essa licença é concedida ao servidor que, por motivo de acidente ou doença, encontra-se incapacitado para o trabalho e/ou impossibilitado a locomover-se. Entende-se por incapacidade para o trabalho, a impossibilidade de o servidor desempenhar as atividades específicas ao seu cargo, função ou emprego, decorrentes das alterações patológicas consequentes aos agravos apresentados³. No presente estudo, serão incluídas as licenças para tratamento da saúde decorrente de doença ou procedimento médico, justificadas com atestado médico por 15 dias ou mais.

No setor público, a substituição do servidor afastado não é uma questão de simples resolução, pois envolve o dimensionamento de custos para contratação de pessoal, nem sempre possível, por vezes, o afastamento resulta em redistribuição das tarefas com sobrecarga de trabalho entre aqueles que permanecem e contribui para elevar a prevalência do presenteísmo, ou seja, a presença física do trabalhador no ambiente de trabalho, sem condições plenas de saúde para desempenhar suas atividades. De acordo com ARTEAGA *et al.* (2007), o presenteísmo torna crônico o adoecimento e contribui para subestimar os percentuais de absenteísmo-doença.

A ausência de um sistema com informações sistematizadas que possibilite avaliar o perfil epidemiológico dessa população tem se constituído em um dos principais

³Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Civis Federais (PORTARIA Nº 1.675, DE 6 DE OUTUBRO DE 2006). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Secretaria de Recursos Humanos.

problemas pontuados na literatura, dado que estes trabalhadores não pertencem ao Regime Geral de Previdência e Social - RGPS (CARNEIRO, 2006; SILVA *et al.*, 2007; CUNHA *et al.*, 2009; SALA *et al.*, 2009).

Estudos realizados com populações de funcionários públicos têm chamado a atenção para a relevância dos transtornos mentais e comportamentais e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo configurando entre os principais grupos de causas de morbidade e de incapacidade permanente entre esses servidores, sinalizam para o aumento das ausências de longa duração nesses grupos de causas. (GODOY, 2001; SAMPAIO *et al.* 2003; SILVA; MARZIALE, 2000; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS *et al.* 2003; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; GEHRING-JUNIOR *et al.*, 2007; SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2007; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; SALA *et al.* 2009).

Nestes estudos, as condições inadequadas de trabalho, o intenso desgaste físico e psíquico e o estresse ocupacional são apontados como os principais fatores associados à grande frequência de ausências por doença. Entende-se por condições de trabalho as circunstâncias às quais os servidores estão expostos mobilizando as suas capacidades físicas, cognitivas e psicológicas para atingir as metas e os objetivos da instituição (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). O ambiente físico e psíquico, os riscos ocupacionais e os meios disponíveis para o exercício da atividade, a organização e a divisão das tarefas (jornada de trabalho, turno, nível hierárquico, insuficiência de pessoal) e as condições salariais (SILVA; MARZIALE, 2000).

Condições de trabalho precárias resultam em perdas de capacidades produtivas, dias de trabalho perdidos e afastamento do trabalhador por doença. A interrupção do trabalho por motivo de saúde merece atenção da instituição, pois o conhecimento das causas do absenteísmo, especificamente as do absenteísmo por doença, possibilitará a implementação de medidas preventivas que, certamente, irão refletir na melhor condição do quadro de saúde dos trabalhadores, reduzir os custos com o adoecimento e aumentar a produtividade e motivação para o trabalho.

Assim, pretende-se investigar a contribuição dos fatores sociodemográficos e funcionais associados à maior ocorrência de licenças médicas para tratamento da

saúde entre trabalhadores de uma instituição federal de ensino superior na Bahia. O conhecimento do perfil epidemiológico dos afastamentos poderá subsidiar debates sobre a condição de saúde e doença dos servidores, nortear políticas de promoção da saúde e orientar a prevenção de doenças.

2 MÉTODO

2.1 Desenho e população do estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal, descritivo, com base de dados institucional e registros administrativos de Licenças para Tratamento da Saúde – LTS. A população de estudo constituiu-se de servidores públicos civis federais, ativos e os que solicitaram licença do trabalho para tratamento da saúde por 15 dias ou mais, de ambos os sexos, distribuídos em 48 unidades de ensino e pesquisa de uma instituição federal de ensino superior na Bahia.

O critério de inclusão adotado foi pertencer ao quadro funcional da instituição sob o Regime Jurídico Único – Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), pois somente nesses casos existiam registros de licenças para tratamento da saúde, durante o período 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2006. Foram incluídas as ocorrências com data de início entre janeiro e dezembro de 2006 e término entre os meses janeiro e maio de 2007. Foram excluídos 67 servidores que se aposentaram na duração da pesquisa.

Apesar de a legislação prever afastamentos motivados por doença com períodos inferiores a 15 dias, estes casos não foram incluídos no estudo e, na instituição, são administrados pela unidade em que o servidor está lotado.

2.2 Coleta dos dados

Os dados secundários institucionais foram obtidos da base de dados do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – SIAPE, sistema único para o gerenciamento da folha de pagamento e manutenção dos dados cadastrais dos

servidores civis federais de todo o funcionalismo público. Os dados das licenças para tratamento da saúde foram obtidos por meio do sistema de ocorrências funcionais da instituição. Todos os dados foram fornecidos pelo Centro de Processamento de Dados da IFE.

O diagnóstico da causa mórbida que motivou o afastamento foi obtido a partir de registros nos prontuários de atendimento no Serviço Médico da instituição. A extração dos dados e a classificação segundo a CID-10 (OMS, 2000) foi efetuada por duas estudantes de Enfermagem entre fevereiro e março de 2008. Foram incluídas as complicações relativas a gravidez, parto e puerpério e a doenças do aparelho geniturinário. As licenças decorrentes de parto e gestação não foram incluídas no estudo porque são ocorrências que não se constituem doença, apesar de gerarem longos períodos de ausência.

Essas informações foram incorporadas a uma base de dados única, sem identificação nominal, com o registro do total de ocorrências de afastamento por indivíduo, data de início e término da licença, a duração do afastamento por indivíduo, tipo da licença, o diagnóstico do afastamento e a presença ou ausência de licença médica, bem como as características sociodemográficas e funcionais.

Para geração da base de dados utilizou-se o Microsoft Access, versão 2003, e o pacote estatístico STATA v.8.0 para tratamento dos dados.

2.3 Descrição das variáveis

As variáveis do estudo foram agrupadas em:

- a) Características individuais: idade, sexo, escolaridade e estado civil;
- b) Características funcionais: tempo na instituição (< 9 anos, 10-19 anos, 20 anos e mais), cargo/ocupação, unidade de exercício, número de licenças médicas concedidas, ocorrência de licença médica (1- presença de licença médica por 15 dias ou mais e 0- ausência de licença no período definido), data de início e término da licença;

A ocupação e a unidade de exercício foram agrupadas em grandes categorias de análise conforme descritas adiante.

- c) Grupo de atividade: científicas (pedagogo, professor 3º grau, antropólogo, arqueólogo, músico, biólogo, arquiteto e urbanista, historiador), apoio técnico (todos os cargos de nível técnico, químico, redator, farmacêutico), assistência técnica (administrador, economista, engenheiro de área, procurador federal, estatístico, contador, assistente jurídico), administrativas (assistente de administração), assistenciais (médico de área, biomédico, assistente social, enfermeiro de área, auxiliares), operacionais e serviços gerais (armazenista, almoxarife, bombeiro, carpinteiro, porteiro, telefonista, motorista, auxiliar de laboratório etc.);
- d) Local de trabalho: Administração Central, Unidades de Ensino/Núcleos de Estudos e Museus, Complexo Hospitalar/Hospital de Medicina Veterinária e Centro de Processamento de Dados/Núcleo de Serviços Tecnológicos/Biblioteca Central.
- e) Diagnóstico do afastamento: definido como doença que motivou a licença codificada segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (OMS, 2000). Como existia dispersão com relação ao número de capítulos da CID-10, o que dificultaria a análise, agregamos os diagnósticos entre aqueles capítulos que apresentaram as maiores prevalências, constituindo assim os cinco principais grupos de causas na população.

2.4 Análise dos dados

Inicialmente realizaram-se análises descritivas objetivando caracterizar a população do estudo e o perfil dos trabalhadores que se ausentaram por doença segundo características sociodemográficas e funcionais, bem como mensurar o impacto e a magnitude dos afastamentos no período definido. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de distribuições de frequências (uni e bivariadas). As variáveis

contínuas (idade, número de ocorrências, tempo na instituição) foram categorizadas utilizando-se medidas de tendência central (média e/ou mediana).

Para verificar as diferenças entre as proporções foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson ou o Exato de Fischer (quando necessário). Estimou-se a magnitude das associações dos fatores sociodemográficos e funcionais em relação à ocorrência de licenças, mediante a razão chances (OR) com seu respectivo intervalo de confiança de 95% ajustado pela idade. O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Foram calculados e expressos os indicadores de absenteísmo sugeridos pelo Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional (QUICK; LAPERTOSA, 1982): o total de dias perdidos por doença, a gravidade (número de dias ausentes/número de empregados incluindo os ausentes) e a duração média dos episódios (número de dias perdidos/número de períodos) estratificados por sexo e discriminados por grupo etário, estado civil, escolaridade, tempo na instituição, grupo de atividade e local de trabalho.

Foi calculado o Índice de Absenteísmo – IA – proposto por Alves (1994), $IA = (\text{Total de dias perdidos} * 100) / (\text{total de servidores} * \text{total de dias de trabalho/ano})$. Utilizaram-se como denominadores todos os trabalhadores ativos contratados sob o regime jurídico único.

O índice do absenteísmo representa o percentual do número de homens/dia perdidos por ausência ao trabalho dividido pelo produto do efetivo de pessoal e o total de dias de trabalho no ano (ALVES, 1994). O uso desse indicador reflete a porcentagem do tempo não trabalhado em decorrência das licenças médicas na instituição.

Foi utilizado o programa estatístico STATA v.8.0 para cálculo dos indicadores e análise dos dados.

2.5 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (Parecer CEP nº 061-09 e Registro CEP nº 047-09). Foram asseguradas a confidencialidade e a privacidade dos dados e das informações e respeitados os princípios da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. O sigilo e o anonimato das informações foram garantidos quanto aos trabalhadores envolvidos na pesquisa, no sentido de preservar eticamente tanto no processo de desenvolvimento desta quanto do processo de tornar público os resultados obtidos.

3 RESULTADOS

3.1 Perfil sociodemográfico e funcional da população do estudo

A população do estudo foi composta por 5.312 servidores públicos ativos. Observamos na população o predomínio de mulheres (56,3%), enquanto os homens representaram 43,7%. Quanto à idade, os últimos parecem ser um pouco mais velhos, com idade mediana de 49 anos, 62,6% entre as faixas etárias 45-54 anos e 55 anos e mais. Entre as mulheres, a idade mediana foi 46 anos, 44,4% entre as faixas etárias < 35 anos e entre 35 a 44 anos. Em ambos os sexos, há maior proporção de casados(as); entre os homens 56,5% e entre as mulheres 43,1%. Nota-se maior proporção de solteiras (42,4%) quando comparadas aos homens (33,2%) (ver tabela 1).

No que tange aos níveis de escolaridade, ambos os sexos apresentaram maior proporção na categoria graduados e pós-graduados, 64% entre os homens e 60,4% entre as mulheres. Entre o nível técnico e o ensino médio, as mulheres foram mais representadas (34%); entre os menos escolarizados os homens (13,7%) foram mais representados (ver tabela 1).

Para a caracterização funcional dos servidores utilizamos o tempo na instituição, a atividade e o local de trabalho. A distribuição do tempo na instituição aponta para a renovação do quadro funcional com maior proporção entre as mulheres. Constatamos que, cerca de 60% das mulheres, exercem suas atividades com tempo inferior a 19 anos e 40,3% há 20 anos e mais. Entre os homens, 51,2% exercem suas atividades na instituição há 20 anos e mais e observamos distribuição similar entre aqueles com tempo inferior a 9 anos (23,6%) e aqueles com tempo entre 10 a 19 anos (25,1%) (ver tabela 1).

Constatamos diferenças significantes entre homens e mulheres na população com relação à atividade que exercem. Os homens foram mais representados entre as atividades científicas (44,7%) e operacionais/serviços gerais (19%), enquanto as

mulheres se distribuem em maior proporção entre as atividades assistenciais (30,4%), científicas (29%) e administrativas (20%) (ver tabela 1).

A distribuição dos servidores por local de trabalho (unidade de exercício) mostra que em maior proporção, os homens estão lotados em Unidades de Ensino/Núcleos de Estudos e Museus 63,4%, enquanto as mulheres representaram 47,4% do quadro funcional. A situação inverte-se no Complexo Hospitalar/Hospital de Medicina Veterinária, no qual as mulheres representaram 38,8% do quadro funcional e os homens 17,5%. Os demais servidores se distribuem entre a Administração Central/CPD/Núcleo de Serviços Tecnológicos e a Biblioteca Central, dos quais 18,9% são homens e 13,8% são mulheres (ver tabela 1).

3.2 Magnitude dos afastamentos segundo fatores sociodemográficos e funcionais

Na tabela 1, apresentamos a distribuição e a magnitude das ocorrências de afastamento na população do estudo segundo as características sociodemográficas e funcionais. Na distribuição etária, observamos entre os homens a associação positiva e estatisticamente significativa entre a ocorrência de licenças e a idade; as maiores prevalências e chances de ocorrência de licenças localizaram-se entre aqueles com 35 a 44 anos (OR=2,83; IC95%: 1,17-6,86) e 55 anos e mais (OR=3,17; IC95% 1,32-7,59), quando comparados com aqueles com idade < 35 anos. Há pequeno decréscimo na prevalência (5,1%) e chance de ocorrência de licenças entre aqueles com 45 a 54 anos (OR=2,61: IC95% 1,10-6,21), quando comparados com aqueles com idade < 35 anos.

Entre as mulheres, notam-se variações na frequência de licenças por grupo etário sendo mais frequente entre aquelas com 45 a 54 anos (46,7%). Neste grupo, a prevalência de absenteísmo foi de 12,4% e a associação entre a ocorrência de licenças e a idade foi positiva e estatisticamente significativa (OR=1,57; IC 95%:1,08-2,27), quando comparadas com aquelas com idade < 35 anos. Chama a atenção a elevada prevalência de ausências no grupo etário 55 anos e mais (10,6%).

Os resultados apontam para diferenças proporcionais da ocorrência de licenças entre sexo e idade (valor de $p_{\text{Pearson}} = 0,001$).

Com relação ao estado civil, nota-se que entre os homens a maior frequência de afastamentos ocorreu entre os casados (60,7%), seguida dos solteiros (31,6%); os casados apresentaram a maior prevalência (5,4%) de ausências. Entre as mulheres, as maiores frequências ocorreram entre as solteiras (44,2%) contra 39,3% entre as casadas. Neste grupo, as maiores prevalências de ausências estão entre as separadas/viúvas/divorciadas (11,8%) e solteiras (10,7%). Contudo, para ambos os sexos a associação entre a ocorrência de licenças e o estado civil não foi estatisticamente significativa. Foram estatisticamente significantes as diferenças proporcionais da ocorrência de licenças entre sexo e estado civil (valor de $p_{\text{Pearson}} = 0,000$).

Os resultados apontam para a relação inversamente proporcional entre escolaridade e a prevalência de ausências. A associação entre a ocorrência de licenças e a escolaridade foi positiva e estatisticamente significativa para ambos os sexos. Entre os homens com níveis de escolaridade técnico/médio, a chance de ocorrência de licenças foi 4 vezes superior (IC95%:2,53-6,22) e entre aqueles menos escolarizados a chance foi 3,6 vezes superior (IC95%:2,20-5,80) quando comparados com os indivíduos graduados/pós-graduados. Entre as mulheres, a chance de ocorrência de licenças entre as menos escolarizadas foi 2,7 vezes superior (IC95%:1,75-4,14) e entre aquelas com nível técnico e médio foi 2,2 vezes superior (IC95%:1,68-2,78) quando comparadas com as graduadas/pós-graduadas. Foram estatisticamente significantes as diferenças proporcionais da ocorrência de licenças entre sexo e escolaridade (valor de $p_{\text{Pearson}} = 0,000$).

A contribuição do tempo na instituição e a ocorrência das licenças apontam a associação positiva e estatisticamente significativa entre aqueles(as) com 20 anos e mais para ambos os sexos. Entre os homens, 67,5% das ocorrências foram geradas entre aqueles com 20 anos e mais e a prevalência de ausências foi de 6,6%. A chance de ocorrência de licenças neste grupo foi 3 vezes superior (IC 95%: 1,46-6,00), quando comparado àquele com tempo ≤ 9 anos. Entre as mulheres, 50% das ocorrências foram geradas entre aquelas com 20 anos e mais. Neste grupo, a chance de ocorrência de licenças foi de 1,6 vezes superior (IC 95%: 1,11-2,34),

quando comparada com aquela com tempo ≤ 9 anos e a prevalência de ausências foi de 12,7%. Foram estatisticamente significantes as diferenças proporcionais da ocorrência de licenças entre sexo e o tempo na instituição (valor de $p_{\text{Pearson}}=0,003$).

Identificamos associações positivas e estatisticamente significantes entre a ocorrência de licenças e o grupo de atividade para ambos os sexos. Observamos que, quando comparadas com as atividades científicas, entre os homens, as atividades administrativas e as operacionais/serviços gerais apresentaram as maiores prevalências, 7,5% e 10,2% respectivamente, bem como as maiores chances de ocorrências de licenças, 4,7 vezes (IC95%: 2,59-8,40) e 5,5 vezes (IC95%: 3,27-9,36). Entre as mulheres, as maiores prevalências estão entre as atividades assistenciais (15,5%), administrativas (13,2%) e operacionais/serviços gerais (12,7%), bem como as maiores chances de ocorrência de licenças; as assistenciais apresentaram 6,4 vezes superior (IC95%: 4,22-9,82), as administrativas 4,8 vezes superior (IC95%: 3,08-7,47) e as operacionais/serviços gerais 4,2 vezes superior (IC95%: 2,47-7,26), quando comparadas com as atividades científicas. Foram estatisticamente significantes as diferenças proporcionais da ocorrência de licenças entre o grupo de atividade e o sexo (valor de $p_{\text{Pearson}}=0,000$).

A associação entre a ocorrência de licenças e o local de trabalho foi positiva e estatisticamente significativa para ambos os sexos. Os homens lotados em Unidades de Ensino contribuíram com 50,4% do total de ocorrências, enquanto na Administração Central/CPD/NST/Biblioteca Central e no Complexo Hospitalar/Hospital de Medicina Veterinária observamos que a frequência de afastamentos foi de 49,6% e as maiores prevalências 7,3% e 6,4% respectivamente. Nestas unidades, as chances de ocorrência de licenças foram semelhantes 1,9 vezes superior (IC95%: 1,16-3,07) e 1,9 vezes superior (IC95%: 1,24-3,03), quando comparadas com as Unidades de Ensino.

Entre as mulheres, 56,8% do total de ocorrências concentraram-se no Complexo Hospitalar/Hospital de Medicina Veterinária. As unidades que apresentaram as maiores prevalências de ausências foram o Complexo Hospitalar/Hospital de Medicina Veterinária (15,1%) e a Administração Central/CPD/NST/Biblioteca Central (10,5%). A chance de ocorrência de licenças nestas unidades foram

respectivamente 2,9 vezes superior (IC95%:2,24-3,87) e 1,7 vezes superior (IC95%:1,19-2,56) quando comparadas com as unidades de ensino. As diferenças proporcionais da ocorrência de licenças entre sexo e o local de trabalho foram estatisticamente significantes (valor de $p_{\text{Pearson}}=0,000$).

Tabela 1 – Características sociodemográficos e funcionais associadas à ocorrência de licenças entre os funcionários ativos por sexo (N=5.312 servidores e n=425 servidores com licença) na IFES, durante o período de janeiro a dezembro de 2006

Características sociodemográficas e funcionais	População* N (%)	Homens (N = 2.322)				Mulheres (N = 2.990)				
		Ocorrência de Licença N (%)	Prev (%)	OR**	IC 95%	População* N (%)	Ocorrência de Licença N (%)	Prev. (%)	OR**	IC 95%
Grupo etário (p=0,001)		N=117				N=308				
< 35 anos	300 (12,9)	6 (5,1)	2,0	1,0		484 (16,2)	40 (13,0)	8,3	1,0	
35 a 44 anos	568 (24,5)	31 (26,5)	5,4	2,83	1,17 - 6,86	843 (28,2)	71 (23,0)	8,4	1,02	0,68 - 1,53
45 a 54 anos	829 (35,7)	42 (35,9)	5,1	2,61	1,10 - 6,21	1.162 (38,9)	144 (46,7)	12,4	1,57	1,08 - 2,27
55 e mais	625 (26,6)	38 (42,5)	6,1	3,17	1,32 - 7,59	501 (16,8)	53 (17,2)	10,6	1,31	0,85 - 2,02
Estado civil (p=0,000)										
Solteiro(a)	771 (33,2)	37 (31,6)	4,8	1,0		1.268 (42,4)	136 (44,2)	10,7	1,0	
Casado(a)	1.312 (56,5)	71 (60,7)	5,4	0,96	0,63 - 1,48	1.288 (43,1)	121 (39,3)	9,4	0,83	0,64 - 1,08
Separado(a)/Div.(a)/Viúvo(a)	239 (10,3)	9 (7,7)	3,8	0,64	0,30 - 1,36	434 (14,5)	51 (16,6)	11,8	1,00	0,70 - 1,42
Escolaridade (p=0,000)										
Graduação/Pós-graduação	1.485 (63,9)	41 (35,0)	2,8	1,0		1.806 (60,4)	132 (42,9)	7,3	1,0	
Nível Técnico/Médio	519 (22,3)	45 (38,5)	8,7	3,96	2,53 - 6,22	1.016 (34,0)	144 (46,7)	14,2	2,16	1,68 - 2,78
Alfabetizado/Fundamental	318 (13,7)	31 (26,5)	9,7	3,57	2,20 - 5,80	168 (5,6)	32 (10,4)	19,0	2,69	1,75 - 4,14
Tempo na Instituição (p=0,003)										
≤ 9 anos	549 (23,6)	13 (11,1)	2,4	1,0		854 (28,6)	68 (22,1)	8,0	1,0	
10 a 19 anos	584 (25,1)	25 (21,4)	4,3	1,85	0,91 - 3,77	925 (30,9)	86 (27,9)	9,3	1,16	0,81 - 1,65
20 anos e mais	1.189 (51,2)	79 (67,5)	6,6	2,96	1,46 - 6,00	1.211 (40,5)	154 (50,0)	12,7	1,61	1,11 - 2,34
Atividade (p=0,000)										
Científicas	1.038 (44,7)	22 (18,8)	2,1	1,0		867 (29,0)	29 (9,4)	3,3	1,0	
Apoio Técnico/Ass.Técnica	245 (10,6)	12 (10,3)	4,9	2,78	1,34 - 5,73	388 (13,0)	30 (9,7)	7,7	2,66	1,57 - 4,51
Administrativas	372 (16,0)	28 (23,9)	7,5	4,67	2,59 - 8,40	597 (20,0)	79 (25,6)	13,2	4,80	3,08 - 7,47
Assistenciais	226 (9,7)	10 (8,6)	4,4	2,60	1,20 - 5,63	910 (30,4)	141 (45,8)	15,5	6,44	4,22 - 9,82
Operacionais/Serviços Gerais	441 (19,0)	45 (38,5)	10,2	5,53	3,27 - 9,36	228 (7,6)	29 (9,4)	12,7	4,23	2,47 - 7,26
Local de trabalho* (p=0,000)										
Unidades de Ensino	1.471 (63,6)	59 (50,4)	4,0	1,0		1.417 (47,4)	90 (29,2)	6,4	1,0	
Núcleos de Estudos e Museus										
Complexo Hospitalar	405 (17,5)	26 (22,2)	6,4	1,89	1,16 - 3,07	1.160 (38,8)	175 (56,8)	15,1	2,94	2,24 - 3,87
Hospital Medicina Veterinária										
Adm.Central/CPD/NST/Bib.Cent.	437 (18,9)	32 (27,4)	7,3	1,94	1,24 - 3,03	411 (13,8)	43 (14,0)	10,5	1,75	1,19 - 2,56

Fonte: SIAPE e Sistema de Ocorrências Funcionais, ano-base dez-2006.

Nota: *População ativa, inclui os servidores afastados por doença; **Ajuste pela idade; # N=2.313 dos Homens e N=2.988 das Mulheres.

Valor de p obtido pelo Teste Qui-quadrado de Pearson.

3.3 Análise da contribuição dos fatores sociodemográficos e funcionais

Para avaliar o impacto dos afastamentos no conjunto do trabalho realizado na instituição, fez-se necessário analisar os indicadores de absenteísmo-doença recomendados pelo Subcomitê de Absenteísmo de Saúde Ocupacional, considerando-se a contribuição dos fatores sociodemográficos e funcionais.

Tabela 2 – Distribuição dos indicadores do absenteísmo por doença nas IFES globais e por sexo, para todas as ocorrências geradas durante o ano de 2006

Indicadores	Global	Homens	Mulheres
População	5.312 (100,0)	2.322 (43,7%)	2.990 (56,3%)
Total de episódios de afastamentos por 15 dias ou mais	1.283 (100,0)	396 (30,9%)	887 (69,1%)
Prevalência do absenteísmo-doença por 15 dias ou mais	425 (8,0%)	117 (5,0%)	308 (10,3%)
Índice de absenteísmo (IA%)	2,2%	1,9%	2,5%
Total de dias perdidos por doença	43.031*	16.012 (37,2%)	27.019 (62,8%)
Índice de gravidade (em dias)	8,1 dias	7,0 dias	9,0 dias
Duração média dos episódios de afastamento (em dias)	33,5 dias	40,4 dias	30,5 dias

Fonte: SIAPE e Sistema de Ocorrências Funcionais da IFE, ano-base dez-2006.

*Foram inseridas ocorrências com data de início no ano de 2006 e término entre jan e maio de 2007.

Notas: IA = (Total de dias perdidos * 100)/(Total de servidores * Total de dias de trabalho (365)).

Gravidade = Total de dias perdidos/Total de servidores

Duração média dos episódios = Total de dias perdidos/Total de episódios.

Durante o período do estudo, 425 (8%) servidores solicitaram licenças para tratamento da saúde por 15 dias ou mais, entre os 5.312 servidores ativos. Para este subgrupo foram concedidas 1.283 licenças, as mulheres foram responsáveis por 69,1% destes episódios e os homens 30,9%.

Estas licenças corresponderam ao total de 43.031 dias perdidos por doença, do qual as mulheres representaram 62,8% do total contra 37,2% dos homens (ver tabela 2). Ao total de dias perdidos, foram incluídas as ocorrências com data de início entre janeiro e dezembro de 2006 e término entre os meses janeiro e maio de 2007, com

um total de dias perdidos de 5.055 que correspondeu a 11,7% do total global (dado não apresentado).

Estes valores corresponderam ao índice global do absentismo-doença (IA) de 2,2%, 1,9% entre os homens e 2,5% entre as mulheres. A prevalência de ocorrências de licenças foi de 8%, entre as mulheres 10,3% e 5% entre os homens (ver tabela 1).

A média de episódios de licenças médicas por trabalhador (inicial e prorrogações) foi de 2,10 (DP=1,04), entre os homens 2,15 (DP=0,95) e 2,08 (DP=1,08) entre as mulheres (dado não apresentado). A duração média dos episódios foi maior entre os homens (40,4 dias), enquanto a gravidade do absentismo foi maior entre as mulheres (9,0 dias). A duração média global dos episódios foi de 33,5 dias (ver tabela 2).

Nas tabelas 3 e 3a, apresentamos os percentuais de absentismo, o total de dias perdidos, a gravidade e a duração e razão média dos episódios estratificados por sexo segundo características sociodemográficas e funcionais. Como não havia na instituição estudo anterior que permitisse a comparação com relação aos índices de absentismo-doença deste estudo, tomou-se como alto ou elevado na análise todos os índices com valores superiores aos valores médios globais.

Os indicadores de absentismo-doença confirmam resultados semelhantes às medidas epidemiológicas utilizadas com relação ao grupo etário. Para ambos os sexos, nota-se que a maior contribuição dos afastamentos (IA), a maior gravidade e a duração média dos episódios concentraram-se nas faixas etárias 45 a 54 anos e 55 anos e mais. Contudo, entre as mulheres, a maior gravidade do absentismo localizou-se entre aquelas com 45 a 54 anos (12,4 dias). A duração média dos episódios foi maior entre os homens em praticamente todos os grupos etários.

Com relação ao estado civil, para ambos os sexos, a maior contribuição de dias perdidos ocorreu entre os casados(as) e os homens apresentaram maior duração média dos episódios quando comparados com as mulheres. Entre as mulheres, apesar das casadas apresentarem maior contribuição com relação ao total de dias perdidos (11.545), ao se comparar com as separadas/divorciadas/viúvas, observou-

se neste grupo aumento nos índices de absentéismo (3,7%) sinalizando maior gravidade (13,4 dias). Nota-se entre os homens casados, situação inversa, na qual há redução nos índices de absentéismo na categoria separados/divorciados/viúvos (IA, gravidade e na duração média dos episódios). Observou-se também que a duração média dos episódios (44 dias) foi semelhante para as categorias solteiros e separados/viúvos/divorciados.

Observaram-se expressivas variações entre os níveis de escolaridade e o índice de absentéismo-doença para ambos os sexos. Entre os homens, o maior IA (3,2%) e a maior gravidade (11,6 dias) concentraram-se entre aqueles de nível técnico/médio e os menos escolarizados (2,6%) e a gravidade representou 9,7 dias. Entre os graduados e pós/graduados, constatou-se maior total de dias perdidos (6.899) e maior duração média dos episódios (60 dias) e menor IA (1,3%). Entre as mulheres, há relação inversa entre os níveis de escolaridade e os percentuais de absentéismo-doença. Neste grupo, observa-se que o maior IA (4,6%) e a maior gravidade (16,9) concentraram-se entre as menos escolarizadas (4,6%) e as de nível técnico/médio (3,6%) com o maior total de dias perdidos (13.510) e gravidade (13,3); a duração média dos episódios foi semelhante para ambas as categorias. Entre as mais escolarizadas graduadas e pós/graduadas, observou-se menor IA (1,6%) e um valor relativamente alto de dias perdidos por doença (10.615) e maior duração média dos episódios superior as de menores níveis de escolaridade (41,3 dias).

Os dados mostram relação direta entre o tempo na instituição e o aumento dos índices de absentéismo-doença entre aqueles com maior tempo para ambos os sexos. A maior contribuição de dias perdidos por doença, o maior IA e a maior gravidade, concentraram-se entre aqueles com 20 anos e mais, para ambos os sexos. Entre os homens, observamos grandes variações na duração média dos episódios quando comparados com as mulheres.

Os resultados apontam para expressivas variações nos índices de absentéismo com relação aos grupos de atividade e sexo. Entre os homens, o menor IA localizou-se entre aqueles que exercem atividades assistenciais (0,8%) enquanto a maior contribuição de ausências localizou-se entre os que exercem atividades operacionais (3,0%) e serviços gerais (3,2%), assim como a maior gravidade (11 dias) e (11,5 dias) respectivamente. Entre os que exercem atividades administrativas, a

contribuição foi relativamente alta IA (2,9%), o total de dias perdidos por doença foi de 3.927, a gravidade 10,6 dias e a duração média dos episódios 42,7 dias. Chama a atenção, no estudo, a maior contribuição das atividades com elevados níveis de qualificação, como as científicas, com relação ao total de dias perdidos (4.418) e a duração média dos episódios (59,7 dias) e a assistência técnica, com um IA de 2,6% e uma duração média dos episódios de 43,6 dias e o apoio técnico com duração média dos episódios de 77,3 dias.

Entre as mulheres, quando comparadas aos homens, observa-se a inversão com relação às atividades que mais contribuíram com o aumento das taxas de absenteísmo-doença na IFE. Neste grupo, as atividades que apresentaram o maior total de dias perdidos por doença e maior gravidade em ordem de importância foram as assistenciais (10.306) e (11,3 dias), administrativas (7.078) e (11,9 dias), de apoio técnico (2.998) e (8,8 dias). Merece destaque aquelas que desenvolvem atividades relativas aos serviços gerais, nas quais se observa o maior IA (4,8%) e a maior gravidade (17,4 dias) e menor duração média dos episódios (29,6 dias). As atividades com elevados níveis de qualificação, como as científicas e assistência técnica, apresentaram a maior duração média de episódios 51,8 dias e 96,4 dias respectivamente e o menor IA.

Os servidores lotados nas Unidades de Ensino, no Complexo Hospitalar e na Administração Central foram responsáveis pela maior contribuição para o total de dias perdidos por doença na IFE. Entre os homens, destacam-se as Unidades de Ensino com o total de 10.720 dias perdidos e a duração média dos episódios de 57,0 dias. Chama a atenção, entre os servidores lotados no CPD/Núcleo de Serviços Tecnológicos e na Biblioteca Central, o IA de 5,3% e a maior gravidade 19,4 dias. Entre as mulheres, em ordem de importância, destaca-se o Complexo Hospitalar/Hospital de Medicina Veterinária com um IA de 3,3%, correspondente a 14.127 dias perdidos por doença e gravidade de 12,2 dias; as lotadas nas Unidades de Ensino/Núcleos de Estudos e Museus contribuíram com 9.035 dias perdidos, a Administração Central com um IA de 2,2%, correspondente ao total de dias perdidos de 2.593, gravidade de 8,2 dias e duração média dos episódios de 39,9 dias.

3.4 Principais grupos de causas para o afastamento do trabalho

Na tabela 4, apresentamos a distribuição das ocorrências que motivaram as licenças segundo os capítulos da CID-10 (OMS, 2000). Do total de licenças concedidas (1.283), foram classificadas quanto ao diagnóstico 1.094 (85,3%), correspondentes a 364 servidores, 6,8% do total de servidores ativos (N=5.312) e 85,6% do total de servidores que solicitaram licenças (n=425).

Ocorreu perda de diagnóstico de 189 casos de ocorrências não incluídos na base pelos seguintes motivos: prontuários não disponibilizados (72%) ou não registrados pelo Serviço Médico – SAME – da IFE (18,5%); prontuários contendo informações ilegíveis (1,1%), além de 16 casos correspondentes a licenças de funcionários pertencentes à Escola de Enfermagem (8,5%). Por sugestão do comitê de ética, não foram levantados os dados de afastamento dos servidores da Escola de Enfermagem, diante do fato de que as responsáveis pela coleta do diagnóstico eram estudantes daquela escola.

De acordo com os capítulos da CID-10, os cinco grupos de diagnósticos com maior frequência de LTS na IFE foram, pela ordem de importância, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (34,5%), os transtornos mentais e comportamentais (24,9%), as neoplasias (9,3%), as lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (9,3%), as doenças do aparelho circulatório (7,4%) e os demais grupos de causas (14,4%).

Na categoria demais grupos de causas, foram inseridos os seguintes capítulos da CID-10: fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (2,9%); doenças do sistema nervoso (2,7%); doenças do olho e anexos (1,9%); doenças infecciosas e parasitárias (0,4%); doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (0,01%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (1,6%); doenças do aparelho geniturinário (1,3%); doenças do aparelho respiratório (0,3%); doenças do aparelho digestivo (1,7%); doenças da pele e do tecido subcutâneo (0,5%); consequências de gravidez, parto e puerpério (0,5%); malformações congênitas, deformidades e anomalias

cromossômicas (0,2%); sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (0,5%).

Os homens representaram 31,5% do total de ocorrências diagnosticadas, correspondentes a 13.934 dias perdidos por doença. A distribuição dos afastamentos neste grupo, pela ordem de importância, foram os transtornos mentais e comportamentais (29,6%), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (28,7%), doenças do aparelho circulatório (13,9%), lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (9,9%) e demais grupos de causas (11%). Entre os diagnósticos que corresponderam ao maior total de dias perdidos estão os transtornos mentais e comportamentais, com 5.054 dias e duração média dos episódios de 49,5 dias; as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com 2.722 dias e duração média dos episódios de 27,5 dias e as doenças do aparelho circulatório, com 2.150 dias perdidos e duração média dos episódios de 44,8 dias. As neoplasias apresentaram a maior duração média de episódios (53 dias) quando comparadas com os demais diagnósticos.

As mulheres corresponderam a 68,5% do total de ocorrências diagnosticadas e contribuíram com 23.505 dias perdidos por doença. As ocorrências de afastamento, pela ordem de importância, foram distribuídas entre as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (37,1%), os transtornos mentais e comportamentais (22,8%), as neoplasias (10,4%), lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (9,1%), doenças do aparelho circulatório (4,4%). Os diagnósticos, que corresponderam ao maior total de dias perdidos por doença, estão distribuídos entre as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com 8.178 dias e duração média dos episódios de 29,4 dias; os transtornos mentais e comportamentais, com 5.570 dias e duração média dos episódios 32,6 dias; as neoplasias, com 3.663 dias e duração média dos episódios de 47 dias.

Tabela 3 - Perfil do absenteísmo-doença por sexo segundo características sociodemográficas e funcionais dos servidores que solicitaram licenças para tratamento da saúde na IFES, geradas durante no período janeiro a dezembro de 2006 (n=425)

Características sociodemográficas e funcionais	Indicadores do absenteísmo por doença								Razão da duração média dos episódios H:M
	Homens (H) 117 (27,5%)				Mulheres (M) 308 (72,5%)				
	IA (%)	Total de dias perdidos	Gravidade (em dias)	Duração média dos episódios	IA (%)	Total de dias perdidos	Gravidade (em dias)	Duração média dos episódios	
Grupo Etário									
< 35 anos	0,1	155	0,5	51,7	1,0	1.769	3,7	45,4	1,13
35 - 44 anos	1,8	3.723	6,6	33,2	1,9	5.827	6,9	35,3	0,94
45 - 54 anos	2,0	6.163	7,4	50,9	3,4	14.447	12,4	34,2	1,49
55 anos e mais	2,6	5.971	9,6	56,3	2,7	4.916	9,8	40,0	1,41
Estado Civil									
Solteiro(a)	1,6	4.398	5,7	44,4	2,1	9.608	7,6	36,5	1,22
Casado(a)	2,2	10.363	7,9	48,2	2,5	11.545	9,0	34,9	1,38
Separado(a)/Div.(a)/Viúvo(a)	1,4	1.251	5,2	44,7	3,7	5.806	13,4	37,5	1,19
Escolaridade									
Graduação/Pós-graduação**	1,3	6.899	4,6	60,0	1,6	10.615	5,9	41,3	1,45
Nível Técnico/Médio	3,2	6.038	11,6	40,5	3,6	13.510	13,3	33,2	1,22
Alfabetizado/Fundamental*	2,6	3.075	9,7	39,4	4,6	2.834	16,9	33,3	1,18
Tempo na Instituição									
< 5 anos	0,3	483	1,2	30,2	1,2	2.727	4,4	42,0	0,72
5 a 9 anos	1,7	880	6,0	110,0	1,7	1.390	6,0	40,9	2,69
10 a 19 anos	1,4	3.079	5,3	38,0	2,3	7.910	8,6	32,7	1,16
20 anos e mais	2,7	11.570	9,7	48,8	3,4	14.932	12,3	36,6	1,33

Fonte dos Dados: SIAPE e Sistema de Ocorrências Funcionais, ano-base dez-2006.

Notas: *Fundamental incompleto e completo **Aperfeiçoamento/Especialização/Mestrado/Doutorado.

IA = (Total de dias perdidos * 100)/(Total de servidores * Total de dias de trabalho (365))

Gravidade = Total de dias perdidos/Total de servidores - Duração média dos episódios = Total de dias perdidos/Total de episódios

Tabela 3a - Perfil do absenteísmo-doença por sexo segundo grupo de atividade e unidade de exercício dos funcionários que solicitaram licença para tratamento da saúde na IFES, geradas durante o período janeiro a dezembro de 2006 (n=425)

Características sociodemográficas e funcionais	Indicadores de absenteísmo por doença								Razão da duração média dos episódios H:M
	Homens (H) 117 (27,5)				Mulheres (M) 308 (72,5)				
	IA (%)	Total de dias perdidos	Gravidade	Duração média dos episódios	IA (%)	Total de dias perdidos	Gravidade	Duração média dos episódios	
Grupo de Atividade									
Científicas	1,2	4.418	4,3	59,7	0,9	2.743	3,2	51,8	1,15
Apoio Técnico	2,3	1.700	8,4	77,3	2,4	2.998	8,8	35,3	2,19
Assistência Técnica	2,6	392	9,3	43,6	3,9	675	14,1	96,4	0,45
Administrativas	2,9	3.927	10,6	42,7	3,2	7.078	11,9	34,4	1,24
Assistenciais	0,8	631	2,8	28,7	3,1	10.306	11,3	33,9	0,85
Operacionais	3,0	3.131	11,0	39,1	3,0	1.354	10,9	41,0	0,95
Serviços Gerais	3,2	1.813	11,5	42,2	4,8	1.805	17,4	29,6	1,42
Local de Trabalho									
Administração Central	1,5	2.139	5,6	35,1	2,2	2.593	8,2	39,9	0,88
Unidades de Ensino	2,0	10.720	7,3	57,0	1,7	9.035	6,4	37,3	1,53
Núcleos de Estudos e Museus									
Complexo Hospitalar Hospital de Medicina Veterinária	1,4	2.046	5,1	33,0	3,3	14.127	12,2	34,6	0,95
CPD e Núcleo de Serv. Técnicos	5,3	1.107	19,4	35,7	3,5	1.204	12,8	35,4	1,00
Biblioteca Central									

Fonte dos Dados: SIAPE e Sistema de Ocorrências Funcionais, ano-base dez-2006.

Notas: IA=(Total de dias perdidos * 100)/(Total de servidores * Total de dias de trabalho (365))

Gravidade = Total de dias perdidos/Total de servidores

Duração média dos episódios = Total de dias perdidos/Total de períodos

Tabela 4 - Distribuição das ocorrências de licenças médicas por sexo segundo diagnóstico do afastamento (CID-10) (n=1.094 ocorrências de afastamento com diagnóstico) na IFES, geradas durante o período janeiro a dezembro de 2006

Principais grupos de causas (CID-10)	Índices de absenteísmo por doença						
	n (%)	Homens (31,5%)			Mulheres (68,5%)		
		n (%)	Total de dias perdidos	Duração média dos episódios	n (%)	Total de dias perdidos	Duração média dos episódios
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	377 (34,5)	99 (28,7)	2722	27,5	278 (37,1)	8178	29,4
Transtornos mentais e comportamentais	273 (24,9)	102 (29,6)	5054	49,5	171 (22,8)	5570	32,6
Neoplasias	102 (9,3)	24 (7,0)	1273	53,0	78 (10,4)	3663	47,0
Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas	102 (9,3)	34 (9,9)	1323	38,9	68 (9,1)	2029	29,8
Doenças do aparelho circulatório	81 (7,4)	48 (13,9)	2150	44,8	33 (4,4)	1073	32,5
Demais grupos de causas*	159 (14,5)	38 (11,0)	1412	37,2	121 (16,1)	2992	24,7
Totais	1.094 (100,0)	345 (100,0)	13.934	40,4	749 (100,0)	23.505	31,4

Fonte dos Dados: Serviço Médico da Instituição e Sistema de Ocorrências Funcionais, ano-base dez-2006.

Notas: Duração média dos episódios=Total de dias perdidos/Total de episódios.

4 DISCUSSÃO

Este trabalho teve por objetivo investigar a contribuição dos fatores sociodemográficos e funcionais associados com a maior ocorrência de licenças médicas para tratamento da saúde entre trabalhadores de uma instituição federal de ensino superior na Bahia. Contudo, antes de discutir as contribuições dos resultados apresentados, devem-se pontuar alguns aspectos conceituais e metodológicos relacionados à utilização desse indicador, bem como as limitações do estudo.

Os dados das ocorrências de Licenças Médicas para Tratamento da Saúde – LTS – não possibilitam inferências quanto aos determinantes do adoecimento entre estes servidores e tampouco será possível estabelecer associações claras e diretas dessas afecções com o local de trabalho e/ou atividades por eles desempenhadas. Contudo, o uso do absenteísmo-doença como indicador de avaliação epidemiológica destes trabalhadores possibilitará a construção de hipóteses e questões que dizem respeito à relação saúde-doença/trabalho na instituição, bem como será fundamental para orientar o planejamento das ações dos serviços de atenção à saúde do trabalhador.

Essa investigação foi composta por trabalhadores com vínculo efetivo e estabilidade no emprego, grupo no qual praticamente inexistente o desligamento por demissão e o possível efeito do trabalhador sobrevivente ou efeito do trabalhador ativo pode ser considerado mínimo (ARAÚJO *et al.*, 2003; GUIMARÃES *et al.*, 2006). Os diagnósticos dos afastamentos não identificados não representaram diferenciais significativos com relação às características sociodemográficas e funcionais da população do estudo.

No presente trabalho, por questões operacionais, não foram analisadas as licenças com períodos inferiores a 15 dias. Ao desconsiderar essas ocorrências, este estudo poderá subestimar o universo das ausências ao trabalho decorrentes de doença na IFE. Outro aspecto a se considerar é de não haver pretensão de estudar qualquer associação das doenças diagnosticadas com o trabalho, mesmo tendo-se conhecimento de que entre estes servidores existem aqueles que trabalham nas

áreas da saúde e educação e que estão expostos a uma grande diversidade de riscos geradores de desgaste físico e psíquico.

De acordo com Sala *et al.* (2009), no serviço público existem situações em que as ausências motivadas por doença não são qualificadas como tal, são tratadas apenas como “faltas abonadas” ou “faltas justificadas”, bem como as ausências por doença de um único dia que são administradas na própria unidade. Estes mecanismos contribuem para subestimar a real situação do absenteísmo-doença nas instituições públicas.

Ainda há que se considerar outro aspecto, o da comparabilidade dos índices de absenteísmo-doença. A literatura apresenta o quadro geral do fenômeno por setor de atividade econômica e categorias ocupacionais específicas (enfermeiros, docentes, médicos, trabalhadores braçais), evidenciam as diferenças nas definições e construção dos indicadores, bem como diferenças relativas às condições socioeconômicas e demográficas da população investigada, o que torna difícil estabelecer um quadro comparativo para que se possa avaliar com segurança, a magnitude dos índices calculados no presente estudo com a literatura existente.

Os resultados do estudo mostraram diferenças relevantes com relação ao perfil da população e dos afastamentos segundo gênero. Observamos, na população ativa, o predomínio de mulheres mais jovens, casadas e solteiras, com elevados níveis de escolaridade e que, em maior proporção, estas se distribuem entre as atividades assistenciais, científicas e administrativas. Entre os homens, relativamente mais velhos, em maior proporção predominaram os casados com elevados níveis de escolaridade. Entre os menos escolarizados, estes foram mais representados e concentraram-se entre as atividades científicas, operacionais/serviços gerais e administrativas. Dessa forma, estão distribuídos em maior proporção nas Unidades de Ensino e no Complexo Hospitalar e em menor proporção na Administração Central/CPD/Núcleo de Serviços Tecnológicos/Biblioteca Central.

Os Índices de Absenteísmo-doença – IA, obtidos no presente estudo revelam aproximação com os indicadores de absenteísmo-doença encontrados em outros contextos de trabalho. Godoy (2001) encontrou o IA de 1,5% ao analisar as licenças médicas registradas no banco de dados do Serviço de Atenção à Saúde do

Trabalhador – SAST, no Hospital Universitário da UFMG, durante o período janeiro a dezembro de 1999. Primo (2008) encontrou o índice de absenteísmo de 5,3%, ao analisar as licenças homologadas pelo serviço médico, licenças expedidas pela perícia médica da universidade e as expedidas pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS – de um hospital público universitário, durante o ano de 2006. Guimarães (2005) encontrou o IA de 4,2% por meio de um levantamento das licenças médicas registradas nos prontuários dos servidores civis do Hospital Geral de Brasília, durante o ano de 2003.

As mulheres contribuíram com o maior número de episódios de licenças entre os que se afastaram. Esse resultado mostrou-se consistente com os achados de outros estudos epidemiológicos entre trabalhadores de instituições públicas no âmbito estadual, universidades públicas e hospitais universitários (GODOY, 2001; MESA; KAEMPFER, 2004; GUIMARÃES, 2005; MACEDO *et al.* 2007; PRIMO, 2008; SALA *et al.*, 2009; CUNHA; BLANK; BOING, 2009). Contudo, a razão da duração média dos episódios foi maior entre os homens. Este resultado sugere que, apesar do menor número de episódios entre os homens, os diagnósticos de afastamento neste grupo possam estar relacionados a doenças de maior gravidade.

MACEDO *et al.* (2007), por meio de outra abordagem, encontraram resultados semelhantes no estudo Pró-saúde. Os autores investigaram a associação entre os indivíduos que desempenhavam tarefas classificadas como de alta exigência e a interrupção de atividades habituais por problemas de saúde. O estudo mostrou que as mulheres predominavam na instituição, possuíam maiores rendimentos e melhores níveis de escolaridade quando comparadas aos homens. Contudo, a prevalência de maiores níveis de exigência e desgaste com relação à atividade que desempenhavam foi maior entre as mulheres quando comparadas aos homens, assim como a prevalência da interrupção de atividades habituais; 26,3% para as mulheres e 18,2% para os homens, diferença significativa entre o sexo com relação à interrupção de atividades habituais ($p < 0,001$). Constatou-se que, quanto menor a renda mensal domiciliar *per capita* maior a prevalência de alta exigência apenas entre as mulheres ($p = 0,001$).

No presente estudo, pode-se atribuir ao processo de inserção da mulher em grupos ocupacionais específicos na IFE como uma das possíveis explicações para o

excesso de absenteísmo-doença entre as mulheres. Observa-se assimetria com relação à distribuição das atividades que exigem maiores níveis de qualificação segundo gênero. Apesar do predomínio de mulheres mais jovens com elevados níveis de escolaridade no quadro funcional, os homens foram mais representados nas atividades científicas, enquanto as mulheres se distribuem em maior proporção entre as atividades assistenciais, científicas e administrativas.

Observa-se também que os diferenciais de gênero por grupo de atividade se refletem na distribuição das licenças de afastamento. Foram mais elevadas as prevalências e chances de ocorrências de licenças, bem como os índices de absenteísmo-doença entre mulheres que exercem atividades assistenciais, administrativas e operacionais/serviços gerais quando comparadas com as científicas. Entre os homens, padrão correspondente se repete entre aqueles que exercem atividades operacionais/serviços gerais, administrativas e de apoio técnico/assistência técnica.

Quando avaliamos a distribuição dos afastamentos entre os que exercem atividades científicas, os homens, por serem mais representados, apresentaram maior proporção de afastamentos, maior IA, maior total de dias perdidos, maior gravidade e maior duração média dos episódios quando comparados com as mulheres, esse quadro sugere maior gravidade no processo de adoecimento.

A elevada concentração da força de trabalho em atividades que exigem elevados níveis de sobrecarga física e mental como as atividades assistenciais e as científicas; o trabalho repetitivo e monótono relacionado às atividades administrativas; e a fragmentação das tarefas e a monotonia do trabalho nas atividades operacionais/serviços gerais podem desencadear efeitos negativos na condição de saúde e contribuir para elevar as chances de ocorrência de licenças nestes grupos ocupacionais para ambos os sexos.

Os diagnósticos identificados para ambos os sexos não foram triviais e sugerem a existência de intenso desgaste físico e psíquico no grupo estudado, dois componentes amplamente reconhecidos na relação entre o trabalho e o adoecimento. Entre as mulheres, as maiores proporções de afastamentos concentraram-se nas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, nos

transtornos mentais e comportamentais e nas neoplasias. Entre os homens, a maior frequência atribuiu-se aos transtornos mentais e comportamentais, às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e às doenças do aparelho circulatório.

Em estudos recentes, perfis de adoecimento semelhantes foram identificados entre servidores públicos no âmbito estadual (CUNHA; BLANK; BOING *et al.* 2009; SALA *et al.* 2009). Os transtornos mentais e comportamentais, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e as doenças do aparelho circulatório ocuparam os principais grupos de causas. Apesar de reconhecidamente evitáveis, essas patologias têm contribuído para o agravamento do quadro do absenteísmo por doença entre os servidores públicos. São patologias crônicas, de terapia difícil, porque se renovam precocemente e geram incapacidades que não se resumem somente ao ambiente de trabalho, mas para toda a vida (SALIM, 2003).

Apesar deste estudo não ter pretensão alguma de estabelecer associações entre as doenças diagnosticadas e o trabalho, mesmo reconhecendo que estes servidores estão expostos a grande diversidade de riscos geradores de intenso desgaste físico e psíquico, os diferenciais das ocupações segundo gênero e as sintomatologias identificadas sugerem uma possível relação destas afecções com a atividade, bem como possíveis inadequações nas condições do ambiente, dos aspectos ergonômicos relativos ao uso de inovações tecnológicas e dos processos de organização do trabalho na IFE.

No presente estudo, a maior gravidade do absenteísmo-doença localizou-se entre os menos escolarizados e menos qualificados, para ambos os sexos, foram mais elevadas as prevalências e chances de ocorrências de licenças nestes grupos. Destacam-se os índices de absenteísmo-doença entre os menos escolarizados e a menor duração média dos episódios quando comparados com os graduados/pós-graduados. Este achado nos remete a questões que não se restringem às desigualdades de gênero, mas às desigualdades socioeconômicas e de saúde entre estes trabalhadores (as). A gravidade das patologias encontradas e a ausência de recursos financeiros para o tratamento adequado e de qualidade estão entre as principais explicações para a maior gravidade dos afastamentos neste grupo.

Durante o período do estudo, a assistência à saúde disponível para os servidores da IFE era a oferecida pelo Sistema Único de Saúde – SUS, pelo Serviço Médico da instituição, pelo Hospital Universitário e pelo sistema de saúde suplementar na esfera da Universidade e empresas de assistência médica suplementar intermediada pela associação que representa os servidores, planos integralmente pagos e mantidos com contribuições dos servidores, excluindo-se aqueles com baixos salários.

Na literatura, as maiores taxas de absenteísmo-doença estão situadas nos grupos com rendimentos mais baixos, em grande parte devido às condições de vida e ao tipo de atividade que desenvolvem. A remuneração não condizente com o trabalho executado e a exposição a riscos ocupacionais também são fatores que predis põem à perda de saúde por parte do trabalhador (BITTENCOURT, 1993).

Marmot *et al.* (1995) encontrou correlação inversa entre o nível de emprego (medida de classe socioeconômica) e as taxas de absenteísmo por doença, ao investigar o estado de saúde autorrelatado de servidores públicos britânicos e o absenteísmo por doença. Entre os homens de menor nível hierárquico, as taxas de absenteísmo por doença foram seis vezes superiores quando comparados com aqueles de maior nível hierárquico. Entre as mulheres, as diferenças correspondentes foram duas a cinco vezes superiores. Ainda neste estudo, os profissionais que relataram baixa satisfação com o trabalho apresentaram forte correlação com as maiores taxas de absenteísmo por doença.

O excesso de absenteísmo-doença a partir de 45 anos e mais pode ser atribuído, entre outros fatores, ao processo de envelhecimento funcional do grupo estudado. O envelhecimento funcional tem seu início a partir de 45 anos, quando a capacidade funcional do indivíduo para a execução de determinadas tarefas começa a diminuir.

O envelhecimento é um fator que pode contribuir para mudar o perfil do absenteísmo-doença, por interferir nas alterações dos agravos e aumentar a duração média dos episódios e retarda o retorno do trabalhador (CUNHA; BLANK; BOING *et al.* 2009). Por ser processo individual, o envelhecimento pode estar associado a questões genéticas ou combinado com o impacto das condições de trabalho e hábitos de vida. Pode também ser acelerado por condições inadequadas

de trabalho, tais como excesso de cargas pesadas, trabalho por turnos, condições insalubres de trabalho, exposição excessiva ao ruído, trabalho atípico ou por mudanças excessivas na organização do trabalho (AL TUWAIJRI *et al.*, 2008).

Observou-se a relação direta entre o tempo na instituição e o aumento dos índices de absenteísmo-doença entre aqueles com 20 anos e mais para ambos os sexos. Uma das possíveis explicações para o excesso de absenteísmo-doença neste grupo pode ser atribuída ao envelhecimento funcional e ao efeito agregado dos anos de trabalho. Resultado semelhante foi obtido por Saldarriaga e Martinez (2007).

Entre estes servidores, faz-se necessário incorporar ao tempo de trabalho o efeito do sofrimento oriundo da organização do trabalho no serviço público; do envelhecimento precoce desencadeado por condições inadequadas e insalubres de trabalho; das situações que fogem ao seu controle e preparo; da falta de reconhecimento por parte dos alunos e da sociedade; da baixa autoestima decorrente dos baixos salários e do desprestígio social gerado pela imagem estereotipada do servidor público “inoperante” e detentor de todas as mazelas do estado (TAVARES, 2003; BRANT; DIAS, 2004; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; CARNEIRO, 2006). Esses fatores fazem parte do cotidiano destes trabalhadores e não podem ser mensurados por meio do diagnóstico que gerou uma licença médica ou pelas características sociodemográficas e funcionais associadas.

A distribuição dos afastamentos por local de trabalho destacou as Unidades de Ensino e o Complexo Hospitalar como responsáveis pelo maior total de dias perdidos por doença. O absenteísmo-doença no ambiente hospitalar tem sido apontado na literatura como um dos mais elevados. De acordo com Silva e Marziale (2000), o excesso de absenteísmo no ambiente hospitalar pode decorrer das condições de trabalho e dos riscos derivados do ambiente a que estão expostos os trabalhadores: riscos ocupacionais, relacionados aos agentes físicos, químicos e biológicos, aos agentes ergonômicos e psicossociais e aos fatores organizacionais. As autoras encontraram variações importantes na porcentagem de tempo perdido por setor de trabalho e categoria ocupacional em um hospital universitário.

Os diferentes padrões e variações nos percentuais de absenteísmo-doença por grupo de atividade e local de trabalho apresentados neste estudo apontam consistência com a literatura existente. Sala *et al.* (2009) analisaram as ocorrências de licenças médicas para tratamento da saúde entre os servidores públicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP, e identificaram diferenças significantes entre unidades e agrupamento de funções exercidas e variações dos padrões de absenteísmo por doença segundo arranjos ocupacionais. Os maiores percentuais de absenteísmo foram localizados entre os servidores em funções operacionais e em funções assistenciais em hospitais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados neste estudo confirmam a importante contribuição dos fatores sociodemográficos e funcionais associados à ocorrência de LTS na IFE, bem como a magnitude e a variabilidade destas associações. Evidenciou a importante contribuição da atividade e do local de trabalho como fatores que podem contribuir para o aumento dos percentuais de absenteísmo por doença na IFE.

Os principais achados deste estudo sugerem a implementação de programas de prevenção e promoção da saúde com enfoque na disseminação do conhecimento dos riscos e enfermidades ocupacionais entre todos os envolvidos nos processos de trabalho. Sugere-se a adoção de medidas preventivas de controle de acidentes; inspeções no ambiente de trabalho; programas de antecipação dos riscos novos e emergentes decorrentes das inovações tecnológicas bem como os aspectos ergonômicos; considerar os diferenciais fisiológicos e psicológicos no processo de organização do trabalho; e medidas e ações específicas em prol dos grupos ocupacionais mais vulneráveis a agravos à saúde.

O excesso de absenteísmo entre as mulheres necessita de estudos epidemiológicos que possibilitem melhor compreensão das relações entre a organização do trabalho e o processo de adoecimento-afastamento neste grupo.

A maior gravidade do absenteísmo-doença entre os menos escolarizados e qualificados é uma questão que não pode ser ignorada pelos gestores dos recursos humanos, pois estes parecem pertencer a um grupo de risco especial e devem ser alvo de programas específicos de prevenção e promoção da saúde.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam fornecer subsídios para o aprimoramento da política de Recursos Humanos da instituição de forma abrangente e possibilitem a orientação de programas de prevenção e a promoção da saúde com enfoque epidemiológico, além de contribuir para a redução dos percentuais de absenteísmo por doença na instituição.

REFERÊNCIAS

AL TUWAIJRI, S. *et al.* In: XVIII World Congress on Safety and Health at Work, June 2008, Seoul, Korea. **Introductory report: beyond death and injuries: The ILO's role in promoting safe and healthy jobs.** International Labour Office, Geneva, 2008. 49 p.

ALVES, M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.15, n. 1/2, p. 71-75, 1994.

ARAUJO, T. M. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

ARTEAGA, O. *et al.* Presentismo (Presenteeism) y su relevancia para la Salud Ocupacional en Chile. **Cienc Trab**, v. 9, n. 24, p. 61-63, abr / jun, 2007.

BITTENCOURT, C. M. M. **Doenças do trabalho no exercício da enfermagem.** 1993. 96 fl. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador, BA. 1993. tab.

BRANT, L. C.; DIAS, E. C. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.4, p.942-949, 2004.

BRASIL. **Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da união, das autarquias e das fundações públicas federais. Servidor Online. 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 28-01-09.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais:** Portaria nº 1.675, de 6 de outubro de 2006. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Boletim Contato 43,** 2005. Disponível em: <http://www.servidor.gov.br/publicação/boletim_contato-05/contato_43.pdf> Acesso em: 16-01-2010.

BRINER, R. B. ABC of Work Related Disorders: Absence from work. **BMJ**, v. 313, p. 874-877, out, 1996.

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas: a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Rev. Serviço Público**, v. 57, n. 1, p. 23-49, jan / mar, 2006.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Rev. Bras. Epidemiol**, v.12, n. 2, p. 226-236, 2009.

CUNHA, J. C. C. B. Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005. 2007. 119 fl. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

GASPARINI, M. S.; BARRETO, M. S.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p.189-199, mai / ago, 2005.

GEHRING-JÚNIOR, G. *et al.* Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Rev. bras. Epidemiol**, v.10, n. 3, p. 401-409, 2007.

GODOY, S. C. B. **Absenteísmo doença entre funcionários de um hospital universitário**. 2001. 141 fl. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG, 2001.

GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 113, p. 07-18, 2006.

GUIMARÃES, R. S. O. **O Absenteísmo entre os servidores civis de um Hospital Militar**. 2005. 83 fl. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, 2005.

MACEDO, L. E. T. *et al.* Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2327-2336, out, 2007.

MARMOT, M. *et al.* Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. **J Epidemiol Comm Health**, v. 49, n. 2, p.124-130, abr, 1995.

MESA, F. R.; KAEMPFER, A. M. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. **Rev. Méd. Chile**, v.132, n. 9, set, 2004.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 8ª edição. São Paulo, SP: EDUSP, 2000. 1191p.

PRIMO, M. G. G. **Perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em um Hospital Público Universitário**. 2008. 110 fl. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2008.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, B. J. Análise do absentismo em Usina Siderúrgica. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v.10, n. 40, p. 62-67, out / dez, 1982.

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

SALA, A. *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.10, p. 2168-2178, 2009.

SALIM, C. A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo Perspec.**, v.17, n.1, p.11-24, jan / mar, 2003.

SAMPAIO, F. R. *et al.* Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 49, n.1, p. 60-66, 2003.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n. esp., p.101-111, 2006.

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

SILVA, L. S.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.12, p. 2949-2958, dez, 2007.

TAVARES, D. S. O sofrimento no trabalho entre servidores públicos: uma análise psicossocial do contexto de trabalho em um tribunal judiciário federal. 2003. 152 fl. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, SP, 2003. tab.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**Perfil dos afastamentos de longa duração motivados por
doença em trabalhadores de uma Instituição Federal de
Ensino Superior na Bahia.**

DIORLENE OLIVEIRA DA SILVA

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Estela Maria M. Leão de Aquino

Dissertação apresentada à Universidade Federal da Bahia visando a obtenção
do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Salvador
2010

RESUMO

SILVA, Diordene Oliveira da. **Perfil dos afastamentos de longa duração motivados por doença em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

No Brasil, pouco tem sido publicado sobre o perfil dos afastamentos motivados por doença de servidores públicos lotados em instituições federais de ensino superior (IFES). O estudo teve por objetivo descrever o perfil do adoecimento considerando a duração do afastamento e identificar as doenças mais prevalentes que contribuem para o aumento percentual do absenteísmo doença em uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia. Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo com base de dados secundários, envolvendo 5.312 servidores públicos ativos e 1.283 ocorrências de licenças médicas para tratamento da saúde, ambos os sexos, durante o ano de 2006. A duração do afastamento foi categorizada em dois grupos de afastamento ausências de curta duração (15 a 47 dias) e ausências de longa duração (48 dias e mais). Os dados institucionais foram obtidos da base de dados do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos–SIAPE e as informações das ocorrências de afastamentos foram obtidas pelo sistema de ocorrências funcionais da Instituição. O diagnóstico da causa mórbida foi obtido a partir de registros nos prontuários no Serviço Médico da Instituição e classificado segundo a CID-10, foram comparados com a lista de doenças relacionadas ao trabalho elaborada pelo Ministério da Saúde. As variáveis foram analisadas por meio de distribuições de frequências e medidas descritivas (media, desvio padrão e mediana). Para verificar as associações foram utilizados os testes estatísticos *Chi-quadrado de Pearson* ou o *Teste Exato de Fischer*. O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$). Foram calculados e expressos os indicadores sugeridos pelo Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional: o total de dias perdidos por doença, a frequência à gravidade e a duração média dos episódios. Foi calculado o índice de absenteísmo (IA). A prevalência de absenteísmo-doença na IFE foi de 8%, representou 43.031 dias perdidos por doença, sendo maior entre as mulheres 10,3% quando comparadas aos homens 5%. O Índice de absenteísmo global foi 2,2%, entre os homens 1,9%, entre as mulheres 2,5%. A duração média dos episódios foi de 33,5 dias, entre os homens 40,4 dias e entre as mulheres 30,5 dias. Os principais grupos de causas das licenças foram atribuídos às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (34,5%), transtornos mentais e comportamentais (24,9%), neoplasias (9,3%), envenenamentos e outras conseqüências de causas externas (9,3%), doenças do aparelho circulatório (7,4%) e somados os grupos de menor frequência (14,5%). Os afastamentos de longa duração representaram 50% do total de indivíduos que solicitaram afastamento, cujo diagnóstico tivemos acesso, representou 4% do total de servidores ativos. Essas ocorrências representaram 33.290 dias perdidos por doença, 77,4% do total global de dias perdidos por doença. Os resultados apresentados neste estudo confirmam a importante contribuição da causa do afastamento na gravidade do absenteísmo por doença na Instituição, para ambos os sexos.

Descritores: absenteísmo, absenteísmo-doença de longa duração, saúde servidor público universidades, saúde do trabalhador, licença médica.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, pouco tem sido publicado sobre o perfil dos afastamentos motivados por doença de servidores públicos lotados em instituições federais de ensino superior (IFES), exceto para algumas categorias ocupacionais específicas, tais como os profissionais da saúde lotados em hospitais universitários (GODOY, 2001; GUIMARÃES, 2006; PRIMO, 2008).

Apesar dos grandes avanços das pesquisas na produção científica nacional com relação à área da saúde do trabalhador (SANTANA, 2006), poucas pesquisas têm dado visibilidade ao estudo dos afastamentos do trabalho motivados por doença nesta categoria (CARNEIRO, 2006; CUNHA, 2007). O conhecimento do perfil de morbidade desses trabalhadores é ainda incipiente e permeado por uma série de questões, mitos e dificuldades que tornam o estudo deste tema complexo.

A ausência de informações sistematizadas que possibilitem avaliar o perfil epidemiológico dessa população tem se constituído em um dos principais problemas pontuados na literatura, dado que estes trabalhadores não pertencem ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS (CARNEIRO, 2006; SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2007; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; SALA *et al.*, 2009).

Nestas instituições, a licença para tratamento da saúde é direito garantido a todo servidor com vínculo efetivo com a Administração Pública Federal, tem duração mínima de um dia e máxima de 24 meses prevista pela Lei 8.112/90 (BRASIL, 1990). Essa licença é concedida ao servidor incapacitado para o trabalho e/ou impossibilitado a locomover-se por motivo de acidente ou doença. Entende-se por incapacidade para o trabalho a impossibilidade de o servidor desempenhar as atividades específicas do seu cargo, função ou emprego, decorrentes das alterações patológicas consequentes aos agravos apresentados⁴. No presente estudo, foram investigadas as licenças decorrentes de doença ou procedimento médico, justificadas com atestado médico por 15 dias ou mais.

⁴ Informação presente em “Boletim Contato 43” (BRASIL, 2005).

Nas IFES, os servidores estão distribuídos em unidades de ensino e pesquisa, nos hospitais universitários, maternidades, centros de atendimento e na administração central. O processo de trabalho nessas unidades envolve grande diversidade de atividades científicas, assistenciais, administrativas, operacionais e de serviços gerais. A estrutura do trabalho é hierarquizada, na qual estão inseridas chefias, coordenações e diretorias e cada servidor⁵ está habilitado a desempenhar a função para a qual prestou concurso. A ação do trabalhador é bastante limitada pelas normas existentes e, em muitas situações, ele é impedido de atender a demandas que excedem as capacidades individuais de responder nesse tipo de organização (NORO; KIRCHHOF, 2004; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

A substituição do servidor afastado não é uma questão de simples resolução no setor público, pois envolve o dimensionamento de custos para contratação de pessoal, nem sempre possível. Por vezes, o afastamento resulta em redistribuição das tarefas com sobrecarga de trabalho entre aqueles que permanecem ou contribui para elevar a prevalência do presenteísmo em algumas ocupações específicas, tais como os profissionais da saúde e da educação, ou seja, a presença física do trabalhador no ambiente de trabalho sem condições plenas de saúde para desempenhar suas atividades. De acordo com ARTEAGA *et al.*, (2007) o presenteísmo torna crônico o adoecimento e contribui para subestimar os percentuais de absenteísmo-doença em uma instituição.

O impacto dos afastamentos motivados por doença para os cofres públicos no âmbito do poder executivo civil federal pode ser dimensionado por meio dos custos diretos que os afastamentos representam. Durante o ano de 2005, as aposentadorias precoces e as licenças para tratamento da saúde contabilizaram para a união R\$ 300 milhões por ano. As aposentadorias por invalidez representaram 28,4% do total das aposentadorias. Neste mesmo ano, no Regime Geral de Previdência Social - RGPS, o percentual de aposentadorias por invalidez

⁵ De acordo com o Capítulo Único das Disposições Preliminares do Regime Jurídico Único – RJU, Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990), Artigo 2º, define-se Servidor como “[...] a pessoa legalmente investida em cargo público” e, conforme disposto no Artigo 3º, Cargo Público representa o “conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor” (BRASIL, 1990) – grifo nosso.

foi aproximadamente 16%⁶. Os custos indiretos do absenteísmo-doença podem ser dimensionados por meio dos danos causados à saúde do servidor e a sua família em razão do adoecimento e na equipe de trabalho; em muitas situações, absenteísmo-doença resulta em conflitos entre colegas com relação à distribuição das tarefas e sobrecarga de trabalho, ocasionando desgaste físico e emocional entre os que permanecem.

Diante do exposto, compreende-se que o processo de adoecimento-afastamento do servidor é um fenômeno social, no qual o tipo de atividade que o indivíduo desenvolve, o ambiente e as condições de trabalho encontram-se diretamente relacionados ao seu desencadeamento e que passa a constituir-se em um fenômeno coletivo desorganizador do ambiente, pois obriga outros atores - ligados à instituição, à equipe de trabalho, ao sindicato e Estado - a intervirem no que seria, a princípio, uma manifestação do corpo vivenciada pelo indivíduo.

Entende-se por condições de trabalho as circunstâncias sob as quais os trabalhadores/as estão expostos/as mobilizando as suas capacidades físicas, cognitivas e psicológicas para atingir as metas e os objetivos da instituição (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). O ambiente físico e psíquico, os riscos ocupacionais e os meios disponíveis para o exercício da atividade, a organização e a divisão das tarefas (jornada de trabalho, turno, nível hierárquico, insuficiência de pessoal) e as condições salariais (SILVA; MARZIALE, 2000; BARBOZA; SOLER, 2003).

A caracterização dos perfis do absenteísmo-doença depende da gravidade da doença ou lesão, da duração da ausência, da contribuição dos fatores sociodemográficos, comportamentais e ocupacionais, das condições de vida e de trabalho e da presença ou ausência de suporte social. Conjuntamente esses fatores contribuem para o processo de readaptação e reabilitação funcional do indivíduo e determinam o retorno do trabalhador/a ou o prolongamento da ausência (MESA; KAEMPFER, 2004; LABRIOLA, 2006).

⁶Informação presente em "Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais" (BRASIL, 2006).

Na produção científica nacional, poucos estudos têm descrito os perfis do absenteísmo-doença considerando a duração do afastamento e a que grupo de causas as maiores prevalências são atribuíveis.

O prolongamento da ausência tem sido aspecto enfatizado na literatura. Lund *et al.* (2006) chamam a atenção para a possibilidade de os períodos do afastamento se diferenciarem com relação à causa e apontam para a necessidade de estudos que classifiquem a ausência em diferentes estágios no tempo (curto, médio e longa duração).

Estudos referem o absenteísmo por doença de longa duração como um estágio no processo do adoecimento que reflete a complexidade no tratamento da morbidade e, em alguns casos, propicia o desenvolvimento de comorbidades e dificuldades no processo de reintegração do indivíduo, aumento do risco de incapacidades para o trabalho e de aposentadorias precoces por invalidez nas instituições. Este tipo de absenteísmo tem provocado reflexos importantes na economia das empresas em países industrializados e em desenvolvimento (LABRIOLA *et al.*, 2007; FLODERUS *et al.*, 2005).

Diante do exposto, este estudo propõe-se a identificar as doenças mais prevalentes que contribuem para o aumento percentual do absenteísmo por doença na instituição, considerando a duração do afastamento e as especificidades das questões relativas à unidade de exercício, tempo na instituição, grupo ocupacional, grupo etário, escolaridade e sexo, entre trabalhadores de uma instituição federal de ensino superior.

2 MÉTODO

2.1 Desenho e população do estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal, descritivo, com base de dados institucional e registros administrativos de Licenças para Tratamento da Saúde (LTS). A população de estudo constituiu-se de servidores públicos civis federais, ativos e os que solicitaram licença do trabalho para tratamento da saúde por 15 dias ou mais, de ambos os sexos, distribuídos em 48 unidades de ensino e pesquisa de uma instituição federal de ensino superior na Bahia.

O critério de inclusão adotado foi pertencer ao quadro funcional da instituição sob o Regime Jurídico Único (Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990), pois somente nesses casos existiam registros de licenças para tratamento da saúde, durante o período 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2006. Foram incluídas as ocorrências com data de início entre janeiro e dezembro de 2006 e término entre os meses janeiro e maio de 2007. Foram excluídos 67 servidores que se aposentaram na duração da pesquisa.

Apesar de a legislação prever afastamentos motivados por doença com períodos inferiores a 15 dias, estes casos não foram incluídos no estudo e, na instituição, são administrados pela unidade em que o servidor está lotado.

2.2 Coleta dos dados

Os dados secundários institucionais foram obtidos da base de dados do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), sistema único para o gerenciamento da folha de pagamento e manutenção dos dados cadastrais dos servidores civis federais de todo o funcionalismo público. Os dados das licenças

para tratamento da saúde foram obtidos por meio do sistema de ocorrências funcionais da instituição. Todos os dados foram fornecidos pelo Centro de Processamento de Dados da IFE.

O diagnóstico da causa mórbida que motivou o afastamento foi obtido a partir de registros nos prontuários de atendimento no Serviço Médico da instituição. A extração dos dados e a classificação segundo a CID-10 foi efetuada por estudantes de Enfermagem entre fevereiro e março de 2008. Foram incluídas as complicações relativas a gravidez, parto e puerpério e a doenças do aparelho geniturinário. As licenças decorrentes de parto e gestação não foram incluídas no estudo porque são ocorrências que não se constituem doença, apesar de gerarem longos períodos de ausência.

Essas informações foram incorporadas a uma base de dados única, sem identificação nominal, com o registro do total de ocorrências de afastamento por indivíduo, a duração do afastamento por indivíduo, o diagnóstico do afastamento e a presença ou ausência de licença médica, bem como as características sociodemográficas e funcionais.

Para geração da base de dados utilizou-se o Microsoft Access, versão 2003 e o pacote estatístico STATA v.8.0 para tratamento dos dados.

2.3 Descrição das variáveis

As variáveis do estudo foram agrupadas em Características Individuais: idade, sexo, escolaridade e estado civil; Características funcionais: tempo na instituição (< 9 anos, 10-19 anos, 20 anos e mais), cargo/ocupação, unidade de exercício, número de licenças médicas concedidas; tipo da licença (SMURB, outro serviço, prorrogação); ocorrência de licença médica (1 - presença de licença médica por 15 dias ou mais e 0 - ausência de licença no período definido), data de início e término do afastamento.

As seguintes variáveis foram construídas de forma agregada visando facilitar o processo de análise:

- a) Duração do Afastamento: O critério adotado para estabelecer os períodos curtos e longos relativos à duração do afastamento foi definido com base no valor mediano do total de afastamentos por indivíduo (47 dias) no período definido. Essa variável foi categorizada em dois grupos: ausências de curta duração (15 a 47 dias) e ausências de longa duração (48 dias e mais).
- b) Grupo de Atividade: científicas (pedagogo, professor 3º grau, antropólogo, arqueólogo, músico, biólogo, arquiteto e urbanista, historiador); apoio técnico (todos os cargos de nível técnico, químico, redator, farmacêutico); assistência técnica (administrador, economista, engenheiro de área, procurador federal, estatístico, contador, assistente jurídico); administrativas (assistente de administração); assistenciais (médico de área, biomédico, assistente social, enfermeiro de área, auxiliares); operacionais e serviços gerais (armazenista, almoxarife, bombeiro, carpinteiro, porteiro, telefonista, motorista, auxiliar de laboratório etc.);
- c) Local de Trabalho: Administração Central, Unidades de Ensino/Núcleos de Estudos e Museus, Complexo Hospitalar/Hospital de Medicina Veterinária e Centro de Processamento de Dados/Núcleo de Serviços Tecnológicos/Biblioteca Central.
- d) Diagnóstico do Afastamento: definido como doença que motivou a licença codificada segundo a Classificação Estatística e Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (OMS, 2000). Como existia dispersão com relação ao número de capítulos da CID-10, o que dificultaria a análise, agregamos os diagnósticos entre aqueles capítulos que apresentaram as maiores prevalências, constituindo assim os cinco principais grupos de causas na população.

2.4 Análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas com o objetivo de caracterizar o perfil dos trabalhadores afastados por doença e os principais grupos de diagnósticos que motivaram os afastamentos segundo características sociodemográficas e funcionais, estratificadas por sexo e duração do afastamento no período definido.

As variáveis categóricas foram analisadas por meio de distribuições de frequências (uni e bivariadas). As variáveis contínuas (idade, número de ocorrências, tempo na instituição e duração do afastamento) foram categorizadas por meio de medidas de tendência central (média e/ou mediana). Para verificar as diferenças entre as proporções foram utilizados os testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson e o Exato de Fischer. Estimou-se a magnitude das associações dos fatores sociodemográficos e funcionais em relação à ocorrência de licenças, mediante a razão chances (OR) com seu respectivo intervalo de confiança de 95% ajustado pela idade. O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Foram calculados e expressos os indicadores de absenteísmo sugeridos pelo Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional (QUICK; LAPERTOSA, 1982): o total de dias perdidos por doença e a duração média dos episódios (número de dias perdidos/número de episódios) estratificados por sexo e discriminados por grupo etário, escolaridade, tempo na instituição, grupo de atividade e local de trabalho.

Foi utilizado o programa estatístico STATA v.8.0 para cálculo dos indicadores e análise dos dados.

2.5 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (Parecer CEP nº 061-09 e Registro CEP nº 047-09). Foram asseguradas a

confidencialidade e a privacidade dos dados e das informações e respeitados os princípios da Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. O sigilo e o anonimato das informações foram garantidos quanto aos trabalhadores envolvidos na pesquisa, no sentido de preservar eticamente tanto no processo de desenvolvimento desta quanto do processo de tornar público os resultados obtidos.

3 RESULTADOS

Na IFE, durante o período do estudo, 425 (8%) servidores solicitaram licenças para tratamento da saúde por 15 dias ou mais, entre os 5.312 servidores ativos, subgrupo para o qual 1.283 ocorrências de licenças foram concedidas, das quais 69,1% a mulheres e 30,9% a homens (ver quadro 1).

Estas licenças representaram 43.031 dias perdidos por doença. Para esse total, as mulheres contribuíram com 62,8%, contra 37,2% dos homens. No total de dias perdidos foram incluídas as ocorrências com data de início entre janeiro e dezembro de 2006 e término entre os meses janeiro e maio de 2007, com um total de dias perdidos de 5.055, correspondente a 11,7% do total global. A média de episódios de licenças médicas por trabalhador (inicial e prorrogações) foi de 2,10 (DP=1,04); entre os homens 2,15 (DP=0,95) e 2,08 (DP=1,08) entre as mulheres. A duração média dos episódios foi maior entre os homens (40,4 dias) (ver quadro 1).

Estes valores corresponderam ao índice global do absenteísmo-doença (IA) de 2,2%, entre os homens 1,9% e entre as mulheres 2,5%. A prevalência de ocorrências de licenças na população foi de 8%, entre as mulheres 10,3% e 5% entre os homens (ver quadro 1).

Neste estudo, a duração do afastamento foi categorizada em dois grandes grupos, ausências de curta duração (15 a 47 dias) e de longa duração (48 dias e mais). As ausências de curta duração representaram 49,2% das ocorrências; destas, 77,5% entre as mulheres e 22,5% entre os homens. As ausências de longa duração representaram 50,8% das ocorrências; 67,6% entre as mulheres e 32,4% entre os homens (ver quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos indicadores globais do absenteísmo por doença na IFE estratificados por sexo, durante o período janeiro a dezembro de 2006

Indicadores	Global	Homens	Mulheres
População	5.312 (100,0)	2.322 (43,7%)	2.990 (56,3%)
Total de episódios de afastamentos por 15 dias ou mais	1.283 (100,0)	396 (30,9%)	887 (69,1%)
Prevalência do absenteísmo-doença por 15 dias ou mais	425 (8,0%)	117 (5,0%)	308 (10,3%)
Índice de absenteísmo (IA%)	2,2%	1,9%	2,5%
Total de dias perdidos por doença	43.031*	16.012 (37,2%)	27.019 (62,8%)
Índice de gravidade (em dias)	8,1 dias	7,0 dias	9,0 dias
Duração média dos episódios de afastamento (em dias)	33,5 dias	40,4 dias	30,5 dias
Número médio de licenças médicas por servidor	2,10 (± 1,04)	2,15 (± 0,95)	2,08 (± 1,08)
Percentual dos afastamentos de curta duração (15 a 47 dias).	49,2%	22,5%	77,5%
Percentual dos afastamentos de longa duração (superior a 47 dias e mais).	50,8%	32,4%	67,6%

Fonte dos Dados: SIAPE e Sistema de Ocorrências Funcionais da IFE, ano-base dez-2006.

*Foram inseridas ocorrências com data de início no ano de 2006 e término entre janeiro e maio de 2007.

Notas: IA = (Total de dias perdidos * 100)/(Total de servidores * Total de dias de trabalho (365))

Gravidade = Total de dias perdidos/Total de servidores

Duração média dos episódios = Total de dias perdidos/Total de episódios

Na tabela 1, apresenta-se a distribuição das ocorrências estratificadas por duração do afastamento e sexo segundo características sociodemográficas e funcionais.

Ao se avaliar os perfis do absenteísmo-doença de curta e longa duração entre os homens, observaram-se diferenças proporcionais significantes com relação à duração do afastamento por grupo etário ($p=0,021$), tempo na instituição ($p=0,012$) e o local de trabalho ($p=0,003$). Neste grupo, os afastamentos de curta duração foram mais frequentes entre aqueles com 45 anos e mais (63,9%), de nível técnico/ensino médio (40,4%) ou alfabetizado/fundamental (31,9%), atuando há 20 anos e mais na instituição (63,8%), entre os que exercem atividades operacionais/serviços gerais (40,4%) e administrativas (27,7%), proporcionalmente semelhantes por local de trabalho. O perfil do absenteísmo-doença de longa duração foi mais freqüente entre

aqueles com 45 anos e mais (71,5%), graduados/pós-graduados (40%) e de nível técnico/ensino médio (37,1%), atuando há 20 anos e mais na instituição (70,0%), distribuídos entre as atividades operacionais/serviços gerais (37,1%), científicas (25,7%) e administrativas (21,4%), lotados em unidades de ensino/núcleos de estudos e museus (62,9%).

Na análise dos perfis do absenteísmo-doença de curta e longa duração entre as mulheres, não foram identificadas diferenças proporcionais significantes com relação às características observadas e à duração do afastamento. Neste grupo, os afastamentos de curta duração foram mais frequentes entre aquelas na faixa etária de 35 e 54 anos (67,9%), graduadas e pós-graduadas (47,5%) e de nível técnico/ensino médio (42,0%), atuando há 20 anos e mais na instituição (46,3%), exercendo atividades assistenciais (51,2%) e administrativas (25,3%), lotadas no complexo hospitalar/hospital de medicina veterinária (60,5%). O perfil do absenteísmo-doença de longa duração apresentou um padrão semelhante com variações percentuais, foi mais frequente entre aquelas com 35 a 54 anos (71,9%), graduadas e pós-graduadas (37,7%) e de nível técnico/ensino médio (52,0%), com 20 anos e mais na instituição (54,1%), distribuídas entre as atividades assistenciais (39,7%) e as administrativas (26,0%), lotadas no complexo hospitalar/hospital de medicina veterinária (52,7%) e em unidades de ensino/núcleos de estudos e museus (32,2%).

3.1 Principais grupos de causas para o afastamento do trabalho

Na tabela 2, foram apresentados os principais grupos de causas que motivaram os afastamentos, segundo os capítulos da CID-10. Do total de licenças concedidas (1.283), foram classificadas quanto ao diagnóstico 1.094 (85,3%), correspondentes a 364 servidores que representam 6,8% do total de servidores ativos (N=5.312) e 85,6% do total de servidores afastados (n=425).

Ocorreu perda de diagnóstico de 189 casos de ocorrências não incluídos na base pelos seguintes motivos: prontuários não disponibilizados (72%) ou não registrados

pelo Serviço Médico – SAME – da IFE (18,5%); prontuários contendo informações ilegíveis (1,1%), além de 16 casos correspondentes a licenças de funcionários pertencentes à Escola de Enfermagem (8,5%). Por sugestão do comitê de ética, não foram levantados os dados de afastamento dos servidores da Escola de Enfermagem, diante do fato de que as responsáveis pela coleta do diagnóstico eram estudantes daquela escola.

De acordo com os capítulos da CID-10, as ocorrências foram agrupadas em cinco grupos de diagnósticos mais prevalentes. Pela ordem de importância, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (34,5%) e os transtornos mentais e comportamentais (24,9%), as neoplasias (9,3%), as lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (9,3%), as doenças do aparelho circulatório (7,4%) e os demais grupos de causas (14,5%).

Na categoria demais grupos de causas, foram inseridos os seguintes capítulos da CID-10: fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (2,9%); doenças do sistema nervoso (2,7%); doenças do olho e anexos (1,9%); doenças infecciosas e parasitárias (0,4%); doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (0,01%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (1,6%); doenças do aparelho geniturinário (1,3%); doenças do aparelho respiratório (0,3%); doenças do aparelho digestivo (1,7%); doenças da pele e do tecido subcutâneo (0,5%); consequências de gravidez, parto e puerpério (0,5%); malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (0,2%); sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (0,5%).

Os homens representaram 31,5% do total de ocorrências diagnosticadas e contribuíram com 13.934 dias perdidos por doença. Neste grupo, os diagnósticos mais prevalentes foram os transtornos mentais e comportamentais (29,6%); doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (28,7%); doenças do aparelho circulatório (13,9%); lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (9,9%) e demais grupos de causas (11%). Os transtornos mentais e comportamentais estão entre os diagnósticos que corresponderam ao maior total de dias perdidos por doença, com 5.054 dias e duração média dos episódios de 49,5 dias; as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com 2.722 dias e

duração média dos episódios de 27,5 dias e as doenças do aparelho circulatório, com 2.150 dias perdidos e duração média dos episódios de 44,8 dias. As neoplasias apresentaram a maior duração média de episódios (53 dias) quando comparadas com os demais diagnósticos.

As mulheres corresponderam a 68,5% do total de ocorrências diagnosticadas e contribuíram com 23.505 dias perdidos por doença. Neste grupo, entre os diagnósticos mais prevalentes, estão as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (37,1%); os transtornos mentais e comportamentais (22,8%); as neoplasias (10,4%); lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (9,1%); doenças do aparelho circulatório (4,4%). Entre os diagnósticos que corresponderam ao maior total de dias perdidos por doença estão as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com 8.178 dias e duração média dos episódios de 29,4 dias; os transtornos mentais e comportamentais, com 5.570 dias e duração média dos episódios 32,6 dias; as neoplasias, com 3.663 dias e duração média dos episódios de 47 dias.

3.2 Caracterização dos afastamentos de longa duração por grupos de atividade

Na tabela 3, caracterizaram-se os perfis do absenteísmo-doença por grupo de atividade e duração do afastamento segundo sexo e principais grupos de causas. A análise da distribuição das ocorrências segundo a duração do afastamento possibilita mensurar o impacto dos afastamentos no conjunto do trabalho realizado na IFE.

Do total de indivíduos afastados, 50% concentraram-se no grupo de afastamento de longa duração (48 dias e mais), correspondentes a 4% do total de servidores ativos. Essas ocorrências contribuíram com 33.290 dias perdidos por doença, ou seja, 77,4% do total global de dias perdidos. Ao se avaliar o tipo da licença por grupo de afastamento, identifica-se que o grupo de longa duração representou 79,4% do total de licenças prorrogadas, 53,2% do total de licenças concedidas pelo serviço médico

da IFE e 34,0% das licenças geradas por outro serviço de saúde (dado não apresentado).

Ao se avaliar a distribuição das licenças por grupo de atividade e duração do afastamento, observa-se que entre os homens a ausência de longa duração foi mais frequente entre aqueles que exercem atividades científicas (80,9%), apoio técnico/assistência técnica (60,0%), administrativas (58,3%) e operacionais/serviços gerais (53,7%). Nestes grupos, o diagnóstico mais prevalente foi representado pelos transtornos mentais e comportamentais; seguem-se as doenças do aparelho circulatório; as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; as lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas. As atividades assistenciais foram mais representadas no grupo de curta duração (70%), no qual os diagnósticos mais prevalentes foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e os transtornos mentais e comportamentais. Apesar de os homens terem apresentado a menor prevalência de absenteísmo-doença (5%), neste grupo, o processo de adoecimento-afastamento mostra-se crônico, dado que as maiores frequências de ocorrências por grupo de atividade concentraram-se no grupo de longa duração e sugere maior gravidade do adoecimento (ver tabela 3).

Ao se analisar a distribuição das ocorrências por grupos de atividade, entre as mulheres verifica-se homogeneidade quanto a frequência das ocorrências entre os grupos de afastamento (curta e longa duração). Esse resultado leva à reflexão quanto ao processo de adoecimento-afastamento neste grupo, por evidenciar a tendência de agravamento do quadro do absenteísmo-doença, dado que o absenteísmo por doença de longa duração pode estar relacionado à maior gravidade do adoecimento, assim justificando o maior total de dias perdidos por doença entre as mulheres (27.019 dias) e a elevada prevalência 10,3% do absenteísmo-doença (ver tabela 1).

Observa-se que, entre as mulheres, a distribuição dos diagnósticos aponta os transtornos mentais e comportamentais como principal grupo de causa do adoecimento no grupo de longa duração em todos os grupos de atividade; seguem-se as lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas como segundo grupo de causa mais prevalente, diferindo apenas no grupo de atividades assistenciais, no qual essa causa foi mais prevalente no grupo de curta duração. As

neoplasias corresponderam ao terceiro grupo mais prevalente dos afastamentos de longa duração. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo foram mais prevalentes nos grupos de afastamento de curta duração, com exceção das atividades assistenciais, que apresentaram a maior prevalência no grupo de longa duração (55,9%). As doenças do aparelho circulatório foram mais prevalentes no grupo de longa duração entre aquelas que exercem atividades administrativas (60%) e operacionais / serviços gerais (66,7%) (ver tabela 3).

No presente estudo, observa-se que os transtornos mentais e comportamentais ocuparam o primeiro grupo de causa dos afastamentos de longa duração em todos os grupos de atividade, para ambos os sexos (ver tabela 3).

3.3 Análise das causas específicas por grupo de afastamento

No grupo de longa duração, a avaliação das principais causas específicas das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo identifica que as dorsopatias (49,1%), artropatias (20,3%) e os transtornos dos tecidos moles (20,3%) representaram 89,7% dos diagnósticos. No grupo de curta duração, os diagnósticos mais prevalentes foram as dorsopatias (36,2%), transtornos dos tecidos moles (29,3%), artropatias (15,5%) e corresponderam a 81% dos diagnósticos neste grupo (dados não apresentados).

A principal causa específica dos transtornos mentais e comportamentais correspondeu ao transtorno de humor (65,4%). Entre as causas específicas dos transtornos de humor, 91,7% foram atribuídas aos episódios depressivos e 8,3% ao transtorno afetivo bipolar. Os transtornos de humor geraram, para ambos os grupos de afastamento, 198 episódios e 7.557 dias perdidos de trabalho, correspondentes a 17,6% do total global de dias perdidos. Dada a distribuição dos transtornos de humor (n=36) verificada por grupos de afastamento, observou-se que esses transtornos corresponderam a 63,4% do total de indivíduos no grupo de curta duração e 65,9% no grupo de longa duração (dados não apresentados)

Identificaram-se as fraturas, entorses e queimaduras entre as principais causas específicas das lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (dados não apresentados).

Tabela 1 – Distribuição das ocorrências por duração do afastamento e sexo segundo características sociodemográficas e funcionais (n=425 servidores em licença) na IFES, durante o período janeiro a dezembro de 2006.

Características sociodemográficas e funcionais	Sexo e Duração do afastamento			
	Homens		Mulheres	
	15 a 47 dias n (%)	48 dias e mais n (%)	15 a 47 dias n (%)	48 dias e mais n (%)
Total	47 (40,2)	70 (59,8)	162 (52,6)	146 (47,4)
Grupo etário	p_{Fisher} = 0,021		p_{Fisher} = 0,102	
< 35 anos	6 (12,8)	0 (0,0)	27 (16,7)	13 (8,9)
35 a 44 anos	11 (23,4)	20 (28,6)	41 (25,3)	30 (20,5)
45 a 54 anos	15 (32,0)	27 (38,6)	69 (42,6)	75 (51,4)
55 e mais	15 (31,9)	23 (32,9)	25 (15,4)	28 (19,2)
Escolaridade	p_{Fisher} = 0,346		p_{Fisher} = 0,180	
Graduação/Pós-graduação*	13 (27,7)	28 (40,0)	77 (47,5)	55 (37,7)
Nível Técnico/Ensino Médio	19 (40,4)	26 (37,1)	68 (42,0)	76 (52,0)
Alfabetizado/Fundamental**	15 (31,9)	16 (22,9)	17 (10,5)	15 (10,3)
Tempo na Instituição	p_{Fisher} = 0,012		p_{Fisher} = 0,275	
≤ 9 anos	10 (21,3)	3 (4,3)	41 (25,3)	27 (18,5)
10 a 19 anos	7 (14,9)	18 (25,7)	46 (28,4)	40 (27,4)
20 anos e mais	30 (63,8)	49 (70,0)	75 (46,3)	79 (54,1)
Atividade	p_{Fisher} = 0,062		p_{Fisher} = 0,232	
Científicas	4 (8,5)	18 (25,7)	12 (7,4)	17 (11,6)
Apoio Técnico/Assist.Técnica	4 (8,5)	8 (11,4)	14 (8,6)	16 (11,0)
Administrativas	13 (27,7)	15 (21,4)	41 (25,3)	38 (26,0)
Assistenciais	7 (14,9)	3 (4,3)	83 (51,2)	58 (39,7)
Operacionais/Serviços Gerais	19 (40,4)	26 (37,1)	12 (7,4)	17 (11,6)
Local de Trabalho	p_{Fisher} = 0,003		p_{Fisher} = 0,398	
Unidades de Ensino/Núcleos de Estudos e Museus	15 (31,9)	44 (62,9)	43 (26,5)	47 (32,2)
Complexo Hospitalar/Hospital de Medicina Veterinária	16 (34,0)	10 (14,3)	98 (60,5)	77 (52,7)
Adm.Central/CPD/NST/BC	16 (34,0)	16 (22,9)	21 (13,0)	22 (15,1)

Fonte dos dados: SIAPE e Sistema de Ocorrências Funcionais, ano-base dez-2006.

Nota: *Aperfeiçoamento/Especialização/Mestrado/Doutorado; ** Ensino fundamental completo e incompleto; Valor de p obtido pelo Teste Qui-quadrado Exato de Fischer.

Tabela 2 – Distribuição das ocorrências de licenças médicas por sexo segundo diagnóstico do afastamento (CID-10) (n=1.094 ocorrências de afastamento com diagnóstico) na IFES, durante o período janeiro a dezembro de 2006

Principais grupos de causas (CID-10)	Índices de absenteísmo por doença						
	Homens (31,5%)			Mulheres (68,5%)			
	n (%)	n (%)	Total de dias perdidos	Duração média dos episódios	n (%)	Total de dias perdidos	Duração média dos episódios
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	377 (34,5)	99 (28,7)	2722	27,5	278 (37,1)	8178	29,4
Transtornos mentais e comportamentais	273 (24,9)	102 (29,6)	5054	49,5	171 (22,8)	5570	32,6
Neoplasias	102 (9,3)	24 (7,0)	1273	53,0	78 (10,4)	3663	47,0
Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas	102 (9,3)	34 (9,9)	1323	38,9	68 (9,1)	2029	29,8
Doenças do aparelho circulatório	81 (7,4)	48 (13,9)	2150	44,8	33 (4,4)	1073	32,5
Demais grupos de causas*	159 (14,5)	38 (11,0)	1412	37,2	121 (16,1)	2992	24,7
Totais	1.094 (100,0)	345 (100,0)	13.934	40,4	749 (100,0)	23.505	31,4

Fonte dos Dados: Serviço Médico da Instituição e Sistema de Ocorrências Funcionais, ano-base dez-2006.

Notas: Duração média dos episódios=Total de dias perdidos/Total de episódios.

Tabela 3 – Caracterização da duração do afastamento por grupo de atividade segundo sexo e grandes grupos de diagnóstico (CID-10) (n=364 funcionários) na IFES, durante o período janeiro a dezembro de 2006

Principais grupos de causas (CID-10) por sexo	Grupo de atividade e duração do afastamento									
	Científicas		Apoio Téc./Ass. Técnica		Administrativas		Assistenciais		Operacionais e Serviços Gerais	
	15 a 47 dias n (%)	48 dias e mais n (%)	15 a 47 dias n (%)	48 dias e mais n (%)	15 a 47 dias n (%)	48 dias e mais n (%)	15 a 47 dias n (%)	48 dias e mais n (%)	15 a 47 dias n (%)	48 dias e mais n (%)
Homens	4 (19,1)	17 (80,9)	4 (40,0)	6 (60,0)	10 (41,7)	14 (58,3)	7 (70,0)	3 (30,0)	19 (46,3)	22 (53,7)
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0 (0,0)	3 (100,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	3 (42,9)	4 (57,1)	5 (71,4)	2 (28,6)	6 (42,9)	8 (57,1)
Transtornos mentais e comportamentais	1 (14,3)	6 (85,7)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (16,7)	5 (83,3)
Neoplasias	0 (0,0)	2 (100,0)	...	...	3 (75,0)	1 (25,0)	...	...	1 (100,0)	0 (0,0)
Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas	...	...	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	...	...	2 (28,6)	5 (71,4)
Doenças do aparelho circulatório	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	...	...	0 (0,0)	3 (100,0)
Demais grupos de causas	2 (40,0)	3 (60,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	2 (66,7)	1 (33,3)	2 (100,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	1 (10,0)
Mulheres	12 (50,0)	12 (50,0)	12 (52,2)	11 (47,8)	36 (51,4)	34 (48,6)	66 (58,4)	47 (41,6)	12 (42,9)	16 (57,1)
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (62,5)	3 (37,5)	13 (52,00)	12 (48,0)	15 (44,1)	19 (55,9)	7 (58,3)	5 (41,7)
Transtornos mentais e comportamentais	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	4 (28,6)	10 (71,4)	4 (26,7)	11 (73,3)	0 (0,0)	2 (100,0)
Neoplasias	3 (60,0)	2 (40,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	7 (63,6)	4 (36,4)	4 (40,0)	6 (60,0)	0 (0,0)	2 (100,0)
Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas	0 (0,0)	4 (100,0)	1 (25,0)	3 (75,0)	2 (28,6)	5 (71,4)	8 (80,0)	2 (20,0)	1 (33,3)	2 (66,7)
Doenças do aparelho circulatório	2 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	6 (100,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)
Demais grupos de causas	4 (66,7)	2 (33,3)	4 (57,1)	3 (42,9)	8 (100,0)	0 (0,0)	29 (76,3)	9 (23,7)	3 (50,0)	3 (50,0)

Fonte dos Dados: SIAPE e Sistema de Ocorrências Funcionais - Serviço Médico da Instituição e Sistema de Ocorrências Funcionais, ano-base 2006.

4 DISCUSSÃO

Este trabalho teve por objetivo caracterizar os principais grupos de causas que motivaram os afastamentos para tratamento da saúde segundo as características sociodemográficas e ocupacionais, considerando a duração do afastamento entre trabalhadores de uma instituição federal de ensino superior na Bahia. Contudo, antes de discutir as contribuições dos resultados apresentados, devem-se pontuar alguns aspectos conceituais e metodológicos relacionados à utilização desse indicador, bem como as limitações do estudo.

Os dados das ocorrências de Licenças Médicas para Tratamento da Saúde – LTS – não possibilitam inferências quanto aos determinantes do adoecimento entre estes servidores e tampouco será possível estabelecer associações claras e diretas dessas afecções com o local de trabalho e/ou atividades por eles desempenhadas. Contudo, o uso do absenteísmo-doença como indicador de avaliação epidemiológica destes trabalhadores possibilitará a construção de hipóteses e questões que dizem respeito à relação saúde-doença/trabalho na instituição, bem como será fundamental para orientar o planejamento das ações dos serviços de atenção à saúde do trabalhador.

Apesar da importância desta medida como indicador de avaliação epidemiológica, pesquisadores têm questionado a extensa quantidade de definições e conceitos apresentados na literatura e chamam a atenção para a importância dos problemas de ordem conceitual e metodológica que impossibilitam a comparabilidade dos resultados entre os estudos epidemiológicos. Entre os mais frequentes estão a grande variabilidade no uso de critérios de inclusão e exclusão de registros ao definir a ausência e denominadores para o cálculo das taxas; diferentes mensurações em dias na categorização dos períodos da ausência (curta e longa duração); diferenças nas condições sanitárias e de vida das populações sob estudo e problemas relativos à precisão do diagnóstico da ausência por doença (WHITAKER, 2001; HENSING, 2004).

Essa investigação foi composta por trabalhadores com vínculo efetivo e estabilidade no emprego, grupo no qual praticamente inexistiu o desligamento por demissão e o possível efeito do trabalhador sobrevivente ou efeito do trabalhador ativo pode ser considerado mínimo (ARAÚJO *et al.*, 2003; GUIMARÃES *et al.*, 2006). Os diagnósticos dos afastamentos não identificados, não representaram diferenciais significativos com relação às características sociodemográficas e funcionais da população do estudo.

Na literatura não existe consenso com relação à definição dos limites do período do afastamento, pois depende de leis trabalhistas vigentes em cada país e de normas específicas das instituições (REIS *et al.*, 2003). Na União Europeia, a incapacidade temporária para trabalhar refere-se ao primeiro período do absenteísmo; em grande parte dos países esse período está limitado às primeiras 52 semanas de incapacidade. A incapacidade prolongada ou permanente diz respeito aos acordos posteriores ao primeiro período do absenteísmo. O absenteísmo temporário tem sido mensurado como absenteísmo de curta duração (1 a 7 dias), de média duração (8 a 42 dias) e de longa duração (mais de 42 dias) (FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO, 1997).

No presente trabalho, por questões operacionais, não foram analisadas as licenças com períodos inferiores a 15 dias. Ao desconsiderar essas ocorrências, este estudo poderá subestimar o universo das ausências ao trabalho decorrentes de doença na IFE. Outro aspecto a se considerar é não haver pretensão de estudar qualquer associação das doenças diagnosticadas com o trabalho, mesmo tendo-se conhecimento de que entre estes servidores existem aqueles que trabalham nas áreas da saúde e educação e que estão expostos a uma grande diversidade de riscos geradores de desgaste físico e psíquico.

De acordo com Sala *et al.* (2009), no serviço público existem situações em que as ausências motivadas por doença não são qualificadas como tal, são tratadas apenas como “faltas abonadas” ou “faltas justificadas”, bem como as ausências por doença de um único dia que são administradas na própria unidade. Estes mecanismos contribuem para subestimar a real situação do absenteísmo-doença nas instituições públicas.

Os resultados do estudo mostraram diferenças relevantes com relação à distribuição das atividades e dos afastamentos segundo gênero. Os Índices de Absenteísmo-doença – IA, obtidos revelam aproximação com os indicadores de absenteísmo-doença encontrados em outros contextos de trabalho. Godoy (2001) encontrou o IA de 1,5% ao analisar as licenças médicas registradas no banco de dados do Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador – SAST, no Hospital Universitário da UFMG, durante o período janeiro a dezembro de 1999. Primo (2008) encontrou o índice de absenteísmo de 5,3%, ao analisar as licenças homologadas pelo serviço médico, licenças expedidas pela perícia médica da universidade e as expedidas pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS – de um hospital público universitário, durante o ano de 2006. Guimarães (2005) encontrou o IA de 4,2% por meio de um levantamento das licenças médicas registradas nos prontuários dos servidores civis do Hospital Geral de Brasília, durante o ano de 2003.

As mulheres contribuíram com o maior número de episódios de licenças entre os que se afastaram. Esse resultado mostrou-se consistente com os achados de outros estudos epidemiológicos entre trabalhadores de instituições públicas no âmbito estadual, universidades públicas e hospitais universitários (GODOY, 2001; MESA; KAEMPFER, 2004; GUIMARÃES, 2005; MACEDO *et al.* 2007; PRIMO, 2008; SALA *et al.*, 2009; CUNHA; BLANK; BOING, 2009). Contudo, ao analisarmos os perfis dos afastamentos de longa duração, identificamos entre os homens, maior frequência do absenteísmo-doença de longa duração em todos os grupos de atividade. Este resultado sugere que, apesar do menor número de episódios entre os homens, a maior duração dos afastamentos e os diagnósticos identificados possam estar relacionados a maior gravidade do adoecimento neste grupo.

Os diagnósticos identificados para ambos os sexos não foram triviais e sugerem a existência de intenso desgaste físico e psíquico no grupo estudado, dois componentes amplamente reconhecidos na relação entre o trabalho e o adoecimento. Entre as mulheres, as maiores proporções de afastamentos concentraram-se nas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, nos transtornos mentais e comportamentais e nas neoplasias. Entre os homens, a maior frequência atribuiu-se aos transtornos mentais e comportamentais, às doenças do

sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e às doenças do aparelho circulatório (ver tabela 2).

Os diagnósticos obtidos no presente estudo confirmam as mudanças ocorridas nas últimas décadas com relação aos padrões de adoecimento da população geral (WUNSCH-FILHO, 2004); apresentam semelhanças com os principais grupos de causas de adoecimento dos trabalhadores regidos pelo Regime Geral de Previdência Social - RGPS (Anuário Estatístico da Previdência Social, 2007) e corroboram com os achados de estudos epidemiológicos nacionais entre servidores públicos (SAMPAIO *et al.*, 2003; CUNHA; BLANK; BOING, 2009; SALA *et al.*, 2009).

Nestes estudos, os autores citados atribuem as mudanças nos padrões de adoecimento como resultantes do processo de informatização e das mudanças na organização do trabalho, da intensa flexibilização das atividades, das restrições hierárquicas e do envelhecimento do quadro funcional. Chamam a atenção para a relevância das lesões do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e os transtornos mentais e comportamentais como principais grupos de causas de morbidade e de incapacidade permanente nas instituições públicas e apontam para a necessidade de estudos epidemiológicos que aprofundem a relação causal dessas afecções com o trabalho.

Na instituição, 50% do total de indivíduos que solicitaram afastamento, a cujo diagnóstico tivemos acesso, concentraram-se no grupo de afastamento de longa duração, que representou 4% do total de servidores ativos. Essas ocorrências representaram 33.290 dias perdidos por doença, 77,4% do total global de dias perdidos por doença (dado não apresentado).

Pode-se destacar como uma das possíveis explicações para o prolongamento dos afastamentos na IFE a gravidade das patologias identificadas e a ausência de recursos financeiros para o tratamento adequado e de qualidade, bem como a ausência de um modelo de atenção à saúde do servidor que possibilite atender às demandas de assistência médica, prevenção de doenças e programas de promoção da saúde com foco nos problemas de saúde específicos desta população.

Destaca-se como outra possível explicação o impacto das mudanças nas condições de vida e de trabalho sobre a saúde destes servidores, desencadeadas pela perda do poder aquisitivo e pelas mudanças na organização do trabalho. No âmbito das IFES, essas mudanças foram carreadas por medidas de ajuste fiscal que reduziram os níveis salariais, o quadro de pessoal e a ausência de regularidades dos concursos para reposição do quadro funcional por quase duas décadas. Essas mudanças produziram impacto nas condições de trabalho e na qualidade dos serviços prestados nestas instituições (BARBOSA ; SILVA, 2005; BOSI, 2007).

De acordo com Sampaio (1997), existem ainda fatores individuais e institucionais que interferem diretamente no prolongamento do afastamento: a gravidade da lesão, o grau de limitação física e psíquica, fatores sociodemográficos e comportamentais do trabalhador e a possibilidade da instituição oferecer o remanejamento e a reabilitação do profissional.

SZUBERT e SOBALA (2007) investigaram os fatores determinantes do absenteísmo-doença incluindo problemas de saúde, entre trabalhadores com 45 anos e mais nos setores vinculados à produção durante o período 1996-2000. A análise utilizou dois pontos de corte para a duração do afastamento de curta duração (4 a 14 dias) e de longa duração (15 dias e mais). Os autores identificaram aumento do risco relativo no grupo de curta duração para as variáveis: trabalho físico muito pesado (RR=1,65; IC95%:1,24-2,18), baixa autopercepção da saúde (RR=1,18; IC95%: 0,96-1,45), consumo de cerveja (pelo menos uma vez por mês) (RR = 1,15; IC95%: 0,96-1,38). Ocorreu aumento do risco para ausência por doença de longa duração para as variáveis: ocorrência de doenças crônicas 2-3 (RR=1,86; IC95%: 1,05-3,30), ocorrência de 4 ou mais doenças (RR=2,65; IC95%: 1,43-4,92) e tabagismo (OR=1,48; IC95%: 1,11-1,98).

Pesquisadores concordam que o absenteísmo por doença de longa duração tem se mostrado bom preditor de mortalidade e marcador de risco para aposentadorias por invalidez, dada a relação direta com a gravidade da doença ou lesão. No aspecto organizacional, essa medida mostra-se associada à percepção dos riscos físicos e psicossociais do ambiente de trabalho (MARMOT *et al.*, 1995; GODOY, 2001; KIVIMÄKI, 2003; LUND *et al.*, 2006; GJESDAL *et al.*, 2008).

Quando se avalia a distribuição do tipo da licença por grupo de afastamento, identifica-se que o grupo de longa duração representou 79,4% do total de licenças prorrogadas, 53,2% do total de licenças concedidas pelo serviço médico da IFE e 34,0% das licenças geradas por outros serviços de saúde. Segundo GODOY (2001), um número de licenças concedidas acima de três vezes sugere processo de adoecimento crônico e degenerativo, pois este tipo de acometimento, além de exigir um acompanhamento mais frequente, muitas vezes torna-se incompatível com as atividades desenvolvidas pelo trabalhador.

GJESDAL *et al.* (2008) estimaram o excesso de mortalidade na Noruega após absenteísmo-doença de longa duração (> 8 semanas), durante o período 1994 – 2003 e concluíram que o diagnóstico de câncer contribuiu com 43% de todas as causas de mortes entre as mulheres e com 27% entre os homens, na população economicamente ativa.

Esses achados apontam para a gravidade do absenteísmo por doença de longa duração na IFE. Os diagnósticos mais prevalentes identificados no grupo de afastamento de longa duração apresentam semelhanças com os padrões de adoecimento identificados por SAMPAIO *et al.* (2003), em análise retrospectiva de casos de aposentadorias por invalidez de servidores públicos da Universidade Federal de Minas Gerais.

Ao se avaliar as principais causas específicas das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo no grupo de longa duração, identificou-se que as dorsopatias, artropatias e os transtornos dos tecidos moles corresponderam a 89,7% dos diagnósticos neste grupo. No grupo de curta duração, os diagnósticos mais prevalentes foram as dorsopatias, transtornos dos tecidos moles e artropatias, os quais corresponderam a 81% dos diagnósticos.

Os resultados mostraram também que a principal causa específica dos transtornos mentais e comportamentais correspondeu ao transtorno de humor. Na literatura, os transtornos de humor apresentam-se associados aos aspectos relativos à organização do trabalho (REIS *et al.*, 2003; SALA *et al.* 2009).

As lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas corresponderam a 9,3% do total de licenças concedidas. Entre as principais causas específicas neste grupo, pela ordem de importância, encontram-se as fraturas, entorses e queimaduras. Identificou-se maior proporção destas ocorrências no grupo de longa duração, distribuídas pela ordem de importância nos grupos de atividades administrativas e operacionais/serviços gerais. No grupo de afastamento de curta duração chama a atenção o aumento relativo deste grupo de causas nas atividades assistenciais(dado não apresentado). Esse grupo de causas contribuiu de forma expressiva com o absenteísmo-doença na IFE, dado que essas afecções podem ser reduzidas via programas de controle de acidentes de trabalho.

A distribuição das ocorrências das Neoplasias destaca as mulheres nos grupos de curta e longa duração. No entanto, os homens apresentaram a maior duração média dos períodos neste grupo de causas. A distribuição das ocorrências por grupo de atividade mostrou maior proporção para as atividades científicas, assistenciais, administrativas e operacionais/serviços gerais.

A distribuição das doenças do aparelho circulatório no grupo de afastamento de longa duração destaca os homens neste grupo de causas, distribuídos entre as atividades científicas, apoio técnico/assistência técnica, administrativas e operacionais/serviços gerais. Entre as mulheres, a maior proporção concentrou-se no grupo de curta duração, distribuídas entre as atividades científicas, assistenciais, apoio técnico/assistência técnica; no de longa duração, as atividades administrativas e operacionais/serviços gerais. Apesar da menor frequência desta afecção, os indicadores de absenteísmo-doença apontam para a maior duração dos períodos de afastamento entre os homens.

Resultados semelhantes foram obtidos por Cunha, Blank e Boing (2009) e Sala *et al.* (2009) entre servidores públicos estaduais. Confirmam a semelhança com o perfil de morbidade da população geral identificados por LAURENTI *et al.* (2005) em que os homens são mais acometidos por este grupo de causas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo, apontam a importante contribuição dos transtornos mentais e comportamentais nos grupos de afastamentos de longa duração e seu conseqüente incremento dos percentuais do absenteísmo-doença na IFE. Mostraram também, que a principal causa específica dos transtornos mentais e comportamentais correspondeu ao transtorno de humor. Faz-se necessário considerar nestes resultados, a possível relação destas afecções com os processos de organização do trabalho e possíveis inadequações nas condições do ambiente de trabalho.

A elevada carga de morbidade com perfis de diagnósticos distintos, entre os trabalhadores que exercem atividades administrativas e operacionais/serviços gerais para ambos os sexos e as assistenciais em maior proporção entre as mulheres, aponta para a necessidade de novas investigações com mensurações das exposições ocupacionais, que possibilitem a identificação dos fatores de risco ocupacionais específicos por grupos de atividade, permitindo a prevenção de danos à saúde e redução dos percentuais de absenteísmo-doença.

A elevada prevalência das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo em todos os grupos de atividade é preocupante, sugerem uma possível relação destas afecções com a atividade, bem como possíveis inadequações dos aspectos ergonômicos relativos ao uso de inovações tecnológicas e dos processos de organização do trabalho na IFE.

Estes resultados revelam para a Instituição a necessidade de se estabelecer políticas que incidam sobre os processos de organização do trabalho e que não se limitem apenas, a gestão dos custos gerados pelo absenteísmo-doença.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, T. M. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

BARBOSA E SILVA, L. Uma reforma contra o funcionalismo. **São Paulo Pespect.**, v. 27, p. 39-54, 2005.

BOSI, A. P. A precarização do trabalho docente nas instituições de ensino superior do Brasil nesses últimos 25 anos. **Educ. Soc.**, v. 28, n.101, p.1503-1523, 2007.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). **Rev. Bras. Epidemiol**, v.12, n. 2, p. 226-236, 2009.

FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO. **A prevenção do absentismo no trabalho: sinopse da investigação.** Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Européias, 1997. 47 p.

GJESDAL, S. *et al.* Mortality after long-term sickness absence: prospective cohort study. **Eur. J. Public Health**, v.18, n. 5, p. 517-521, out, 2008.

GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 113, p. 07-18, 2006.

GUIMARÃES, R. S. O. **O Absenteísmo entre os servidores civis de um Hospital Militar.** 2005. 83 fl. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, 2005.

HENSING, G. Chapter 4: Methodological aspects in sickness-absence research. **Scan J Public Health**, v. 32, n. 63 suppl., p. 44-48, 2004.

KIVIMAKI, M. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. **BMJ**, v. 327, p. 364-369, ago, 2003.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva.** 2005, v.10, n.1, p. 35-46.

LUND, T. *et al.* Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. **BMJ**, n. 332, p. 449-452, fev, 2006.

MACEDO, L. E. T. *et al.* Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2327-2336, out, 2007.

MARMOT, M. *et al.* Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. **J Epidemiol Comm Health**, v. 49, n. 2, p.124-130, abr, 1995.

MESA, F. R.; KAEMPFER, A. M. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. **Rev. Méd. Chile**, v.132, n. 9, set, 2004.

PRIMO, M. G. G. **Perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em um Hospital Público Universitário**. 2008. 110 fl. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2008.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, B. J. Análise do absentismo em Usina Siderúrgica. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v.10, n. 40, p. 62-67, out / dez, 1982.

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

SALA, A. *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.10, p. 2168-2178, 2009.

SAMPAIO, F. R. *et al.* Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 49, n.1, p. 60-66, 2003.

SAMPAIO, R.F. **Cuando los accidentes de trabajo no matan: una aproximación epidemiológica de las incapacidades permanentes para la profesión habitual**. 1997. 214 fl. Tese (Doutorado) – Universidad Autônoma de Barcelona. Barcelona, 1997.

SZUBERT, Z.; SOBALA, W. Certain sickness absence factors among workers older than 45 years. **Med Pr**, v. 58, n. 5, p. 375-392, 2007.

WHITAKER, S. C. The management of sickness absence. **Occup. Environ. Med.**, v. 58, p. 420-424, jun, 2001.

WUNSCH-FILHO, V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 2, n. 2, p.103-117, abr / jun, 2004.

ANEXO – PROJETO DE DISSERTAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva



Projeto de Dissertação

Fatores associados ao absenteísmo por doença de longa duração em trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior.

Dissertação apresentada sob forma de artigo ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária.

Aluna: Diorlene Oliveira da Silva

Orientadora: Prof^a Dr^a Estela Maria M L de Aquino

**Salvador
2010**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
1 OBJETIVOS	8
1.1 OBJETIVO GERAL	8
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
2 REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 TRABALHO E ADOECIMENTO NA ESFERA PÚBLICA	9
2.2 PROCESSOS DE TRABALHO E ADOECIMENTO NAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR (IFES)	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 ABSENTEÍSMO, ASPECTOS CONCEITUAIS	20
3.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO	21
3.3 DURAÇÃO DO AFASTAMENTO	23
3.4 CAUSAS DO ABSENTEÍSMO POR DOENÇA	24
3.5 ATIVIDADE DE TRABALHO E RENDIMENTO	27
4 METODOLOGIA	28
4.1 DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO	28
4.3 PRODUÇÃO DOS DADOS	29
4.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	30
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	31
5 ASPECTOS ÉTICOS	32
6 CRONOGRAMA DA PESQUISA	33
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem sido expressivo o aumento da frequência de licenças médicas para tratamento da saúde, entre os servidores públicos. Os números são preocupantes em termos de quantitativo de pessoas que se afastam em razão do adoecimento e do aumento dos custos diretos e indiretos (CUNHA et al, 2009; SALA et al., 2009).

O aumento do percentual de absenteísmo por doença representa um problema sério e expressivo em uma instituição, pois acarreta perdas de capacidades produtivas e aumento dos custos diretos e indiretos. Os custos diretos do absenteísmo por doença incluem os salários pagos durante o período da licença, cuidados médicos e despesas com o tratamento. Os custos indiretos incluem redistribuição do quadro de pessoal e sobrecarga de trabalho entre os presentes, tempo para treinamento e salários para novas realocações, despesas administrativas, queda da qualidade e eficiência na prestação do serviço ou produto (BRINER,1996).

Para o trabalhador/a, além do comprometimento da saúde e aumento das despesas com tratamento e cuidados médicos, em muitos casos, passam a conviver com patologias crônicas, recidivas e incapacitantes, interferindo essencialmente na sua qualidade de vida (SALIM, 2003). A família assume grande parte dos custos, sob a forma de redução da renda com tratamento, despesas médicas e interrupção do emprego de familiares (WUNSCH-FILHO, 2004).

Na literatura, o absenteísmo no trabalho é classificado quanto ao tipo, em cinco grupos: o absenteísmo voluntário (faltas por razões particulares não justificadas e sem amparo legal);o absenteísmo legal (ausência justificada amparada pela legislação (gestação, casamento, doação de sangue, serviço militar); absenteísmo por patologia profissional (inclui todos os acidentes do trabalho e as doenças relacionadas ao trabalho); **absenteísmo por doença** (inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico); absenteísmo compulsório (impedimento involuntário, por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento

que o impossibilite chegar ao trabalho) (QUICK; LAPERTOSA,1982) (grifos do autor).

Estudos revelam que esse fenômeno tem chamado a atenção da saúde pública e motivado o desenvolvimento de diversos estudos epidemiológicos nacionais e estrangeiros. Entre estes, o estudo Whitehall na Inglaterra com funcionários públicos britânicos (MARMOT; BRUNNER, 2005) e no Brasil, o Estudo Pró Saúde com funcionários públicos civis de uma Universidade Federal no Rio de Janeiro (MACEDO et al., 2007).

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Trabalho tem chamado a atenção para o aumento dos custos diretos e indiretos com o absenteísmo por doença (Relatório Sinopse produzido em 1997). Na União Europeia a taxa média de absentismo por incapacidade temporária é da ordem dos 5,8%, com variações que oscilam entre os 3,9% (Dinamarca) e os 7,7% (Holanda). Em relação aos custos diretos do absenteísmo por doença, o valor calculado para o Reino Unido foi de aproximadamente 13,2 bilhões de euros em 1994, atribuídos a perdas de 177 milhões de dias de trabalho por incapacidade. Na Alemanha e nos Países Baixos, dados baseados sobre os subsídios pagos através dos sistemas de segurança social revelam que em 1993, a taxa de absenteísmo nos países baixos foi de 8,3%, com os custos equivalendo a 30,5 bilhões e 4,1 bilhões de euros, respectivamente. A Bélgica, em 1995, apresentou uma taxa de absenteísmo de cerca de 7% e pagou por subsídios 2,4 bilhões de euros (FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO, 1997).

No Brasil, o impacto do absenteísmo por doença, para os cofres públicos no âmbito do poder executivo civil federal, pode ser dimensionado por meio dos custos diretos que os afastamentos representam. Durante o ano de 2005, as aposentadorias precoces por invalidez e as licenças para tratamento da saúde contabilizaram para a união R\$ 300 milhões por ano. As aposentadorias por invalidez representaram 28,4% do total das aposentadorias. Neste mesmo ano, no regime Geral de

Previdência Social - RGPS o percentual de aposentadorias por invalidez foi de aproximadamente 16%.⁷

Nestas instituições, a licença para tratamento da saúde é um direito garantido a todo servidor com vínculo efetivo com a Administração Pública Federal e tem a duração mínima de um dia e máxima de 24 meses (Lei 8.112/90). Essa licença é concedida ao servidor que, por motivo de acidente ou doença, encontra-se incapacitado para o trabalho e/ou impossibilitado a locomover-se. Entende-se por incapacidade para o trabalho, a impossibilidade de o servidor desempenhar as atividades específicas ao seu cargo, função ou emprego, decorrentes das alterações patológicas consequentes aos agravos apresentados⁸. No presente estudo, serão incluídas as licenças para tratamento da saúde decorrente de doença ou procedimento médico, justificadas com atestado médico por 15 dias ou mais.

Estudos realizados com populações de funcionários públicos têm chamado a atenção para a relevância dos transtornos mentais e comportamentais e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo entre os principais grupos de causas de morbidade e de incapacidade permanente entre esses servidores e sinalizam para o aumento das ausências de longa duração nesses grupos de causas. Nesses estudos, as condições inadequadas de trabalho, o aumento do desgaste físico e psíquico e o estresse ocupacional, têm sido apontados como os principais fatores associados à grande frequência de ausências por doença. (GODOY, 2001; SAMPAIO et al. 2003; SILVA; MARZIALE, 2000; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS et al.,2003; NORO; KIRCHHOF, 2004; GASPARINI et al., 2005; JUNIOR-GEHRING, 2007;SILVA et al., 2007; CUNHA et al. 2009; SALA et al. 2009).

Entende-se por condições de trabalho, as circunstâncias sob as quais os trabalhadores/as estão expostos mobilizando as suas capacidades físicas, cognitivas e psicológicas para atingir as metas e os objetivos da instituição (GASPARINI et al., 2005). O ambiente físico e psíquico, os riscos ocupacionais e os meios disponíveis para o exercício da atividade, a organização e a divisão das

⁷ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Boletim Contato 43 [serial online] 2005. Disponível em: http://www.servidor.gov.br/publicação/boletim_contato-05/contato_43.pdf [Acesso em: 16 de janeiro de 2010].

⁸Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Civis Federais (PORTARIA Nº 1.675, DE 6 DE OUTUBRO DE 2006). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Secretaria de Recursos Humanos.

tarefas (jornada de trabalho, turno, nível hierárquico, insuficiência de pessoal) e as condições salariais (SILVA; MARZIALE, 2000; BARBOZA; SOLER, 2003).

A ausência de um sistema com informações sistematizadas que possibilite avaliar o perfil epidemiológico dessa população, têm se constituído em um dos principais problemas pontuados na literatura, dado que estes trabalhadores não pertencem ao Regime Geral de Previdência e Social - RGPS (CARNEIRO, 2006; SILVA et al., 2007; CUNHA et al., 2009; SALA et al., 2009).

O desconhecimento do como e porque adoecem e morrem os servidores públicos, pode estar levando a administração pública a retroalimentar o processo de adoecimento-afastamento do servidor e contribuir para gerar um imenso passivo trabalhista e social (CARNEIRO, 2006; CUNHA, 2007).

De acordo com Sala et al. (2009), a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo tem um custo anual direto da ordem de R\$ 23 milhões, decorrente da ausência ao trabalho. Cunha et al. (2009), referem que no estado de Santa Catarina, os custos diretos com o adoecimento dos servidores, durante o ano de 2001 foram estimados em cerca de R\$ 12 milhões (considerando-se apenas as áreas da saúde, educação e segurança).

No âmbito do poder executivo civil federal, as últimas diretrizes adotadas pelo Ministério de Planejamento e Gestão⁹ têm evidenciado a necessidade de novas práticas relacionadas com a atenção à saúde do servidor e à gestão dos recursos humanos nestas instituições. Entre as inúmeras medidas adotadas, é importante chamar a atenção para o desenvolvimento do Sistema de Atenção à Saúde do Servidor - SIASS (Decreto 6.833, de 29 de abril de 2009 - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão).

O SIASS, em fase de desenvolvimento, contempla uma política de atenção à saúde sustentada por três grandes eixos: assistência, perícia médica, promoção e vigilância. A gestão da saúde será fundamentada com base em critérios epidemiológicos, em inter-relação entre os eixos, trabalho em equipe multidisciplinar

⁹ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Boletim Contato 43 [serial online] 2005. Disponível em http://www.servidor.gov.br/publicação/boletim_contato-05/contato_43.pdf [Acessado em 16 de janeiro de 2010].

e avaliação dos locais de trabalho considerando que, os ambientes e as relações de trabalho constituem outro paradigma da relação saúde e trabalho no serviço público¹⁰.

Na produção científica nacional, o absenteísmo por doença tem sido utilizado sem distinção com relação à duração do afastamento, e poucos estudos têm verificado associações entre os fatores sociodemográficos e funcionais e o aumento percentual do absenteísmo por doença, considerando a duração do afastamento e a que grupo de causas as maiores prevalências são atribuíveis. Lund et al. (2006) , chamam a atenção para a possibilidade de que os períodos do afastamento se diferenciem com relação à causa e apontam para a necessidade de estudos que classifiquem a ausência em diferentes estágios no tempo (curto, médio e longa duração).

Diante do exposto, propõe-se identificar neste estudo, as doenças mais prevalentes que contribuem para o aumento percentual do absenteísmo por doença na Instituição, considerando a duração do afastamento e as especificidades das questões relativas à unidade de exercício, grupo ocupacional, grupo etário e sexo, entre trabalhadores de uma Instituição Federal de Ensino Superior.

O desenvolvimento do presente estudo poderá fornecer subsídios para o aprimoramento da política de Recursos Humanos da Instituição, de forma abrangente, em especial no que diz respeito ao conhecimento do perfil de adoecimento do servidor, possibilitando a orientação de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde com enfoque epidemiológico, além de contribuir, para a redução dos percentuais de absenteísmo por doença na instituição.

Pretende-se responder as seguintes questões de investigação:

1. Qual é a prevalência dos afastamentos do trabalho motivados por doença na Instituição?

¹⁰Informação obtida em documento elaborado pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para o I Encontro Nacional de Atenção a Saúde do Servidor, Brasília, outubro de 2008. Disponível no site: <https://portalsipec.planejamento.gov.br/clientes/sipec/sipec/eventos/i-encontro-nacional-de-atencao-a-saude-do-servidor>.

2. Quais são os fatores sociodemográficos e funcionais associados à maior ocorrência de afastamentos do trabalho motivado por doença?
3. Quais são os fatores sociodemográficos e funcionais associados à maior duração do afastamento do trabalho motivado por doença?

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Descrever o perfil do adoecimento e de afastamento dos trabalhadores, considerando a duração do afastamento e os fatores sociodemográficos e funcionais, em uma Instituição Federal de Ensino Superior, durante o período de janeiro a dezembro de 2006.

1.2 Objetivos específicos

- a) Estimar a prevalência de afastamentos do trabalho motivados por doença;
- b) Identificar os fatores sociodemográficos e funcionais associados a maior frequência de licenças para tratamento da saúde;
- c) Calcular o índice de absenteísmo (IA) e os indicadores de frequência, gravidade e duração média dos episódios por unidade de exercício, grupo ocupacional, grupo etário e sexo;
- d) Estudar a duração do afastamento do trabalho motivado por doença, considerando o diagnóstico da causa mórbida, a unidade de exercício, grupo ocupacional, grupo etário e sexo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Trabalho e adoecimento na esfera pública

Estudos que abordam a relação trabalho e saúde no âmbito do poder público (federal, estadual e municipal), têm dado visibilidade às condições de vida e trabalho a que estão expostos os servidores públicos para diferentes categorias ocupacionais e níveis hierárquicos (BELLUSCI; FISCHER,1999; FERNANDES *et al.*, 2003; REIS *et al.*,2003; SAMPAIO *et al.*, 2003;SILVA *et al.*,2003; GARCIA;PEREIRA,2003; BRANT; DIAS,2004; GASPARINI *et al.*, 2005; CARNEIRO, 2006; PRIMO, 2008; SALA *et al.*, 2009; CUNHA *et al.*, 2009).

O adoecimento da força de trabalho tem características que devem ser reconhecidas pelos gestores de recursos humanos. Aspectos do ambiente físico e psíquico que estejam levando o servidor ao adoecimento ou agravando o quadro de morbidades pré-existentes; a ausência de motivação para com o trabalho em determinadas unidades ou concentradas em determinadas ocupações; os riscos tecnológicos e ocupacionais inerentes a determinadas ocupações; a sobrecarga física e mental decorrente da insuficiência de pessoal e/ou excesso de responsabilidades e atribuições; elevados níveis de rotatividade em determinadas unidades, etc.

No setor público, o aumento percentual do absenteísmo por doença é constantemente atribuído à “incapacidade” dos gestores em “controlar” as faltas. Contudo, Carneiro (2006, p 24) ao avaliar as políticas de atenção à saúde do trabalhador nas Instituições Públicas pontua as dificuldades que os gestores locais encontram com relação às questões relacionadas à saúde do servidor e afirma que, “Os gestores estão cada vez, mais voltados para as novas exigências e atribuições complexas relacionadas ao funcionamento administrativo-financeiro das mesmas e não se apropriaram da problemática e demandas relativas à área da saúde do servidor”. Nestes casos, as questões relativas à saúde do trabalhador, são encaminhadas a um serviço médico da instituição, prevalecendo assim, a perícia médica, por obrigação legal, como única medida de controle individual da ausência ao trabalho motivada por doença.

Segundo Carneiro (2006), em grande parte das instituições públicas a perícia médica, é desarticulada das políticas de recursos humanos e dos serviços de assistência médica dificultando assim, o conhecimento das patologias, intervenções nos ambientes, e a implementação de medidas direcionadas à organização e ao planejamento das ações do Serviço de Atenção à Saúde do servidor.

Apesar da perícia médica ser um ato médico, ela nada tem a ver com ação de saúde e não possui instrumentos nem recursos para intervir no ambiente e nas relações de trabalho. Ação de saúde de acordo com Carneiro (2006, p. 31), consiste na “intervenção no processo saúde-doença, seja por meio de assistência individual, para curar, reparar ou amenizar um sofrimento, incluindo exames, uso de medicamentos e equipamentos e de todos os tipos de terapia ou reabilitação, seja como prevenção coletiva de danos, incluindo atividades de educação e comunicação”. O médico na função de perito, não aplica o seu conhecimento para intervir na relação saúde-doença do servidor e sugerir uma solução para o seu problema de saúde. O conhecimento do perito, está a serviço dos interesses da Instituição, de assegurar o exercício de um direito, esclarecer uma questão legal ou defender o interesse do bem público (CARNEIRO, 2006).

Segundo Sato (2001), ao focar a causa final no indivíduo, inicia-se o processo de culpabilização do trabalhador/a pelo seu adoecimento. A culpabilização do servidor pelo seu adoecimento tem sido um aspecto enfatizado na literatura. Cunha (2007, p.13), pontua que “o mito de que o servidor público ludibria a perícia médica para ausentar-se, fazendo-se valer de seus direitos como estabilidade e benefícios tem levantado muitas questões, principalmente quando veiculados pela mídia”. Carneiro (2006, p. 25), acrescenta que, “a ideia do servidor como fraudador de licenças médicas é muito propagada na administração pública, possibilitando assim, a edição de regras e normas restritivas para todos”.

Estudos recentes, têm revelado os principais grupos de causas do adoecimento entre servidores públicos e chamam a atenção para o aumento percentual do absenteísmo por doença de longa duração, frequentemente, associado aos transtornos mentais e comportamentais, seguidos das doenças do aparelho circulatório e das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CUNHA *et al.*, 2009; SALA *et al.*, 2009).

Nestes estudos, os transtornos mentais e comportamentais e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo apontam para as já conhecidas relações entre o trabalho e o adoecimento (MERLO, 2007; SALA *et al.*, 2009). Apesar de reconhecidamente evitáveis, estas patologias têm sido responsáveis pelo aumento percentual do absenteísmo por doença nas instituições públicas (CUNHA *et al.*, 2009; SALA *et al.*, 2009). De acordo com SALIM (2003), são patologias crônicas de terapia difícil, porque se renovam precocemente e geram incapacidades que não se resumem somente ao ambiente de trabalho mas para toda a vida.

Cunha *et al.* (2009), analisaram as taxas de afastamento do trabalho por problemas de saúde, entre servidores públicos estaduais, das Secretarias de Estado de Saúde (SES) e da Administração do Estado (SEA) de Santa Catarina, durante o período de 1995 a 2005 e constataram tendência de decréscimo para ambas as secretarias, ambos os sexos, com tendência de estabilidade para as mulheres e aumento do número médio de dias de afastamento no decorrer do período analisado. Entre os principais grupos de causas estão os transtornos mentais e comportamentais (SES=25,6% e SEA=18,24%); doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (SES=20,41% e SEA=23,48%); fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (SES=15,19% e SEA=14,34%); lesões e envenenamentos e algumas consequências de causas externas (SES=10,27% e SEA=11,25%); doenças do aparelho circulatório (SES=6,53% e SEA=7,52%).

Sala *et al.* (2009), analisaram as variações dos padrões de absenteísmo por doença segundo arranjos ocupacionais em um levantamento das ocorrências de licenças para tratamento da saúde entre os servidores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), durante o ano de 2004. Encontraram um percentual de absenteísmo de 2,8%, com diferenças significativas entre tipos de unidades e agrupamento de funções exercidas. Sendo que os maiores percentuais de absenteísmo foram localizados entre os servidores em funções operacionais (3,4%) e em funções assistenciais (3,3%) em hospitais. Os principais grupos de causas que motivaram os afastamentos foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (21,5%); transtornos mentais e comportamentais (19,2%); lesões e envenenamentos e algumas outras causas externas (11,8%); doenças do aparelho

circulatório (10,3%); doenças do aparelho respiratório (5,9%) e demais grupos de causas que representaram (31,5%) do total de diagnósticos.

Guimarães (2005), através do levantamento das licenças médicas registradas nos prontuários, durante o ano de 2003, encontrou um índice de absenteísmo de 4,23% entre os servidores civis do Hospital Geral de Brasília. Entre os principais grupos de causas, estão as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (20,54%); doenças do aparelho respiratório (12%); doenças do aparelho circulatório (9,5%); transtornos mentais e comportamentais (7,3%); doenças do aparelho digestivo (6,2%).

No âmbito da esfera pública estadual, Fernandes et al. (2003), verificaram possíveis associações entre condições de trabalho e saúde de agentes penitenciários (AP) na região metropolitana de Salvador. Identificaram um ambiente de trabalho psicologicamente inadequado, condições infraestruturais insuficientes, falta de tempo para lazer, ausência de atividades físicas, jornada de trabalho superior a 48 horas semanais e organização do trabalho inadequada. Esses fatores, foram associados positivamente com distúrbios psíquicos menores (DPM).

No âmbito da esfera pública municipal de Belo Horizonte - MG, Gasparini et al. (2005), analisaram os dados da Gerência de Saúde do Servidor e Perícia Médica (GSPM), durante o período de 2001 e abril de 2002. Constataram que as motivações que estão levando à perícia não são irrelevantes e que 92% (15.243) dos atendimentos levaram ao afastamento do trabalho; sendo que destes, 84% eram professores. Os transtornos psíquicos ocuparam o primeiro lugar entre os diagnósticos que provocaram os afastamentos (15%); seguido das doenças do aparelho respiratório (12,2%); doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (11,5%) e doenças do aparelho circulatório (4,5%).

De acordo com Gasparini et al. (2005), os resultados do estudo em conjunto com os achados da revisão da literatura referenciada, atestam, a forte associação entre o adoecimento e as condições de trabalho. Os estudos identificaram diversos agentes estressores com os quais os professores lidam no cotidiano profissional (falta de preparo dos professores; número elevado de alunos por turma; infraestrutura física inadequada; violência; desinteresse da família em acompanhar a trajetória escolar

dos filhos; desvalorização profissional; baixos níveis salariais; situações que fogem ao controle e preparo, entre outros).

Silva et al. (2000), estudaram o excesso de mortalidade por câncer entre os militares da Marinha do Brasil, identificando a neoplasia como causa básica dos óbitos (20,1%) e a segunda causa de morte neste grupo, diferindo da população geral (11,8%); identificaram associações estatisticamente significantes em grupos ocupacionais específicos tais como, as funções do grupo saúde e o câncer de cérebro e fígado; o grupo de oficiais da Armada e da administração e o câncer no cólon-reto; o grupo de manutenção e reparos e o câncer de laringe.

O adoecimento decorrente do sofrimento oriundo das mudanças na organização do trabalho, tem sido um dos fatores positivamente associados a sentimentos como ansiedade e tristeza e conseqüente, depressão no setor público. De acordo com Assunção (2003), as mudanças na organização do trabalho em nível do indivíduo, modificam a natureza dos riscos e trazem efeitos sobre a relação saúde-trabalho pouco conhecidos ou dimensionados.

Brant e Dias (2004), ao investigarem as manifestações do sofrimento em gestores de uma instituição pública, durante um processo de reestruturação organizacional, constataram por meio do SRQ-20, que o percentual de sofrimento entre os gestores era de 23,9%, sendo verificadas diferenças significantes entre sexo e sofrimento ($p < 0,05$). As mulheres tinham seis vezes mais chance de apresentar sofrimento quando comparadas aos homens. A falta de prazer e insatisfação com os resultados também foram associados à tristeza.

Os autores ao dar visibilidade a algumas manifestações desse sofrimento, a partir do grupo focal, constataram que ansiedade, tensão e preocupação constituíram-se nas manifestações mais frequentes do sofrimento (73,2%). A tristeza foi a segunda maior manifestação do sofrimento entre os gestores (43,7%). Discussões geradas a partir do grupo focal, sinalizaram que a tristeza parece estar associada à fraqueza e à depressão, bem como à jornada de trabalho e ao não dormir. A falta de prazer e a insatisfação com os resultados, também foram associadas à tristeza. A dificuldade de realizar, com satisfação, as atividades da vida diária (39,0%) e a perda de interesse pelas coisas (19,8%) expressaram uma situação de desprazer e

mostraram como uma vida marcada por atividades sem significação leva ao sofrimento.

2.2 Processos de trabalho e adoecimento nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES)

O impacto das políticas públicas de ajuste fiscal das últimas duas décadas, recaiu em sua quase totalidade sobre o funcionalismo público, em especial os servidores públicos lotados nas Instituições Federais de Ensino Superior, com implicações nas condições de vida e de trabalho, na qualidade dos serviços prestados e no papel social por eles desempenhado (BARBOSA e SILVA, 2005).

Segundo Barbosa e Silva (2005), os ajustes fiscais, atingiram os recursos humanos, tornando a dimensão social do funcionalismo público uma questão puramente técnica e quantitativa por meio da redução dos níveis salariais e do número de pessoal, formas flexibilizadas de contratação, ausência de concursos para reposição do quadro e ausência de planos de carreira.

Essas medidas conduziram os servidores públicos das IFES a um processo de pauperização e perda do poder aquisitivo, com implicações nas condições de trabalho. As condições inadequadas de trabalho e os baixos níveis salariais motivaram a evasão de servidores técnico-administrativos e professores/pesquisadores com elevados níveis de qualificação para o setor privado, provocou o esvaziamento em áreas estratégicas dessas instituições e gerou sobrecarga física e mental entre aqueles que permaneceram .

Os gestores dos recursos humanos precisam considerar que, o quadro funcional das IFES não foi renovado por quase duas décadas. O ritmo das aposentadorias é mais rápido do que o ritmo das realizações de concursos públicos. Os servidores ativos estão atravessando um processo de envelhecimento natural e gradativo, que de certa forma, foi intensificado, devido às péssimas condições de trabalho, redução da renda e da qualidade de vida. Em decorrência das políticas de ajuste fiscal, os processos de trabalho nestas instituições foram intensificados por meio da

flexibilização das tarefas e de uma nova relação que tem se estabelecido com o tempo de trabalho, com maior intensidade entre os docentes .

De acordo com Mancebo (2007) e Lopes (2006), em consequência do desfinanciamento contínuo por parte do estado, da informatização dos serviços e do profundo enxugamento do quadro de funcionários de apoio, os docentes incorporaram ao cotidiano novas funções que não se limitam apenas às salas de aula, orientação e desenvolvimento de pesquisas e publicações. Somam-se às atividades, os e-mails a serem respondidos, o preenchimento de inúmeros relatórios e formulários, a emissão de pareceres e a captação de recursos para viabilizar o seu trabalho, além da participação em comissões, pressão institucional por publicações, entre outras atividades.

Uma nova dinâmica no tempo de trabalho para a execução das atividades tem se estabelecido nestas instituições. Segundo Mancebo (2007), percebem-se, mudanças relacionadas à aceleração da produção docente, bem como mudanças com relação ao tempo que o professor dedica a uma pesquisa ou atividade. O trabalho docente tornou-se flexível, multifacetado e permeado por diversas atividades e exigências incessantes. Apesar das facilidades introduzidas com o uso das novas tecnologias, o tempo para a execução das atividades modificou-se, exigindo do professor/pesquisador intensificação no ritmo do trabalho e aumento das responsabilidades.

O efeito destas mudanças na relação saúde-doença e trabalho nas IFES, ainda é desconhecido. Constata-se, por meio da literatura existente, o aumento dos distúrbios mentais e comportamentais e das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo em graus variados de complexidade e duração nesta população (SILVA;MARZIALE,2000; BARBOZA; SOLER, 2003; REIS *et al.*,2003; LOPES *et al.* 2003; SAMPAIO *et al.* 2003; NORO e KIRCHHOF, 2004; MACEDO *et. al.* 2007).

Lopes et al. (2003), no estudo Pró-Saúde, investigaram a associação entre eventos de vida produtores de estresse (EVPE) e transtornos mentais comuns (TMC), entre os técnicos administrativos de uma IFE. A prevalência de TMC foi de 29% (22,2% nos homens e 34,4% nas mulheres). A avaliação da associação entre a presença do evento e características sociodemográficas mostrou que sexo ($p < 0,001$), renda

($p=0,001$) e situação conjugal ($p=0,03$), apresentaram associação estatisticamente significativa com TMC. Quanto à associação entre a ocorrência de EVPE e a presença de TMC, o estudo mostrou que “ter passado por dificuldades financeiras graves” foi o evento mais fortemente associado ($OR=2,60$), seguido de “ter sido vítima de agressão física” ($OR=2,13$), “rompimento de relação amorosa” ($OR=1,94$), “mudança forçada de moradia” ($OR=1,90$) e “problema sério de saúde” ($OR=1,81$).

Macedo et. al. (2007), no estudo Pró-Saúde, investigaram a associação entre indivíduos que desempenhavam tarefas classificadas como de alta exigência e a interrupção de atividades habituais por problemas de saúde. Ao investigar esse desfecho, os autores buscavam captar o impacto do estresse na capacidade funcional do ponto de vista físico, social e emocional.

O estudo mostrou que as mulheres representavam a maior parte do grupo estudado (56%) e possuíam maiores rendimentos e melhores níveis de escolaridade quando comparadas aos homens. A prevalência de maiores níveis de exigência e desgaste com relação à atividade que desempenhavam foi maior entre as mulheres (15,9%) do que entre os homens (11,6%), assim como a prevalência da interrupção de atividades habituais; 26,3% para as mulheres e 18,2% para os homens, sendo significativa a diferença entre o sexo com relação à interrupção de atividades habituais ($p<0,001$). Constatou-se que, quanto menor a renda mensal domiciliar *per capita*, maior a prevalência de alta exigência apenas entre as mulheres ($p=0,001$).

Sampaio et al. (2003), analisaram retrospectivamente casos de aposentadorias por invalidez dos servidores públicos da Universidade Federal de Minas Gerais, durante o período de 1966 a 1999. Identificaram como diagnósticos mais frequentes a esquizofrenia (14%); hipertensão arterial (13%); e dorsopatias (9%). A taxa de incidência média foi de 1,69/1000 trabalhadores/ano, sendo que do total de aposentadorias, 56% eram homens e 44% mulheres, tendo como idade média 51 anos ($DP=9,5$). A distribuição por ocupações evidenciou (35%) entre os trabalhadores dos serviços gerais; 32% profissões científicas e técnicas; 23% técnicos administrativos e 10% operadores de máquinas e condutores de veículos e 1% agropecuários e florestais.

Noro e Kirchof (2004), analisaram as licenças médicas por transtorno mental concedidas pelo Serviço de Perícia Médica de uma Instituição Federal de Ensino Superior, durante os meses de dezembro de 1997, fevereiro, março e junho de 1998 e fevereiro, março e junho de 1999, entre os servidores técnico-administrativos e os docentes. Constataram que 6,8% do total de servidores afastaram-se por transtornos mentais e que, entre o total de licenças concedidas no período, o percentual médio de licenças por transtorno mental foi de 14,7%. A prevalência das licenças por transtornos mentais na população variou no período de 11,7% a 25,75%; sobre o total de licenças concedidas, entre as causas frequentes destacaram-se a depressão (41,6%), a reação aguda ao stress (9,54%), dependência do álcool (9,16%), transtornos de ajustamento (8,77%), transtorno de pânico e misto (6,87%), ansiedade e transtorno afetivo bipolar (5,34%) e outros (6,51%).

Embora os dados das licenças médicas não possibilitem uma inferência quanto aos determinantes do adoecimento nesta população, as conclusões dos estudos abordados, convergem para a contribuição do ambiente e das condições inadequadas de trabalho como fatores associados ao aumento dos percentuais de absenteísmo por doença, nas Instituições Públicas do Brasil.

Constata-se através dos diferentes tipos de estudo e abordagens, o aumento do sofrimento psíquico advindo de aspectos relativos à organização do trabalho, do estresse ocupacional e a maior prevalência dos transtornos mentais, além das doenças osteomusculares, entre os servidores públicos. Santana (2006), apontou em uma revisão desenvolvida sobre a produção acadêmica de teses e dissertações em saúde do trabalhador no País, que as doenças do sistema osteomuscular e a saúde mental de trabalhadores da área da saúde figuraram entre os temas mais pesquisados.

O distanciamento entre a área de recursos humanos e a área de atenção à saúde do servidor é um fato que chama a atenção em grande parte das instituições públicas (CARNEIRO, 2006), bem como a ausência de um modelo de atenção à saúde do trabalhador que possa atender às demandas de assistência médica, prevenção de doenças e promoção da saúde (GEHRING-JUNIOR et al., 2003).

Apesar da expansão exponencial dos cursos de pós-graduação no país e dos grandes avanços nas pesquisas com relação à área da saúde do trabalhador (SANTANA, 2006), na produção científica atual, poucos estudos abordam sobre a saúde de servidores públicos e suas relações com os processos de trabalho. Ainda são incipientes as iniciativas no sentido de compreender os fatores associados ao adoecimento dos servidores públicos no país.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando-se que, o objeto proposto nesta investigação será constituído pelo estudo das ocorrências de afastamento do trabalho motivado por doença e a respectiva duração deste, torna-se de fundamental importância, explicitar alguns aspectos e conceitos relativos ao uso desse indicador à luz da literatura.

A produção científica sobre o absentéismo por doença tem incorporado ao longo das últimas décadas um amplo espectro de conceitos de diferentes disciplinas e por consequência, tem produzido diferentes abordagens e modelos explicativos, resultando em uma grande variabilidade de medidas e termos com referência ao mesmo indicador (ALLEBECK; MASTEKAASA, 2004; HENSING, 2004).

O aspecto positivo desta grande diversidade de medidas é a possibilidade de abordar as múltiplas determinações deste fenômeno, sob a luz de diferentes perspectivas (sociológica, psicológica, saúde pública e econômica, entre outras). Entretanto, a ausência de uma padronização e a grande variabilidade de conceitos na definição do absentéismo por doença tem dificultado a comparabilidade de resultados entre os diferentes tipos de estudos. Outro aspecto, refere-se à ausência de padronização na definição do denominador base, para o cálculo das taxas de ausência, o qual tem sido determinado com base em critérios administrativos relativos aos custos e perda da produtividade do empregador (WHITAKER, 2001).

Este estudo entende que o processo de adoecimento-afastamento do trabalhador é um fenômeno social, no qual o tipo de atividade que o indivíduo desenvolve, o ambiente e as condições de trabalho, encontram-se, diretamente relacionados ao seu desencadeamento e que passa a constituir-se, em um fenômeno coletivo desorganizador do ambiente, pois obriga outros atores - ligados à instituição, à equipe de trabalho, ao sindicato e Estado – a intervirem no que seria, a princípio, uma manifestação do corpo vivenciada pelo indivíduo.

De acordo com Dejours (1992) o **absenteísmo** ocorre:

(...) quando o limiar coletivo de tolerância não é ultrapassado e o trabalhador/a, isoladamente, não consegue manter-se no ritmo de trabalho ou manter-se no seu equilíbrio mental. Forçosamente a saída será a individual (DEJOURS, 1992, p. 121).

Na literatura, a caracterização dos perfis do absenteísmo por doença depende da duração do afastamento, da gravidade da doença ou lesão, de características individuais e funcionais, condições de vida e de trabalho e da presença ou ausência de suporte social. Esses fatores, tomados em conjunto, contribuem com os processos de readaptação e reabilitação funcional, determinando o retorno do trabalhador/a ou o prolongamento de sua ausência (LUND et al, 2006; LABRIOLA, 2006; MESA;KAEMPFER, 2004).

3.1 Absenteísmo: aspectos conceituais

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) conceitua o absenteísmo como a falta ao trabalho por parte de um empregado. E o absenteísmo, por licença médica, consiste “no período de baixa laboral atribuído a uma incapacidade do indivíduo contabilizado desde o início e à margem de sua duração” (OIT, 1991).

De acordo com Quick e Lapertosa (1982), este tipo de ausência caracteriza-se, pela frequência (número de períodos de afastamento/número de empregados incluindo os ausentes), gravidade (número de dias perdidos/número de empregados incluindo os ausentes) e a duração média da ausência (número de dias perdidos/número de períodos incluindo os ausentes). Com base nesses indicadores e outras informações, como diagnóstico médico, número total de dias perdidos, duração dos períodos, estado civil, posição social/classe, ocupação, sexo e idade, pode-se descrever e classificar o fenômeno ao longo do tempo. Os autores classificaram o absenteísmo em cinco grupos:

- Absenteísmo voluntário: ausência voluntária do trabalho por razões particulares não justificadas e sem amparo legal.

- Absenteísmo por doença: inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico, excetuando-se nesta classe os infortúnios profissionais.
- Absenteísmo por patologia profissional: inclui todos os acidentes do trabalho ou patologia profissional.
- Absenteísmo legal: ausência justificada e amparadas pela legislação (gestação, casamento, doação de sangue, serviço militar, gala, entre outros).
- Absenteísmo compulsório: é impedimento involuntário, por suspensão imposta pelo patrão, por prisão, ou outro impedimento que o impossibilite de chegar ao trabalho (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

Alexanderson (1998), descreve o absenteísmo por doença como um indicador que expressa fenômenos complexos que ocorrem na população geral e que, naturalmente, incorpora o efeito das mudanças da demografia, da epidemiologia e da geografia, do mercado de trabalho, das condições de vida e de trabalho, do nível socioeconômico e a organização da comunidade local.

Hensing (2004), descreve o absenteísmo por doença e a aposentadoria precoce, como dois fenômenos que representam diferentes processos que se desenvolvem ao longo do tempo. O autor, refere-se ao processo de adoecer e pertencer a uma lista de beneficiários ou afastar-se permanentemente como um *continuum* desenrolar de intenções, ações inter (intra) relações entre o doente, o empregador, a equipe de trabalho, a família, os serviços de saúde, os sistemas de previdência e seguradoras.

3.2 Condições de trabalho

As condições em que o trabalho é realizado pode desencadear ou agravar no trabalhador/a o processo de adoecimento ou morte por causas relacionadas ao trabalho. A Norma regulamentadora número sete (NR-7) estabelece as diretrizes para um Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional (PCMSO), indica que os aspectos clínicos e epidemiológicos devem ser acompanhados pelos dirigentes, pelos trabalhadores e pela equipe de saúde de uma determinada classe de trabalhadores agrupados pela natureza de seu trabalho e/ou por sua aglomeração organizacional ou de localização.

No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece a correlação entre o trabalho e o processo saúde-doença por meio do seu manual técnico do livro Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde.

No âmbito da prestação de serviços, este manual orienta os profissionais da saúde, em especial àqueles que atuam na atenção básica na prevenção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, bem como a caracterização das relações da doença com o trabalho ou com a ocupação, na perspectiva da Saúde do Trabalhador visando à orientação do planejamento, execução e avaliação das ações no sentido de promover, proteger e recuperar a saúde dos trabalhadores/as (BRASIL, 2001).

De acordo com Mendes e Dias (1999), o perfil de adoecimento dos trabalhadores/as é definido como resultante da interação entre condições adversas de trabalho e ocupação e, podem ser sintetizados nos seguintes grupos de causas:

- doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas que condicionam a saúde dos trabalhadores;
- doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, entre outras), eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho (por exemplo, hipertensão arterial);
- doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho (a asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído, as doenças osteomusculares e alguns transtornos mentais);
- agravos à saúde específicos, que têm relação com condições de trabalho específicas, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais (BRASIL, 2001).

A interação entre o objeto de trabalho, o uso da tecnologia, a atividade a ser realizada e o corpo do trabalhador pode gerar riscos ocupacionais (LIMA *et al.*, 1999). Os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores ou relacionados ao trabalho podem ser classificados em cinco grandes grupos:

- Físicos (ruído, vibração, radiação ionizante e não ionizante, temperaturas extremas, pressão atmosférica anormal);
- químicos (agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho);
- biológicos (vírus, bactérias e parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária);
- ergonômicos e psicossociais (decorrentes da organização e gestão do trabalho, como por exemplo, da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos diurno e noturno; monotonia ou

- ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros);
- mecânicos, são relacionados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos, que podem levar a acidentes do trabalho (BRASIL, 2001).

3.3 Duração do afastamento

Na literatura, a definição dos limites do período do afastamento não é consensual, pois depende de leis trabalhistas vigentes em cada país e de normas específicas às instituições (REIS *et al.*, 2003). No contexto deste estudo, o critério adotado para estabelecer os períodos curtos e longos relativos à duração do afastamento será definido com base no valor mediano do total de afastamentos por indivíduo no período definido.

Lund *et al.* (2006), chamam a atenção para a possibilidade de que os períodos do afastamento se diferenciem com relação à causa e apontam para a necessidade de estudos que classifiquem a ausência em diferentes estágios no tempo (curto, médio e longa duração). Considera-se que o afastamento de longa duração além de ser danoso para a saúde, implica em maior custo para a instituição e aumento do sofrimento físico e psíquico para o trabalhador/a (FLODERUS *et al.*, 2005).

Estudos referem o absenteísmo por doença de longa duração, como um estágio no processo do adoecimento que reflete a complexidade no tratamento da morbidade, em alguns casos, propicia o desenvolvimento de co-morbidades e dificuldades no processo de reintegração do indivíduo, aumento do risco de incapacidades para o trabalho e de aposentadorias precoces por invalidez nas instituições. Este tipo de absenteísmo tem provocado reflexos importantes na economia das empresas em países industrializados e em desenvolvimento (LABRIOLA *et al.*, 2007; FLODERUS *et al.*, 2005).

Marmot *et al.* (1995), analisaram a ausência do trabalho no estudo Whitehall II e constataram que, de uma maneira global, quanto mais longa (> 7 dias) a ausência, maior a relação do absenteísmo com problemas de saúde. Ausências curtas não excluem a possibilidade desta relação, mas nesses casos, a associação tende a ser

menos intensa. Os autores sugerem que o absenteísmo seja estudado como uma medida do funcionamento físico, psicológico e social.

Na União Europeia, a incapacidade temporária para trabalhar refere-se ao primeiro período de absenteísmo; em grande parte dos países, esse período está limitado as primeiras 52 semanas de incapacidade. A incapacidade prolongada ou permanente diz respeito aos acordos posteriores ao primeiro período do absenteísmo. O absentismo temporário tem sido mensurado em absentismo de curta duração (1 a 7 dias), de média duração (8 a 42 dias) e de longa duração (mais de 42 dias) (FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO, 1997).

3.4 Causas do absenteísmo por doença

Estudos revelam que, as inovações tecnológicas incorporadas nos processos de automação e a informatização têm levado ao uso intensivo e repetitivo de determinados grupos musculares e que a manutenção de posturas anti-ergonômicas tem contribuído significativamente para o aumento dos casos de distúrbios osteomusculares (DORT) e as lesões por esforços repetitivos (LER) (SANTANA, 1996; DIAS, 2000; SALIM, 2003). Essas afecções ocupacionais, expressam um dos sofrimentos advindos da relação saúde-trabalho, na contemporaneidade, e já podem ser consideradas uma epidemia de saúde pública em escala mundial (GHISLENI; MERLO, 2005).

Os novos mecanismos organizacionais e gerenciais introduzidos nos processos de trabalho têm sido, entre outros fatores, responsáveis pela intensificação do ritmo de trabalho e desencadeado o aumento das condições de trabalho motivadoras de estresse – que, por meio do aumento de cargas de trabalho, responsabilidades e da complexidade das tarefas e a ausência de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal – especialmente entre as mulheres que, em muitas situações, conciliam as tarefas domésticas após o trabalho (DIAS, 2000; LOPES *et al.*, 2003; AQUINO, 2005).

De acordo com Dejours (1992, p. 127, 133), “a organização do trabalho determina o conteúdo da tarefa através da divisão do trabalho [...] e exerce, sobre o homem, uma

ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico”. As mudanças na organização do trabalho em nível do indivíduo modificam a natureza dos riscos e trazem efeitos sobre a relação saúde-trabalho, pouco conhecidos ou dimensionados (ASSUNÇÃO, 2003).

O estresse ocupacional está entre as principais causas de afastamento do trabalho, no mundo inteiro. Na União Europeia, o estresse e o *Burnout* estão entre as principais causas de absenteísmo por doenças relacionadas ao trabalho, com um custo expressivo para a sociedade e tem causado ao indivíduo preocupações, problemas e sofrimento (OMS, 2003). O estresse ocupacional é desencadeado por relações complexas entre condições do trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador, além da demanda quando o trabalho excede as habilidades do trabalhador (MURPHY, 1984; BENAVIDES *et al.*, 2001).

Na literatura, a Síndrome de Burnout tem sido associada a categorias profissionais que desenvolvem atividades orientadas para o cuidado ou o desenvolvimento do ser humano, tais como enfermeiros, médicos, assistentes sociais e professores. É desencadeada, através de elevados níveis de estresse no trabalho, frustrações, exaustão de energias física e emocional, e se caracteriza pelo distanciamento das relações pessoais, esgotamento e diminuição de realização pessoal (TRIGO *et al.*, 2007; GARCIA; PEREIRA, 2003).

No Brasil, diversos pesquisadores têm dedicado atenção ao estudo das associações entre estresse no trabalho e os diferentes desfechos relacionados à saúde: doenças cardiovasculares, saúde autopercebida, depressão, absenteísmo, distúrbios psíquicos menores, entre outros. A partir de diferentes abordagens, esses estudos têm investigado o papel dos marcadores de posição social e outras dimensões da vida social em diferentes domínios da qualidade de vida, morbidade e comportamentos relacionados à saúde de funcionários públicos (LOPES *et al.*, 2003; FAERSTEIN *et al.*, 2005; MACEDO *et al.*, 2007).

Araújo *et al.* (2003), utilizaram o modelo adotado por Karasek para investigar a relação entre estresse no trabalho e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre trabalhadoras de enfermagem em um hospital universitário. Os resultados evidenciaram associação positiva entre demanda psicológica e distúrbios psíquicos

menores – o controle sobre o trabalho, também estava associado positivamente à ocorrência de distúrbios psíquicos menores.

No estudo Pró-Saúde, Macedo *et al.* (2007), investigaram a associação entre indivíduos que desempenhavam tarefas classificadas como de alta exigência e a interrupção de atividades habituais por problemas de saúde. Ao investigar esse desfecho, os autores buscavam captar o impacto do estresse na capacidade funcional do ponto de vista físico, social e emocional. O estudo mostrou que a prevalência de maiores níveis de exigência e desgaste com relação à atividade que desempenhavam foi maior entre as mulheres (15,9%) do que entre os homens (11,6%), assim como a prevalência da interrupção de atividades habituais; 26,3% para as mulheres e 18,2% para os homens, sendo significativa a diferença entre o sexo com relação à interrupção de atividades habituais ($p < 0,001$). Constatou-se também, apenas entre as mulheres, relação inversa entre renda mensal domiciliar *per capita* e a prevalência de alta exigência ($p = 0,001$).

No estudo Whitehall II, Kuper e Marmot (2003), utilizando o modelo Demanda-Controle de Karasek, investigaram a associação entre estresse no trabalho e aumento do risco de doenças coronarianas. O estudo mostrou que os funcionários que estiveram sob maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares estavam concomitantemente com alta demanda e baixo controle. Observou-se também, que o aumento da incidência de doenças cardiovasculares concentrava-se entre os trabalhadores mais jovens. Concluiu-se, que o aumento da demanda e o baixo controle estavam diretamente associados ao aumento de doenças cardiovasculares entre os funcionários públicos britânicos.

3.5 Atividade de trabalho e rendimento

A forma de inserção do trabalhador/a no processo produtivo é fator determinante da sua condição de saúde (MENDES, 1988a). Estudos revelam que as maiores taxas de absenteísmo por doença estão situadas nos grupos com rendimentos mais baixos, em grande parte devido às condições de vida e o tipo de atividade que desenvolvem, principalmente nos trabalhos manuais, que estes trabalhadores estão envolvidos (MENDES, 1988a; MENDES; TOLOSA, 1991; KUPER; MARMOT, 2003).

A remuneração não condizente com o trabalho executado e a exposição a riscos ocupacionais, são fatores que também predisõem à perda de saúde por parte do trabalhador (BITTENCOURT, 1993). Marmot (1991) observou que trabalhadores menos qualificados apresentavam maior prevalência de doenças cardiovasculares, pior percepção da própria saúde e diferenciais relativos a hábitos de vida, atividades sociais e características do trabalho, sugerindo uma aglomeração de potenciais fatores de risco.

Marmot (1995), ao investigar o estado de saúde auto-relatado de servidores públicos britânicos e o absenteísmo por doença, encontrou correlação inversa entre o nível hierárquico e as taxas de absenteísmo por doença. Entre os homens de menor nível hierárquico, as taxas de absenteísmo por doença foram seis vezes superiores quando comparados aos de maiores níveis hierárquicos. Entre as mulheres, as diferenças correspondentes foram duas a cinco vezes superiores. Ainda neste estudo, os profissionais que relataram baixa satisfação com o trabalho apresentaram forte correlação com as maiores taxas de absenteísmo por doença.

Marmot (2003) chama a atenção para a importância do aspecto financeiro e pontua que, é preciso ir além das medidas de renda para entender a relação entre posição social (medida de posição socioeconômica) e saúde, especialmente quando se refere a populações acima da linha de pobreza e da privação absoluta, como no caso do Estudo Whitehall (estudo de uma coorte de funcionários públicos civis da Inglaterra).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho e população do estudo

Será realizado um estudo de corte transversal, descritivo com base de dados institucional e registros administrativos de Licenças para Tratamento da Saúde (LTS).

A população de estudo será constituída por servidores públicos civis federais, ativos e os que solicitaram licença do trabalho para tratamento da saúde por 15 dias ou mais, de ambos os sexos, de uma Instituição Federal de Ensino Superior na Bahia, durante o período de 1 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2006.

A amostra será constituída por 1.289 ocorrências de licenças médicas para tratamento da saúde por doença (inicial ou prorrogação) por 15 dias ou mais, geradas por 428 servidores públicos de uma população de 5.254 servidores ativos, ambos os sexos, no período definido.

O critério de inclusão adotado foi pertencer ao quadro funcional da Instituição sob Regime Jurídico Único (Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990); somente neste grupo existiam registros de ocorrências de afastamento para tratamento da saúde. Apesar dos afastamentos motivados por doença com duração inferior a 15 dias estarem previstos na legislação, estes casos na Instituição normalmente são administrados pela unidade onde o servidor está lotado.

4.2 Local do estudo

A instituição estudada é uma autarquia federal, destinada a transmissão e difusão do conhecimento por meio do ensino, da pesquisa e da extensão em diferentes áreas do conhecimento e pela prestação de serviços assistenciais de qualidade oferecidos à comunidade, distribuídos em diversos centros de atenção à saúde (Hospitais Universitários, Maternidades, Centros Pediátricos e Odontológicos, entre outros).

As atividades no ano-base 2006, foram realizadas pelo exercício profissional de aproximadamente 5.254 servidores ativos, sendo que destes, 1.210 eram de apoio, 1.357 técnicos de nível médio, 992 técnicos de nível superior e 1.820 docentes.

Nestas instituições, a grande diversidade de atividades exige inúmeras categorias ocupacionais. O trabalho é hierarquizado e fragmentado, existem chefias, supervisores, coordenadores, chefes de departamento, diretorias. Cada servidor é designado a desempenhar uma função para a qual prestou concurso e está habilitado.

O regime de trabalho é diversificado (20,40,60 horas/semanais ou dedicação exclusiva), trabalho noturno e diurno. São regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU, Lei Nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990).

4.3 Produção dos dados

A base de dados utilizada nesta pesquisa foi gerada para atender uma necessidade do Projeto ELSA, no qual foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva (Reg. CEP: 027-06/CEP-ISC). A pesquisa anterior tinha como objetivo descrever o perfil de morbidade neste grupo, tendo sido desenvolvida por duas bolsistas PIBIC, estudantes da Escola de Enfermagem. A seguir serão descritos todos os procedimentos utilizados no tratamento e geração da base de dados.

Os dados institucionais foram obtidos da Base de dados do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – SIAPE, sistema único de todo o funcionalismo para a gerência da folha de pagamento e manutenção dos dados cadastrais dos servidores civis federais. As informações relativas ao registro das ocorrências de afastamentos motivados por doença, foram obtidas pelo sistema de ocorrências funcionais da Instituição. Todas as informações foram fornecidas pelo sistema de Processamento de Dados da IFE.

O diagnóstico da causa mórbida que motivou o afastamento foi obtido a partir de registros nos prontuários de atendimento no Serviço Médico da Instituição. A coleta da causa mórbida e a classificação segundo a CID-10 foram efetuadas por bolsistas

de iniciação científica (PIBIC), estudantes da escola de Enfermagem durante o período de fevereiro a março de 2008.

Todas as informações serão incorporadas em uma única base de dados. O total de ocorrências de afastamento por indivíduo, a duração do afastamento por indivíduo, o diagnóstico do afastamento e a presença ou ausência de licença médica, as características sociodemográficas e funcionais sem identificação nominal.

Utilizou-se o programa estatístico STATA versão 8.0 para tratamento e geração da base de dados.

4.4 Descrição das variáveis

- a) Características Individuais: Idade, sexo, escolaridade, titulação, estado civil.
- b) Características funcionais: tempo de admissão na instituição, cargo/ocupação, unidade de exercício, número de licenças durante no período definido. A Ocupação e a unidades de exercício serão agrupadas em grandes categorias para facilitar a análise.
- c) Características do afastamento:
 - i. Ocorrência de Licença médica (sim/não): presença de licença médica por 15 dias ou mais (sim) ou ausência de licença por 15 dias ou mais, no período definido (não).
 - ii. Duração do afastamento (episódios em dias): refere-se à soma dos períodos do afastamento por indivíduo no período da pesquisa. Será categorizada em períodos de curta e longa duração. A estratificação será definida com base no valor mediano da duração do período afastamento por indivíduo.
 - iii. Diagnóstico do afastamento: doença que motivou a licença codificada segundo a Classificação Estatística e Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (OMS, 2000).

4.5 Análise dos dados

Inicialmente serão realizadas as análises descritivas das variáveis que caracterizam a população de estudo, objetivando descrever o perfil dos trabalhadores que se afastaram por motivo de saúde por 15 dias ou mais e aqueles que não solicitaram licenças no período definido (neste grupo, poderão estar incluídos os trabalhadores que solicitaram afastamento inferiores a 15 dias).

As variáveis categóricas serão analisadas através de distribuições de frequências. As variáveis contínuas (idade, número de ocorrências e duração do afastamento) serão categorizadas utilizando medidas de tendência central (médias, desvio padrão e/ou medianas) tendo como base critérios adotados na literatura. Para verificar as diferenças entre as proporções, serão utilizados os testes estatísticos *Chi-quadrado de Pearson* ou o *Teste Exato de Fischer* (quando necessário), considerando um nível de confiança de 95% ($\alpha \leq 0,05$).

Para análise da frequência dos afastamentos motivados por doença serão calculados e expressos os seguintes indicadores: total de dias perdidos por doença, duração média dos episódios, sendo que, para o cálculo da prevalência e da gravidade, serão utilizados os denominadores da população geral, ou seja, o total de indivíduos por local de trabalho, grupo ocupacional, local de trabalho, tempo na instituição, grupo etário, estado civil e escolaridade estratificados por sexo.

Quick e Lapertosa (1982), sugerem para melhor descrever o absenteísmo, o uso de pelo menos três dimensões: a frequência (número de períodos de afastamento/número de empregados, incluindo os ausentes), a gravidade (número de dias ausentes/número de empregados, incluindo os ausentes) e a duração média dos períodos (número de dias perdidos/número de períodos) discriminados por faixa etária, sexo e categoria profissional.

Será calculado o índice de absenteísmo (IA)=(total de dias perdidosx100/ total de servidores x total de dias de trabalho/ano), proposto por Alves (1994), quando serão

utilizados os denominadores da população geral, ou seja, o total de indivíduos por local de trabalho, grupo ocupacional, grupo etário e estratificado por sexo.

As associações entre os fatores sociodemográficos e funcionais e o desfecho (duração do afastamento) serão expressas por meio de razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança considerando um nível de 95% ($\alpha \leq 0,05$).

Será utilizado o programa estatístico STATA versão 8.0 para cálculo dos indicadores e análise dos dados.

5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa proposta será realizada com base de dados institucional e com dados secundários obtidos em registros de prontuários médicos, desse modo, sem contato direto com os servidores. As informações serão utilizadas com a finalidade de atender aos objetivos da pesquisa, sem causar prejuízos à instituição ou aos seres humanos envolvidos indiretamente na mesma. As técnicas e métodos de pesquisa adotados não implicarão em nenhuma intervenção e/ou exposição às informações pessoais e funcionais dos indivíduos sob estudo.

É importante ressaltar, que o estudo será conduzido com dados secundários já processados e disponibilizados pelo Projeto ELSA, no qual foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva (Reg. CEP: 027-06/CEP-ISC) em pesquisa anterior.

Serão asseguradas a confidencialidade e a privacidade dos dados e das informações e respeitados os princípios da Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Considerando a importância de serem preservados tais princípios, o presente projeto de pesquisa, será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Ressalta-se, que o desenvolvimento do presente estudo tem como objetivo a produção de conhecimento em torno da temática, contribuindo para orientar a gestão de recursos e o planejamento de ações locais de promoção da saúde dos servidores da Instituição.

O sigilo e o anonimato das informações serão garantidos quanto aos trabalhadores envolvidos na mesma, no sentido de preservar eticamente tanto no processo de desenvolvimento da pesquisa, quanto do processo de tornar público os resultados obtidos. Após a conclusão da pesquisa os resultados serão divulgados em eventos científicos da área da saúde e estatística, e publicados em periódicos de circulação nacional.

6 CRONOGRAMA DA PESQUISA

ATIVIDADES	PREVISÃO – CRONOGRAMA SIMPLIFICADO				
	2008.1	2008.2	2009.1	2009.2	2010.1
	1º Trimestre	2º Trimestre	1º Trimestre	2º Trimestre	1º Trimestre
Cumprimento da Creditação					
Revisão da Literatura					
Tratamento dos dados					
Modelagem dos Dados					
Análise dos Resultados					Jan/Fev
Elaboração do trabalho projeto escrito					Jan/Fev
Defesa da Dissertação					Março

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDERSON, K. et al. Epidemiology of sickness absence in a Swedish county in 1985, 1986 and 1987. A three year longitudinal study with focus on gender, age and occupation. *Scand. J Soc. Med*, n. 22, p.27-34, 1994.

ALEXANDERSON, K. Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposure and theories utilized. *Scand. J Soc. Med.* v.26, p.241-249, 1998.

ALLEBECK, Peter; MASTEKAASA, Arne. Causes of sickness absence: research approaches and explanatory models. *Scand. J Soc. Med.*, v.32, n.5, p. 36-43, 2004.

ALVES M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.15, n.1-2, p. 71-75, 1994.

ARAUJO, Tânia M.; AQUINO, Estela, MENEZES, Greice et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.4, p.424-433, 2003.

ASSUNCAO, Ada Ávila. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.8, n.4, p.1005-1018, 2003.

BELLUSCI, Silvia Meirelles ; FISCHER, Frida Marina. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Rev. Saúde Pública*, v.33, n.6, p. 602-609, 1999.

BENAVIDES, F. G. et al. Working conditions and sickness absence: a complex relation. *J Epidemiol Comm Health*, v.55, p.368, 2001.

BITTENCOURT, C. M. M. Doenças do trabalho no exercício da enfermagem. 1993. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1993.

BRANT, Luiz Carlos ; DIAS, Elizabeth Costa. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n.4, p. 942-949. 2004.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília: MPS, 2007. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Lei nº 8.213. Dispõe sobre os planos de Previdência Social e outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília: Imprensa Oficial, 24 jul. 1999..

BRASIL. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580p. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos, 114).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 18p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1339/GM, de 18 de novembro de 1999. Institui lista de doenças relacionadas ao trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 138p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Da política à ação institucional: prioridades de pesquisa no Ministério da Saúde. Rev. Saúde Pública, v.40, n.3, p.548-552, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria Normativa nº 5. Estabelece orientações básicas aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre os procedimentos mínimos para a realização de Termos de Cooperação Técnica para a criação das unidades do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal previstos no art. 7º do Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, 15 de setembro de 2009. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.112. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da união, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 28 jan. 2009.

BRINER, R. B. ABC of Work Related Disorders: Absence from work. BMJ, v.313, p.874-877, out. 1996.

CARNEIRO, Sérgio Antonio Martins. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas - a experiência na Prefeitura de São Paulo. Revista do Serviço Público. Brasília, 57 (1): 23-49 Jan/Mar 2006.

CODO, Wanderley. A arte de não fazer. O funcionário público faz o que precisa ser feito? In: CODO, Wanderley; JACQUES, M.G. Saúde Mental e trabalho: leituras. Petrópolis: Vozes, 2001. v.1.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. Adaptação às transformações do trabalho e da sociedade: uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança 2002-2006.

CUNHA, Jane Bittencourt. Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 A 2005. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2007.

CUNHA, Jane Bittencourt; BLANK, Vera Lúcia G.; BOING, Antonio Fernando. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). *Rev. Bras. Epidemiol*, v.12, n.2, p.226-236, 2009.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*/Cristophe Dejourn; Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. ampl. São Paulo:Cortez - Oboré, 1992.

DIAS, E. C. A organização da atenção à saúde do trabalhador. In: FERREIRA FILHO, M. (Org.). *Saúde no trabalho*. São Paulo: Rocca, 2000.

FERNANDES, Rita de Cássia Pereira. et al. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.3, p. 807-816, 2002.

FLODERUS, B. et al. Self-Estimated Life Situation in Patients on Long-term sick leave. *J Rehabil Med*, v.37, p.291-299, 2005.

FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO. *A prevenção do absentismo no trabalho - sinopse da investigação*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1997. 44p.

GARCIA, L P; PEREIRA A M T B. Investigando o Burnout em Professores Universitários. *Revista Eletrônica Interação Psy*, Ano 1, n.1, p.76-89, ago.2003.

GASPARINI, M. S.; BARRETO, M. S.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, v.31, n. 2, p.189-199, maio/ago. 2005.

GERING-JÚNIOR G, SOARES, S E, CORRÊA-FILHO H R. Serviços de saúde do trabalhador a co-gestão em univerisdade pública. *São Paulo em Perspectiva*, v.17, n.1, p.98-110, 2003.

GHISLENI, Angela Peña; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. *Psicol. Reflex.e Crít.*, v.18, n.2, p.171-176, 2005.

GODOY, S. C. B. Absenteísmo doença entre funcionários de um hospital universitário. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2001.

GOMEZ, Carlos M.; CARVALHO, Sônia Maria T. M. de. Social inequalities, labor, and health. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.4, p.498-503.

GUIMARÃES, Rosiara de Souza Oliveira. O Absenteísmo entre os servidores civis de um Hospital Militar., 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005.

HENDERSON, M.; GLOZIER, N.; ELLIOT, H. Kevin. Long term sickness absence. *BMJ*, v.330, p.802-803, apr. 2005.

HENSING, G. Methodological aspects in sickness-absence research. *Scand Journal of Public Health, Suppl 63*, n.32, p.5,44—48, 2004.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. Safety in numbers: pointers for the global safety at work. Geneva: OIT, 2003.

JUNIOR-GEHRING, G.; SOARES, S. E.; CÔRREA, F. R. H. Serviços de saúde do trabalhador a co-gestão em Universidade Pública. *Perspect.*, São Paulo, v.17, n.1, p.98-110, 2003.

KARASEK, R. El Modelo de demandas-control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. In: *ENCICLOPÉDIA de salud Y seguridad em el trabajo*. Ginebra: OIT, 2000. p.34-36.

KOOPMANS P C; ROELEN C A M; GROOTHOFF J W. Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector. *Occup Environ Med*. n. 65, p.494-499, 2008.

KUPER, H.; MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Comm Health*, n.57, p.147-153, 2003.

LABRIOLA M, LUND T. Self-reported sickness absence as a risk marker of future disability pension. Prospective findings from the DWECS/DREAM study 1990-2004. *Int J Med Sci.*, v.4, n.3, p.153-8, May 2007.

LABRIOLA, M. Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work, PhD thesis, Institute of Public Health, University of Copenhagen, 2006, available online at. Disponível em: http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/mla_phd.pdf. Acesso em:

[LACAZ, Francisco Antonio de Castro](#). O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.4, p.757-766, abr. 2007.

LEITÃO, Sergio Proença. A questão organizacional na universidade: as contribuições de Etzioni e Rice. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, p.4-27, out.-dez. 1985.

LIMA, Rosângela C. et al. Percepção de exposição a cargas de trabalho e riscos de acidentes em Pelotas, RS (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, v.33, n.2, p. 137-146, 1999.

LOPES, Claudia S.; FAERSTEIN, Eduardo; CHOR, Dóra. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.6, p.1713-1720, 2003.

LUND T. et al. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *BMJ*, v.10, n.38731, jan. 2006.

MACEDO, Luís Eduardo Teixeira de et al. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.10, p.2327-2336, 2007.

MANCIBO, Deise. Trabalho docente: subjetividade, sobreimplicação e prazer. *Psicol. Reflex. Crit.*, v.20, n.1, p. 74-80, 2007.

MARMOT, M. et al. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Comm Health*, v.49, p.124-130, 1995.

MARMOT, M.; SMITH, G. D.; STANSFELD, S. A. et al. Health inequality among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, v.337, p.1387-1393, 1991.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Eds.). *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

MENDES, René. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores: I. Morbidade. *Rev. Saúde Pública*, v.22, n.4, p.311-326, 1988a.

MENDES, René. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores: II Mortalidade. *Rev. Saúde Pública*, v.22, n.5, 1988b.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública*, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo and LAPIS, Naira Lima. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicol. Soc.*, v.19, n.1, p.61-68, 2007.

MESA M, Francisco R; KAEMPFFER R, Ana María. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Rev. Méd. Chile*, v.132, n.9, sep. 2004.

MURPHY, L. R. Occupational stress management: a review and appraisal. *J Occup Psychol.*, v.57, p.1-15, 1984.

OLIVEIRA, M. E. Corpos saudáveis e corpos doentes da nova organização social do trabalho. In: ROCHA, Maria Isabel B. da (Org.). *Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios*. São Paulo: Editora 34, 1998. p.237-255.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde: aprendendo com experiências anteriores*. Brasília: Secretaria da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. *CID-10*. 8. São Paulo: EDUSP, 2000. 1191p.

PARRA, M. Conceptos básicos en salud laboral. Santiago do Chile: OIT, 2003.

PRIMO, M. G. G. Perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em um Hospital Público Universitário. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

QUICK, T. C.; LAPERTOSA, B. J. Análise do absentismo em Usina Siderúrgica. *Rev. Bras. Saúde Ocup*, v.10, n.40, p.62-67, out.-dez. 1982.

REIS, Ricardo José dos; LA ROCCA, Poliana de Freitas; SILVEIRA, Andréa Maria et al. Fatores relacionados ao absentismo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.5, p.616-623, 2003.

SALA, Arnaldo. et. al. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.10, 2009.

SALIM, Celso Amorim. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. *São Paulo Perspec.*, v.17, n.1, p.11-24, jan.-mar. 2003.

SAMPAIO, F. R. et al. Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, v.49, n.1, p.60-66, 2003.

SANTANA, Vilma Sousa. et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. *Rev. Saúde Pública*, v.40, n.6, p.1004-1012, 2006.

SATO, Leny. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cad. Saúde Pública*. v.17, n.1, p. 147-152. 2001.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do trabalho*. 2. ed. atual. e amp. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 1141-1182.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cad. Saúde Pública*, v.13, Supl. 2, p.95-110, 1997.

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

SILVA, Luiz Sérgio; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães; SAKURAI, Emília. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.12, p.2949-2958, dez. 2007.

SILVA, Zilda Pereira da; BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; SANT'ANA, Maria do Carmo. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. São Paulo Perspec., v.17, n.1, p.47-57, 2003a.

TOLOSA, Dora E. R.; MENDES, René. Avaliação das condições de trabalho dos servidores braçais de instituição pública. Rev. Saúde Pública, v.25, n.2, p.139-149, 1991.

TRIGO, Telma Ramos; CHEI Tung Teng; HALLAK, Jaime Eduardo Cecílio. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev. Psiquiatr. Clín., v.34, n.5, p.223-233, 2007.

WHITAKER, S. C. The management of sickness absence. Occup. Environ. Med., v.58, p.420-424, jun. 2001.

WUNSCH-FILHO, Victor. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. Rev. Bras. Med. Trab., v.2, n.2, p.103-117, abr.-jun. 2004.