



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

**Perfil Epidemiológico do Absenteísmo-Doença dos Servidores Públicos da
Regional de Saúde de Ceilândia-DF, 2014**

Diogo Sousa Lemos

Brasília, 1º de Junho de 2017



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

**Perfil Epidemiológico do Absenteísmo-Doença dos Servidores Públicos da
Regional de Saúde de Ceilândia-DF, 2014**

Diogo Sousa Lemos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde (área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde).

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. PATRÍCIA MARIA FONSECA ESCALDA

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. LEONARDO PETRUS DA SILVA PAZ

Brasília, 1º de Junho de 2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Sp SOUSA LEMOS, DIOGO
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ABSENTEÍSMO-DOENÇA DOS
SERVIDORES PÚBLICOS DA REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA
DF, 2014 / DIOGO SOUSA LEMOS; orientador PATRÍCIA
MARIA FONSECA ESCALDA; co-orientador LEONARDO PETRUS
DA SILVA PAZ. -- Brasília, 2017.
97 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências e
Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília,
2017.

1. Saúde do trabalhador. 2. Epidemiologia. 3.
Absentismo-doença. 4. Serviço público. I. MARIA
FONSECA ESCALDA, PATRÍCIA, orient. II. PETRUS DA
SILVA PAZ, LEONARDO, co-orient. III. Título.



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Patrícia Maria Fonseca Escalda – Presidente
FCE/Universidade de Brasília

Prof. Dr. João Paulo Chieregato Matheus
FCE/Universidade de Brasília

Prof. Dr. Rodrigo Luiz Carregaro
FCE/Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Luiza de Marilac Meireles Barbosa - Suplente
FCE/Universidade de Brasília

Brasília, 1^o de Junho de 2017

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado Pai Criador e a seu filho, o Senhor Jesus Cristo. A Eles a honra, a Eles a glória, a Eles a minha vida e tudo o que dela vier.

À minha mãe Maria pelas incansáveis orações. Ao meu estimado pai Francisco que torce mais que tudo pelo meu sucesso. A minha querida família: Deyvysson, companheiro e amigo de todos os momentos, minhas irmãs e sobrinhos, a minha Madrinha Fátima e minha prima Bela, por todos vocês acreditarem que eu poderia conseguir muitas vezes mais do que eu mesmo acreditei.

À minha estimável professora e orientadora Patrícia Escalda. Aprendi sob sua tutoria e orientação que com esforço continuado posso me superar mais e mais. Obrigado por me assumir como seu pupilo e pela incrível construção de conhecimentos.

À parceria do meu co-orientador Leonardo por contribuir com a produção das análises estatísticas e desenho metodológico deste trabalho.

À professora Dra. Ana Lúcia Leão, da Universidade Federal do Goiás cujas orientações iniciais foram imprescindíveis para a construção deste trabalho. Sua bondade é inspiradora

À antiga equipe de Epidemiologia e Estatística da SUBSAÚDE: Dra. Ana Ester, Dra. Gésia Rabelo, Fisioterapeuta Fabi, Dona Antônia. Sem o apoio inicial de vocês, este projeto não teria se concretizado.

Aos meus chefes Graziela e Aridan, por possibilitarem e apoiarem a construção deste projeto. À todas as minhas colegas do Núcleo de Segurança e Medicina do Trabalho do Hospital Regional de Ceilândia pelo incentivo incondicional.

Às amigas construídas durante a trajetória do mestrado: Jeane, Karine, Amandinha, Lídia, Mábia e Jorge. Obrigado por todo o apoio, carinho, consideração e pelas dicas para construir uma boa pesquisa e para uma boa vivência acadêmica. Desejo que nossa amizade perdure independentemente dos caminhos que cada um opte por seguir na vida profissional e acadêmica.

A todos os servidores da Região de Saúde Oeste, desejo profundamente que este trabalho, de alguma maneira, possa servir como instrumento para melhoria de suas condições e processos de trabalho.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iv
LISTA DE QUADROS E TABELAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT	x
1 - APRESENTAÇÃO.....	11
2 - REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 - O TRABALHO E O TRABALHO EM SAÚDE	13
2.2 - PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COMO DETERMINANTE SAÚDE-DOENÇA.....	16
2.3 – A SAÚDE DO TRABALHADOR	19
2.3.1 – Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.....	20
2.4 - O FENÔMENO ABSENTEÍSMO-DOENÇA	26
2.4.1 - Absenteísmo-doença no serviço público de saúde	29
2.4.2 - Estudos epidemiológicos sobre o absenteísmo-doença no serviço público...	32
3 – ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL	35
4 - JUSTIFICATIVA	38
5 – OBJETIVOS	40
5.1 - Objetivo geral	40
5.2 - Objetivos específicos	40
6 – MÉTODO.....	41
6.1 - Delineamento e período da pesquisa.....	41
6.2 - Local da pesquisa - a Regional de Saúde de Ceilândia (RSC/DF)	41
6.3 - Participantes do estudo.....	42
6.4 - Fontes de informação e instrumentos de coleta.....	43
6.5 - Variáveis do estudo.....	44
6.6 - Indicadores utilizados para a medida do absenteísmo-doença.....	47
6.7 - Processamento e análise dos dados	47
6.8 – Considerações éticas	50
7 - RESULTADOS.....	51
8 - DISCUSSÃO	63

8.1 - Panorama geral dos indicadores de absenteísmo-doença	63
8.2 - Frequências e indicadores de absenteísmo-doença para as variáveis sociodemográficas e relativas ao trabalho	65
8.3 - Perfil de morbidade	70
8.4 - Fatores significativamente associados ao absenteísmo-doença	73
9 - PONTOS FORTES, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PESQUISAS FUTURAS	77
10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
11 - REFERÊNCIAS.....	80
12 - ANEXOS	92

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1 - Produção científica brasileira sobre o perfil epidemiológico do absenteísmo-doença em servidores públicos com utilização de indicadores.	35
QUADRO 2 - Categorização das variáveis do estudo, RSC/DF, 2014	46
TABELA 1 - Distribuição das características sociodemográficas e relativas ao trabalho da população de servidores e dos servidores em LTS tomando como referência o primeiro episódio de licença médica, RSC/DF, 2014.	52
TABELA 2 - Indicadores de absenteísmo-doença entre servidores da RSC-DF, 2014.	55
TABELA 3 - Distribuição de frequências absoluta e relativa da recorrência dos episódios de LM e dias perdidos por subgrupo de episódios de LM da RSC/DF, 2014	58
TABELA 4 - Distribuição da frequência por sexo, dos motivos de adoecimento, duração da licença médica e duração média das licenças (DML), segundo capítulos da CID-10, RSC/DF, 2014.....	59
TABELA 5 - Distribuição da frequência das licenças médicas dos motivos de adoecimento por categoria profissional, RSC/DF, 2014.....	60
TABELA 6 - Análise multivariada dos fatores sociodemográficos e relativos ao trabalho associados a ocorrência de pelo menos um episódio de licença médica, RSC/DF, 2014.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF - Constituição Federal

CID - Classificação Internacional de Doenças

CISAT - Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CPM - Comunicação de Perícia Médica

DAD - Duração do absenteísmo-doença

DF - Distrito Federal

DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho

DML - Duração média das licenças médicas

DSOC - Departamento de Saúde Ocupacional

FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat de Figueiredo

GDF - Governo do Distrito Federal

IFL - Índice de frequência de licenças

LM - Licença Médica

LTS - Licença para tratamento de saúde

NR - Norma Regulamentadora

NSHMT - Núcleo de Segurança Higiene e Medicina do Trabalho

NUCAFF - Núcleo de Cadastro Funcional e Financeiro

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OPAS - Organização Pan Americana da Saúde

PAD - Prevalência de absenteísmo-doença

PNSTT - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PST - Programa de Saúde do Trabalhador

RSC - Regional de Saúde de Ceilândia

SEPLAG - Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SIGRH - Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos

SUBSAÚDE - Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores do DF

SUS – Sistema Único de Saúde

TG - Taxa de Gravidade

RESUMO

Introdução: O absenteísmo-doença é um problema de saúde mundial e de etiologia multifatorial. Considerado um indicador global do estado de saúde dos trabalhadores, é um fenômeno que apresenta custos diretos para sociedade, instituições e para o próprio trabalhador que adocece. Estudos sobre o absenteísmo-doença nos serviços públicos são escassos e podem ajudar a entender o perfil de saúde dos trabalhadores possibilitando intervenções de prevenção e promoção à saúde. **Objetivo:** Caracterizar o perfil do absenteísmo-doença dos servidores públicos da Regional de Saúde a fim de identificar as frequências de licenças e períodos de ausência do trabalho em decorrência de episódio de adoecimento. **Método:** Estudo transversal realizado com todos os servidores públicos da Regional de Saúde de Ceilândia - Distrito Federal. Foram analisadas todas as licenças médicas com duração superior a três dias certificadas por meio de atestado médico-odontológico de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2014. Realizou-se descrição de frequências absolutas e relativas dos episódios e dias perdidos, cálculos de indicadores de absenteísmo-doença e análise multivariada, utilizando-se a regressão binomial negativa. **Resultados:** Para uma população de 2.501 servidores públicos houve: prevalência de absenteísmo-doença de 39,0%; índice de frequência de licenças de 88,0%; taxa de gravidade de 16 dias; duração média do absenteísmo-doença de 42 dias e duração média das licenças de 18 dias. Verificou-se maior frequência de absenteísmo-doença em: mulheres, servidores de ambos os gêneros com companheiro, com 31 a 40 anos de idade, de escolaridade superior, com jornada de 40 horas semanais, em auxiliares/técnicos de enfermagem, em servidores com 4 a 10 anos de serviço e que atuam no hospital. As principais causas de absenteísmo-doença foram os transtornos mentais/comportamentais e as doenças osteomusculares. Foram significativamente associados ao absenteísmo-doença as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, carga horária, categoria profissional e lotação setorial. **Conclusão:** Esta pesquisa analisou um conjunto de dados ainda não explorados de uma Regional de Saúde do Distrito Federal. Sugere-se a implantação de medidas de prevenção e promoção da saúde com vistas a redução da alta frequência de adoecimento evidenciada na população de servidores.

Palavras chaves: absenteísmo-doença, serviço público, licenças médicas, indicadores, saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: Sickness absence is a worldwide health problem with a multifactorial etiology. Considered a global indicator of workers' health status, it is a phenomenon that presents direct costs to society, institutions and to the worker who becomes ill. Studies on sickness absence in public services are scarce and can help to understand the health profile of workers enabling interventions in prevention and health promotion. **Objective:** To characterize the profile of sickness absence of the public servants of a Regional Public Health, in Brazil, in order to identify the frequencies of sick leave and periods of absence from work as a result of an illness episode. **Method:** A cross - sectional study with all the civil servants of the Ceilândia Health Region - Federal District. We analyzed all medical licenses with a duration of more than three days, certified by a medical and dental professional, from January 1 to December 31, 2014. A description of absolute and relative frequencies of episodes and days lost ,calculations of sickness absence measures and indicators and multivariate analysis using negative binomial regression was carry out. **Results:** The population of 2501 civil servants presented 2205 sick leaves episodes corresponding to a total of 40,755 days lost. The indicators showed sickness absence prevalence of 39.0%; rate of sick leave per worker of 88.0%; the severity rate was 16 days; mean duration of sickness absence was 42 days and average duration of sickness leave was 18 days. There was a higher frequency of sickness absence in: women, workers of both sexes with companion, with 31 to 40 years, with superior education, with a 40-hour week labour, in nursing auxiliaries / technicians, in workers with 4 to 10 years of service and who work in the hospital services. Mental and behavioral disorders and musculoskeletal disorders were the major causes of illness. The following variables were significantly associated with absenteeism-disease: gender, age group, schooling, workload, professional category and sectorial stocking. **Conclusion:** This study analyzed a set of data not yet explored by a Regional Health Department of the Federal District. It is suggested the implementation of health prevention and promotion measures aimed at reducing the high frequency of illness evidenced in the server population.

Key-words: sickness absence, public sector, sick leave, indicators, worker´s health.

1 - APRESENTAÇÃO

A proposta de dissertar sobre o adoecimento dos servidores públicos do Distrito Federal (DF) na perspectiva epidemiológica, mais especificamente, daqueles que atuam no Sistema Único de Saúde, foi no mínimo complexa e desafiadora. A realização deste trabalho foi motivada pelo desejo do pesquisador, que atua na área de saúde e segurança do trabalhador no Governo do Distrito Federal (GDF), há quase 10 anos, de oferecer ao serviço de saúde onde atua ferramentas para auxiliar no gerenciamento das questões relativas à saúde e segurança de seus servidores.

A partir da divulgação do relatório técnico oficial da Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho da Secretaria de Administração Pública, no ano de 2014, sobre o adoecimento dos servidores públicos do DF, incluindo entre estes, os servidores da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do DF, levantou-se questões sobre a importância e urgência de se tratar o tema no âmbito da saúde do trabalhador. Os motivos que levam os servidores públicos da saúde a adoecerem são multifatoriais e demandam investigações específicas, à parte. No entanto, importa destacar que, segundo relatório geral de absenteísmo-doença, no ano 2014, do próprio Governo do Distrito Federal (GDF), quase metade da força de trabalho dos servidores públicos do Distrito Federal e quase metade dos servidores públicos que atuam na Secretaria de Estado de Saúde apresentaram licenças médicas nos anos 2012 e 2013.

A grande frequência de absenteísmo-doença entre os trabalhadores pode colocar em evidência inadequações na questão da organização do trabalho bem como na promoção de um ambiente de trabalho saudável para os servidores públicos do DF. É necessário reconhecer que, com uma noção adequada de como se encontra o panorama epidemiológico do absenteísmo-doença no serviço público do DF, será possível lançar mão de ações concretas e de políticas de saúde que possam auxiliar na resolução do problema do absenteísmo-doença dos servidores.

Verifica-se dessa forma uma questão motivadora de pesquisa: como é possível intervir na saúde dos servidores públicos da saúde do Distrito Federal se não se sabe exatamente de que adoecem e onde estão concentrados os grupos com maiores frequências de adoecimento? Partindo deste questionamento e, evidenciada a necessidade de analisar melhor a questão do adoecimento do trabalhador da saúde, este estudo teve como pergunta norteadora: qual o perfil

epidemiológico do absenteísmo-doença dos servidores da Regional de Saúde de Ceilândia?

Antes da realização desta pesquisa acreditava-se que o adoecimento dos servidores da saúde ocorria com uma frequência elevada e verificava-se que havia desconhecimento dos gestores de quais eram os grupos de servidores que mais adoeciam (e do que adoeciam). Com esse cenário e no desejo de promover uma mudança na realidade concreta de trabalho dos servidores da Regional de Saúde de Ceilândia foi dado início a presente pesquisa que buscou identificar as condições de natureza sociodemográficas e relativas ao trabalho que podem estar influenciando o absenteísmo-doença na forma em que acontece. Pela inserção do autor no órgão pesquisado, acredita-se que sua experiência como servidor público, atuante no campo da saúde trabalhador, pode contribuir para uma melhor compreensão e desenvolvimento do estudo.

Do ponto de vista prático o autor verificou que as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores da Regional pesquisada são relegadas a um segundo plano. O motivo é sempre o mesmo: escassez de recursos, sejam financeiros ou humanos. A questão da restrição orçamentária representa grande obstáculo para a gestão das condições de trabalho dos servidores públicos. Por essa mesma razão esforços devem ser envidados para determinar qual é o perfil epidemiológico do adoecimento dos servidores públicos da saúde, para demonstrar ao gestor a importância de se investir na área com o objetivo de intervir e transformar a situação de saúde dos trabalhadores que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS).

Espera-se que os resultados deste trabalho possam estimular a implantação de programas internos de saúde e segurança do trabalhador, de acordo com as necessidades diagnósticas evidenciadas e que sinalizem para os gestores da Regional de Saúde pesquisada a possibilidade de atuarem com práticas preventivas entre os trabalhadores da Regional possibilitando, dessa maneira, a transição do modelo assistencialista para uma lógica preventiva, na organização da saúde do trabalhador e melhoria real das condições laborais e dos processos de trabalho. Destaca-se a necessidade de envolver os servidores públicos do órgão pesquisado na busca pelas melhorias, empoderando-os na perspectiva da prática do controle social no ambiente de trabalho, posto que eles também são protagonistas no processo de enfrentamento das condições produtoras de absenteísmo-doença.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - O TRABALHO E O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho, como atividade mediadora entre o ser humano e a natureza, representa o conjunto de ações pelos quais os homens atuam, com auxílio de meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que tenha alguma utilidade^{1,2}. O trabalho compreende um processo que apresenta componentes elencados a sua execução, a saber: objetivos ou finalidades, meios e condições, objeto e agente ou sujeito.

A finalidade controla todo o processo de trabalho e é em função dela que se estabelecem critérios ou formas de realização do processo de trabalho. Os meios e condições de trabalho permitem o desenrolar do processo e se combinam na realização do trabalho, por meio da atividade produtiva. Abrangem um amplo espectro desde as estruturas físicas como máquinas e equipamentos, até os conhecimentos sistematizados e/ou habilidades individuais. O objeto, que pode ser uma pessoa, é onde se exerce ação transformadora durante o processo de trabalho, com o uso dos meios e em condições estabelecidas. O sujeito (ou coletivo de sujeitos) é aquele que executa as ações, que determina as finalidades, adequa os meios e condições para, via processo de trabalho, realizar a transformação dos objetos^{1,2}.

O trabalho como ato produtivo converte-se em fator gerador e transformador não só de objetos, mas do próprio trabalhador e, nesse sentido, permite um movimento de exploração/alienação e de criação/emancipação deste³.

Marx (1983 *apud* Frigoto, 2009) nos possibilita fazer, concomitantemente, três distinções em relação ao trabalho humano: através dele nos diferenciamos do reino animal; trata-se de condição *sine qua non* ao ser humano em qualquer tempo histórico; e o trabalho apresenta características distintas nas várias fases históricas de desenvolvimento dos modos de produção e padrões de gestão da força de trabalho⁴.

O trabalho é vital ao homem, ocupa grande parte da vida, permite o estabelecimento de relações e maior ou menor valorização social⁵. É encarado como determinante social do processo saúde-doença⁶, e como tal deve:

"... respeitar a vida e a saúde do trabalhador, priorizando o problema da segurança e da salubridade dos locais de atividade laboral; deixar-lhe tempo livre para o descanso e lazer, destacando-se a questão da duração dessa jornada e de sua coordenação para a melhoria das condições de vida fora do local da atividade ocupacional; e deve permitir ao trabalhador sua própria realização pessoal, ao mesmo tempo em que presta serviços à comunidade, considerando o problema do tipo de atividade e da organização do trabalho." (Mauro, Muzi, Guimarães e Mauro, 2004, p. 338)⁷

Nesta vertente, o trabalho em saúde constitui o chamado setor de serviços ou setor terciário da economia. É, predominantemente, coletivo institucional, desenvolvendo-se com características do trabalho profissional, da divisão parcelar do trabalho e da lógica taylorista de organização do trabalho¹ e modelo de gestão⁸.

Como nos demais trabalhos do setor de serviços, o trabalho em saúde apresenta algumas características próprias: o produto final não pode ser desvinculado do trabalhador que o executou; há necessidade de presença humana em todos os componentes do processo; são trabalhos que podem ser normatizados e padronizados, mas devem deixar espaço para criatividade e adaptação do trabalhador; exigência de uma capacitação superior para os trabalhadores da saúde que não podem agir como meros executores de tarefas rigidamente definidas; sendo uma fração constituída de servidores públicos⁹. Uma particularidade do trabalho em saúde é o uso intensivo e diversificado de mão-de-obra, fazendo com que este setor absorva rapidamente as transformações do mercado de trabalho em geral¹⁰.

No trabalho em saúde, o coletivo de trabalhadores é bastante amplo e diversificado. Contem profissionais de diversas competências e habilidades particulares, muitas especialidades, cargos e funções com ampla gama de escolaridade e diferentes níveis de autonomia no exercício da ocupação, incluindo trabalhadores que não possuem, especificamente, formação em áreas da saúde, como auxiliares diversos (portaria, lavanderia, administrativo), operários da manutenção, dentre outros, obrigados a estabelecer relações entre si porque a maior parte dos processos de trabalho é coletivo⁹. Na composição do trabalho em saúde há expressiva participação de mulheres e de jovens, conforme apontava Mills

¹Na obra *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* de Dejours (1992), o mesmo teoriza que "...por **organização do trabalho** designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc".

(1979 *apud* Pires, 2000) em estudo realizado nos Estados Unidos, no ano de 1950. Essa característica permanece nos dias de hoje. Também, encontram-se, no setor, idosos e portadores de necessidades especiais¹¹.

Franco e Merhy (2012) apresentam importante peculiaridade do trabalho em saúde: a presença (e constantes novas incorporações) das tecnologias leves, leve-duras e duras¹². As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras representam os equipamentos e recursos materiais. Todas essas tecnologias se fazem necessárias nos processos de produção em saúde e, nessa perspectiva, não cabe haver hierarquização de valor das tecnologias. A depender da situação, todas são importantes, porém, em todas as situações relacionadas a promoção, prevenção e recuperação da saúde, as tecnologias leves precisam ser operadas^{12,13}.

O trabalho em saúde é palco de inúmeras transformações e importantes incorporações tecnológicas - que recriam com muita rapidez novos perfis de trabalhadores com características polivalentes e com ampliação de competências específicas. Apresenta como uma de suas principais características a presença intensiva e uma forte dependência de trabalho humano, uma vez que se lida com vida e morte, saúde e doença. A discussão sobre o trabalho em saúde, enfatizando as características de sua organização no modo de produção capitalista, permite o entendimento de sua repercussão nas condições de vida, doença e saúde do trabalhador¹⁴.

Por sua vez, o trabalho em saúde em serviços públicos de saúde desenvolve-se em instituições que organizam seu funcionamento e processo de produção sob várias influências, como: interesses de financiadores e atores políticos locais¹⁵; influência de modelos administrativos-gerenciais hegemônicos adotados pelos setores de ponta da economia¹⁶; tecnologia disponível e aplicável na área^{15,17}; padrão hegemônico de produção de conhecimentos científicos¹¹ e as características inerentes ao processo específico de produção do ato assistencial em saúde¹¹.

Já se demonstrou que o funcionamento e os modos de organização do trabalho no setor público de saúde influenciam no adoecimento de seus servidores e

¹¹ O conhecimento científico distingue-se do conhecimento comum por ser produzido dentro de instituições por pessoas com instrução acadêmica e é validado quando avaliado e compartilhado por outros cientistas através de comprovações teóricas.

são determinantes para precarização do trabalho. Tal fato gera prejuízo na qualidade e na continuidade dos serviços essenciais prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)^{18,19}. Constata-se, por exemplo, a existência de poucos concursos para suprir a demanda em recursos humanos¹⁸ e mesmo com a estabilidade para o trabalhador advinda do tipo de vínculo trabalhista é possível verificar a existência de instabilidades e interrupções no trabalho desenvolvido, sobretudo nos momentos de mudança de administração⁵.

Trabalhar em serviços públicos de saúde culmina em exercer tarefas em situações de burocracia excessiva, baixa valorização do trabalho pela população e pela própria administração pública²⁰. Situações que levam os trabalhadores a sensação de impotência e desinteresse, culminando em atitudes e ações de resistência e improvisação. A existência desses tipos de ações e atitudes nos serviços públicos da saúde geram desgastes físicos e psicológicos entre os trabalhadores resultando em seu adoecimento⁹.

Estudos^{7,27} demonstram que em relação à saúde, o trabalho pode ser destrutivo, benéfico ou ambos, podendo operar de modo distinto, variando de acordo com o momento histórico e com a organização dos trabalhadores, e que é um importante determinante no processo saúde e doença, sendo esse processo influenciado pela cultura, política, economia e por processos sociais mais amplos. Daí, a importância de buscar melhorias das situações de saúde do trabalhador do SUS por meio do enfrentamento dos aspectos gerais e específicos dos ambientes e modos de organização do trabalho - que podem propiciar a ocorrência de agravos à saúde - e, por meio da conscientização e empoderamento dos trabalhadores – atores sociais nas transformações das condições de trabalho e saúde.

2.2 - PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COMO DETERMINANTE SAÚDE-DOENÇA

O processo de trabalho em saúde está relacionado à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, dito de outra maneira, diz respeito ao modo como os profissionais da saúde realizam seu trabalho quando inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde⁴. Na saúde, o processo de trabalho é caracterizado pela produção de serviços cuja finalidade é a ação terapêutica tendo

como objeto um ser humano doente ou sob risco de adoecer, este dotado de uma subjetividade que pode interferir no processo de trabalho que é realizado²⁹.

O processo de trabalho em saúde é múltiplo, complexo e pode ser desenvolvido em diversos níveis: ambulatorial, hospitalar, atenção básica, entre outros. Cabe destacar que o campo do processo de trabalho em saúde, como instrumento de análise, incorpora múltiplas formas de abordagem (práticas de saúde, relação usuário - profissionais de saúde, etc) e categorias de análise variadas (classificação econômica, objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade, os agentes, local/território)⁴. Nesta pesquisa o processo de trabalho em saúde é tratado na perspectiva da relação trabalho-saúde.

De forma transversal e interdisciplinar, o processo de trabalho em saúde permite problematizar sobre as vulnerabilidades, os riscos e as exposições dos trabalhadores e, desse modo, reconhecer as singularidades e multiplicidades das atividades e tarefas. A inserção dos trabalhadores em processos de trabalho tão diferenciados, comum ao setor saúde, implica na exposição a riscos ocupacionais e/ou ambientais - físicos, químicos, biológicos, psicossociais, ergonômicos - sobrepostos ou não, de diversas características e intensidades e que podem afetar os vários sistemas do corpo humano^{9,14}.

Somados a estes riscos, características inerentes aos processos de trabalho, nos serviços públicos de saúde, tais como, baixa motivação, exigências de longas jornadas, trabalhos em turnos, falta ou insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI), falta de interesse do empregador em investir em equipamentos de proteção coletiva, iniquidades na divisão da força de trabalho e poucas pausas nas jornadas, divisão técnica e social excessivamente hierarquizada, falta de treinamentos e modos de gestão, contribuem para uma maior precarização das condições de trabalho e põe os trabalhadores sob risco aumentado de acidentarem-se ou de adoecer²⁰.

Em estudos sobre a saúde do trabalhador, o processo de trabalho representa categoria privilegiada para as análises da relação saúde-trabalho e sobre problemas do desgaste físico e psíquico ligados a tipos específicos de atividade produtiva ou laborativa^{21,26}, pois fornece pistas para direcionamento de análises, intervenções e transformações da realidade concreta do trabalho em saúde. Entretanto, o sucesso dessa abordagem só se efetiva partindo-se do intercâmbio com trabalhadores. Os trabalhadores dos serviços públicos da saúde no contato com o meio de trabalho e,

com intuito de dar conta das variabilidades, frequentemente modificam e corrompem-no. Eles transformam e reinventam constantemente seus modos de trabalhar, sua atividade, sem o que seria impossível sua realização^{14,22}.

Partindo da realidade prática, observa-se que no cotidiano dos profissionais da saúde, há certo desconhecimento e alienação em relação ao processo de trabalho e seu nexos com as doenças manifestas, muitas vezes. Verifica-se o despreparo desses profissionais em reconhecer, no ambiente de trabalho e nas atividades desempenhadas, os possíveis agentes causadores de agravos à saúde, fato que é transversal à falta de informações sobre os riscos ocupacionais aos quais estão vulneráveis^{23,24,28}.

O controle social na saúde do trabalhador pode ser exercido por meio da participação dos trabalhadores da saúde nas discussões e deliberações diversas, incluindo questões sobre o processo de trabalho, tendo em vista a autonomia e o poder que os trabalhadores têm sobre este. Os trabalhadores da saúde devem ser respeitados em sua subjetividade individual e coletiva posto que são dotados de saberes e experiências. São, portanto, essenciais quando se objetiva uma ação transformadora²².

Pesquisas sobre a relação trabalho-saúde devem colocar em relevo a experiência e a subjetividade do trabalhador e posicioná-los na condição de protagonistas da investigação de seus próprios ambientes e processos de trabalho. Neste cenário, o trabalhador da saúde deveria assumir o desafio de refletir sobre como os ambientes e processos de trabalho podem afetar a sua saúde e a dos demais colegas e legitimar, dessa maneira, sua inclusão no âmbito da geração de conhecimento sobre a realidade de seus locais de trabalho^{22,25}. A análise dos processos de trabalho, enquanto ação teórico-prática com a participação efetiva do trabalhador, via tratamento por equipes interdisciplinares, poderá auxiliar na identificação e introdução das transformações necessárias nos locais e ambientes laborais, possibilitando assim a transformação e melhoria das condições de trabalho com impacto positivo sobre a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores³⁸.

2.3 – A SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde do trabalhador é um campo da saúde coletiva que compreende um corpo de práticas interdisciplinares, interinstitucionais e multiprofissionais. Tem como objeto de estudo e intervenção, as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores. Sua abordagem busca romper com as bases conceituais e concepções hegemônicas, sobre a relação trabalho-saúde, da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. A saúde do trabalhador agrega conhecimentos, além dos referentes à medicina do trabalho e da saúde ocupacional, do corpo conceitual e metodológico da engenharia, epidemiologia, toxicologia, ergonomia, administração e planejamento em saúde e das ciências sociais em saúde, entre outras^{30,31,33}.

Enquanto as concepções da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, correntes precursoras à saúde do trabalhador, apresentam articulações simplificadas e reducionistas entre causa e efeito sustentadas por uma visão monocausal entre doença e um agente específico ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de riscos (físicos, químicos, biológicos, de acidentes) presentes no ambiente laboral, a saúde do trabalhador apresenta diversos determinantes do adoecimento do trabalhador como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais da organização, assim como fatores de risco existentes nos locais de trabalho^{31,33}. Como campo de práticas a saúde do trabalhador busca:

“...compreensão das relações entre trabalho, saúde e doença, visando à promoção, proteção, prevenção, assistência e reabilitação; a necessidade de transformação dos ambientes e processos de trabalho; a incorporação da humanização do trabalho; a abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, para que a relação saúde-trabalho seja entendida em toda sua complexidade; participação dos trabalhadores como sujeitos no planejamento e na implementação do trabalho; e a articulação com o componente ambiental, já que os riscos dos processos de trabalho afetam o meio ambiente e a população geral.” (Oliveira, Machado, Amorim e Oliveira, 2004, p. 7)²²

A saúde do trabalhador surgiu no Brasil nos processos de lutas sociais nas décadas de 1970 e 1980, a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, como resposta teórico-metodológica às necessidades da sociedade e dos movimentos

sindicais que aspiravam por uma nova concepção de saúde pública no país, por ações de defesa do direito ao trabalho digno e saudável, pela participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e na busca da garantia da atenção integral à saúde para todos^{22,32,35}. Gomez (2011) descreveu os antecedentes, já reconhecidos, que influenciaram o engendramento desse campo, a saber³²:

- o avanço da produção acadêmica em disciplinas da medicina preventiva-social e da saúde pública, com ampliação do quadro interpretativo do processo saúde-doença através da inserção dos determinantes sociais de saúde "classe" e "trabalho".
- o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, reproduzido após o início de várias iniciativas mundiais voltadas para a universalização e a promoção da saúde e com inspiração no Movimento Operário Italiano, que valorizava a experiência e o conhecimento do trabalhador na busca por melhores condições de trabalho.
- o fortalecimento do movimento dos trabalhadores na conquista a direitos básicos de cidadania e o estabelecimento do direito à livre organização, movimento esse que possibilitou aumento das reivindicações trabalhistas, incluindo-se nestas, questões relacionadas à saúde e demandas de serviços de atenção à saúde na rede pública.
- a realização, em 1986, da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, cujas resoluções possibilitaram o entendimento e a delimitação das competências do SUS em relação à saúde do trabalhador.
- a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com variados graus de participação de representantes dos trabalhadores na elaboração e desenvolvimento de ações, acompanhando o percurso mundial de construir, de forma participativa, serviços de saúde no trabalho como política pública, em conformidade com a postura da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

2.3.1 – Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador

Com a ajuda de Mendes (1991), Lacaz (1997), Gomez e Costa (1997), Lacaz (2006) e Gomez (2011) , foi possível dissertar, nos próximos parágrafos, sobre a

evolução do campo da saúde do trabalhador, demarcando seus limites e desafios atuais.

As primeiras descrições sobre a questão da doença relacionada ao trabalho têm como base a **medicina do trabalho**, centrada na figura do médico, com o trabalhador como objeto de intervenção e que adota, como já foi dito, a teoria da unicausalidade da doença, tentando atribuir um risco específico ao aparecimento de uma doença para, em seguida, medicalizar os sinais e sintomas. A atuação dos médicos do trabalho tinha como objetivo o lucro das empresas, posto que possibilitava uma escolha de mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absenteísmo-doença. Procurava realizar a "adaptação" do trabalhador ao trabalho. Práticas altamente discriminatórias eram comuns. No pós II guerra, o sistema não mais consegue responder às altas demandas de problemas de saúde dos trabalhadores ou dar resposta as altas taxas de mortalidade. Crescem a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores^{30,31,33}.

Revelada a relativa impotência da medicina do trabalho para impedir os problemas de saúde causados pelos processos de trabalho surge a **saúde ocupacional** como uma proposta interdisciplinar que incorpora a teoria da multicausalidade da doença, avaliações através de exames médicos e uso de indicadores ambientais e biológicos de exposição ocupacional. Seu objeto de intervenção passa a ser o ambiente de trabalho e o coletivo de trabalhadores. A estratégia da saúde ocupacional resume-se à adaptação do ambiente e das condições de trabalho ao homem, tomando por base os "limites de tolerância" e "limites biológicos de exposição" - apreendidos da higiene industrial e toxicologia. Tais limites, cuja fundamentação científica já foi questionada (ou desacreditada), levam em conta a susceptibilidade média de trabalhadores normais aos efeitos nocivos de agentes/fatores de risco químicos, físicos e biológicos no ambiente de trabalho^{31,35}.

No Brasil, a marca mais característica da saúde ocupacional dar-se-ia com a criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) e da regulamentação do capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) na década de 1970. O modelo também falhou em dar uma resposta a questão do adoecimento do trabalhador, por motivos como: manter o referencial da medicina do trabalho; restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes; não praticar os princípios de interdisciplinaridade; continuar a manter os

trabalhadores como "objetos" das ações de saúde no plano individual; optar pela "monetização dos riscos" através do pagamento de adicionais de insalubridade/periculosidade em detrimento da transformação dos ambientes de trabalho; o ritmo das transformações dos processos de trabalho ocorrer de maneira muito rápida e, dessa forma, a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e tecnologias de intervenção não conseguirem acompanhá-lo^{30,33,36}.

As críticas aos conceitos e práticas da medicina do trabalho e da saúde ocupacional aumentam à medida que surgem em nível da rede pública de serviços de saúde, programas de assistência aos trabalhadores, com participação destes e de suas organizações. Há a percepção de que medicina do trabalho e saúde ocupacional objetivam apenas a manutenção da força de trabalho, funcionando a favor da produção ou para reparar os agravos próprios das exposições, legalmente, reconhecidas como insalubres. Não há atenção integral à saúde do trabalhador. Nesse aspecto, a pessoa afetada por alguma doença ou agravo proveniente do trabalho ocupa um lugar passivo na definição de sua condição, sendo apenas objeto de cuidados e de intervenções^{30,34}. É evidente o enfoque reducionista da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Nessas abordagens, a relação saúde-trabalho é tomada como causa e efeito, sendo desconsideradas outras variáveis e relações que condicionam o processo saúde-doença bem como situações e condições geradoras de sofrimento no contexto do trabalho³²⁻³⁵.

Da necessidade de uma abordagem, na qual o trabalho não seja mais visto apenas como uma atividade realizada num ambiente com agentes e fatores que podem adoecer ou acidentar os trabalhadores; na qual em função das relações sociais, valores, crenças e ideias o homem possa desenvolver formas saudáveis ou prejudiciais de trabalhar; na qual as relações trabalho e saúde-doença comecem a ser observadas e analisadas sob a ótica dos contextos e processos históricos; nasce uma visão contra hegemônica e mais complexa - a **saúde do trabalhador** - cujo objeto representa o processo de trabalho como um dos determinantes sociais do processo saúde-doença^{30,31,34,36}.

Uma visão mais complexa, nesse caso, não indica uma visão mais complicada, mas com mais elementos que tornarão mais rica sua compreensão. A doença deixa de ser vista de forma isolada, e a interação biopsicossocial é levada em conta³⁴. A saúde do trabalhador entende que as condições precárias de trabalho vão além de questões relacionadas aos ambientes insalubres. A falta de

reconhecimento profissional, a sobrecarga de trabalho e a má remuneração são fatores determinantes da insatisfação e do adoecimento dos trabalhadores, que no caso dos serviços públicos da saúde, impactam direta e negativamente na qualidade dos serviços ofertados à população⁹.

Ao contrário da saúde ocupacional, em que os trabalhadores são vistos como pacientes ou objetos de intervenção passiva, na saúde do trabalhador estes são tidos como importantes atores com saberes emanados de experiências e agentes imprescindíveis de ações transformadoras. A subjetividade desse saber é primordial, tanto para a produção de conhecimentos como para o desenvolvimento das práticas de atenção à saúde, ou seja, há um reconhecimento de que o coletivo de trabalhadores é capaz de "*transformar e de interferir na realidade por meio da reivindicação de direitos, da participação no controle da nocividade do trabalho, da definição de prioridades de intervenção e da construção de formas de atuar sobre a realidade*"³⁴.

Alguns movimentos e fatos que viabilizaram a concepção da saúde do trabalhador como campo de conhecimentos e práticas, no Brasil, merecem destaque. Esta pesquisa sistematizou sua trajetória através de fatos cronologicamente organizados^{27,30-34,36,37}.

- 1978 - Criação da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT) em São Paulo, a partir de lutas e articulações do movimento sindical.
- 1980 - CISAT torna-se o DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - algo como um "DIEESE da saúde" que teve importante papel na organização conceitual e prática em saúde do trabalhador através da elaboração de textos, documentos técnicos, livros, realização de seminários, cursos e prestação de assessorias a sindicatos.
- 1983 - Lançamento do documento Programa de Acción em La Salud de los Trabajadores pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), com diretrizes para implantação de programas em saúde, na rede pública, voltadas aos trabalhadores.
- 1985 - Criação, em resposta ao movimento sindical, dos PST em São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e outros estados. Originário dos movimentos político-ideológicos, os PST, nas unidades de saúde, previam integração de ações de assistência, promoção e prevenção com atuação de equipes multiprofissionais

(médicos, engenheiros, enfermeiros, psicólogos, sociólogos e outros) bem como a participação de sindicatos em sua gestão. Os PST buscam retirar das empresas a responsabilidade pela saúde do trabalhadores, dando a estes o direito de exercer controle sobre sua própria saúde.

- 1986 - VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual se consolidou a proposta de criação do SUS, colocando a saúde como direito social e de cidadania e I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, que assinalou a existência de uma nova área dentro do espectro da atenção à saúde no país e que tornou o trabalhador elemento chave para as tomadas de decisões no setor. Tem início o processo de elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador.
- 1988 - Promulgada a Constituição Federal – CF – que dispõe em seu artigo 200º que compete ao SUS, entre outras atribuições, executar ações de vigilância em saúde do trabalhador e colaborar na proteção do meio ambiente de trabalho. A CF passa a considerar o trabalho como um fator determinante da saúde da população e responsabiliza o Estado, via SUS, pela execução de ações de promoção, prevenção e proteção da saúde dos trabalhadores.
- 1990 - Sancionada a Lei 8.080, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde. No seu artigo 6º, § 3º, define e regulamenta os dispositivos constitucionais sobre saúde do trabalhador. No mesmo ano é sancionada a Lei 8.142 que trata da participação da comunidade na gestão do SUS.
- 1991 - Ratificação da Convenção nº 161 e da Recomendação nº 171 da OIT denominadas, respectivamente, "Convenção e Recomendação sobre os Serviços de Saúde no Trabalho", cujas principais características são o princípio da ampla participação dos trabalhadores, a atuação em equipes multiprofissionais e implementação de serviços de saúde do trabalhador a partir de políticas públicas.
- 1994 - II Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores que propõe a unificação de todas as ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde.
- 2002 - Criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), principal estratégia política da área de saúde do trabalhador no Brasil, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) que através dos CEREST busca implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção e de promoção da saúde na perspectiva da saúde do trabalhador. A RENASt terá a atribuição de atuar como

um elemento integrador dos CEREST espalhados pelo país, promovendo uma ampliação no número desses centros.

- 2005 - III Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores que procura resgatar a positividade do trabalho e desconstruir a relação trabalho – sofrimento, comum no imaginário social de tradição judaico-cristã.
- 2012 - A Portaria 1.823 que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), definindo os princípios, diretrizes e estratégias nas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador. A PNSTT é desenvolvida em esfera interinstitucional pelo Ministério da Saúde, articulada com os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. Determina a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a participação popular, o apoio à pesquisa e à capacitação de recursos humanos
- 2014 - IV Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores com o objetivo de propor diretrizes para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Todos esses fatos e construções trouxeram grandes avanços para as práticas institucionais da saúde do trabalhador, por permitirem discussões que resultaram na estruturação epistemológica do campo da saúde do trabalhador via ampliação de conceitos, objetivos e ações.

Evidenciada a perda de credibilidade junto aos trabalhadores e a insuficiência dos modelos hegemônicos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional nas questões relativas a promoção, prevenção e intervenção na saúde dos trabalhadores³⁶, fica a questão: seria o campo da saúde do trabalhador a solução para a redução dos alarmantes números de acidentes e doenças do trabalho comunicados anualmente no Brasil?

A saúde do trabalhador, apesar dos caminhos percorridos, não é absoluta e seu paradigma já foi considerado insuficiente. Algumas pesquisas trazem a luz alguns motivos, que conduzem ao entendimento de que este campo não deve ser considerado a solução absoluta para os problemas relacionados a segurança e saúde dos trabalhadores: trata-se de um campo ainda em construção; sua prática ainda é muito orientada pelos pressupostos da saúde ocupacional; não tem conseguido acompanhar ou abranger todos os movimentos mundiais de reestruturação produtiva (mudança nas formas de produção); o seu campo não

incorpora as questões como morbimortalidade por violências e acidentes de trajeto; fragilidade do movimento sindical brasileiro, aliado a pouco destaque na academia, com impactos sobre a eficácia do controle social; o campo saúde do trabalhador aparenta não ser objeto central de preocupação, pois ocupa lugar periférico e afastado na configuração institucional do SUS, situação que é piorada pelas questões relacionadas à gestão financeira e de recursos humanos dos estados e municípios^{30,36-38}.

É necessário e urgente o combate ao retrocesso e limites que se impõe à saúde do trabalhador. Todavia, o enfrentamento adequado das limitações citadas no parágrafo anterior é tarefa coletiva, e exige efetiva participação de instituições públicas, de centros acadêmicos e da sociedade civil com instâncias organizativas de trabalhadores, através de discussões com base em revisão profunda da fundamentação conceitual, política e social que engendraram o campo da saúde do trabalhador.

2.4 - O FENÔMENO ABSENTEÍSMO-DOENÇA

No serviço público, sobretudo em serviços públicos da saúde, o absenteísmo merece atenção, pois vem sendo destacado pelos gerentes e pela literatura como de alta frequência de ocorrência. A palavra "absenteísmo" apresenta na literatura variadas abordagens e definições. O termo é derivado da palavra absentismo, que era aplicada aos proprietários rurais que migravam do campo para viver nas cidades. Na era industrial, o termo era usado para definir a ausência dos trabalhadores ao serviço. Via de regra, os termos absenteísmo, absentismo e ausentismo são expressões sinônimas que designam a falta do empregado ao trabalho³⁹.

De uma maneira geral o estudo do absenteísmo-doença permite formar um panorama do estado de saúde de um grupo de indivíduos. As estatísticas prévias de absenteísmo além de descreverem o que ocorreu no passado, podem servir como indicação de tendências em relação ao absenteísmo futuro. A condução de pesquisas sobre absenteísmo e suas causas indicam caminhos para construção de conhecimentos na área na qual foram gerados os dados bem como o direcionamento de pesquisas mais aprofundadas sobre as causas que levam os

trabalhadores a adoecerem. O absenteísmo deve ser tratado como "sintoma" e como tal deve ser avaliado, pois ele pode mostrar que algo está errado em relação ao adoecimento dos trabalhadores. Quando o gestor tenta simplesmente suprimi-lo, via mascaramento de problemas que precisam ser avaliados, surgem complicações ainda piores⁴⁰.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define o absenteísmo como "o período de ausência laboral que se aceita como atribuível a uma incapacidade do indivíduo, exceção feita para aquela derivada de gravidez normal ou prisão". A ausência laboral deve ser entendida como falta ao trabalho, independentemente de sua duração^{40,41}.

O absenteísmo foi classificado em cinco tipos por Quick e Lapertosa (1982)⁴²:

- a) **Absenteísmo voluntário**: falta ao trabalho motivada por causas particulares e não justificada por doença;
- b) **Absenteísmo por motivo de doença ou absenteísmo-doença**: faltas motivadas por qualquer doença ou procedimento médico-odontológico conferidas por meio de atestado médico-odontológico;
- c) **Absenteísmo por patologia profissional**: faltas por acidentes de trabalho ou doenças profissionais;
- d) **Absenteísmo legal**: faltas ao trabalho legalmente justificadas como licença nojo, gala, maternidade, doação de sangue); e
- e) **Absenteísmo compulsório**: seria a falta ao trabalho por suspensão imposta pelo contratante, prisão ou outro motivo que impeça ao trabalhador de chegar ao local de trabalho;

Objeto deste estudo o absenteísmo por motivo de doença ou simplesmente absenteísmo-doença é um fenômeno crescente que gera elevados custos diretos e indiretos para a sociedade, com importantes implicações, não apenas em termos de morbidade, mas também em produtividade. Ele deve ser entendido como resultado dos determinantes sociais de saúde da população, do qual fazem parte os trabalhadores e suas respectivas condições de trabalho ou da maneira como este se organiza (jornadas, turnos, valorização do trabalhador, hierarquia, divisão e fragmentação do trabalho, mecanismos de controle, presença de riscos ocupacionais, entre outros aspectos)⁴³.

O absenteísmo-doença é um problema que contribui para o declínio na qualidade dos serviços por afetar diretamente a organização, demais trabalhadores

e usuários dos serviços públicos. O estudo do absenteísmo-doença é muito complexo e desafiador por motivos como: apresentar elementos confusos e de difícil gerenciamento, por sua etiologia ser multifatorial incluindo fatores psicossociais, econômicos, referentes ao ambiente de trabalho e às políticas sociais e trabalhistas vigentes. Apesar das dificuldades na condução desse tipo de pesquisa ela se torna relevante na medida em que fornece informações importantes sobre o estado de saúde da população estudada⁴⁴⁻⁴⁸.

Em nível individual, os efeitos negativos da ausência do trabalhador ao trabalho por motivo de doença perpassa os danos físicos e psicológicos, gerados em si próprios por trazer um sofrimento moral, uma sobrecarga a nível familiar decorrente da redução dos rendimentos e um processo de culpabilidade por parte do gestor e da própria sociedade, dando a impressão de que o trabalhador adocece e se afasta simplesmente porque ele quer^{5,48}. Além disso, observa-se na prática que, quando o absenteísmo é abordado a partir da perspectiva do gestor, objetiva-se a redução deste por meio do aumento de medidas de controle de ausências com pouco ou nenhum enfoque para as ações de prevenção e promoção da saúde⁴⁹.

O absenteísmo-doença pode ser considerado como uma medida global do estado de saúde dos profissionais de uma instituição por atuar como um indicador de funcionamento físico, psicológico e social desta. Além disso, já foi demonstrado que ele pode servir como um preditor da morbimortalidade futura. O estudo Whitehall II na Inglaterra (2008) indicou aumento de 66% no risco de morte prematura entre trabalhadores que tiveram episódios de licenças médicas superiores a sete dias em um período de três anos⁵⁰. Em outro estudo, verificou-se que o risco de mortalidade e aposentadoria precoce se eleva entre homens e mulheres que tiveram mais de 15 dias de licença médica por ano⁵¹.

Apesar de sua utilização como indicador institucional, não foi evidenciado na literatura consenso sobre a utilização do absenteísmo-doença como um indicador geral de saúde dos trabalhadores, uma vez que este sofre forte influência dos sistemas de previdência e seguridade social, de garantias trabalhistas e até mesmo da situação econômica do país. Já se demonstrou, por exemplo, que a duração do absenteísmo-doença é menor em períodos de crise e maior em períodos de crescimento econômico⁵². Além disso, alta frequência de absenteísmo não indica, necessariamente, trabalhadores menos saudáveis⁵³.

Por outro lado Leão (2012) e Silva (2003) afirmaram que os indicadores de absenteísmo-doença são parâmetros internacionalmente aceitos, por permitirem mensurar a falta ao trabalho por motivo de doença, acompanhar as variações ao longo de um período e comparar resultados intra e intergrupos de trabalhadores. Tais indicadores seriam provedores de informações da situação epidemiológica dos trabalhadores, das políticas de recursos humanos da instituição, do serviço de atenção à saúde do trabalhador disponível nas organizações e das condições em que o trabalho é realizado. Dessa forma, poderiam fornecer subsídios indispensáveis para o planejamento de ações preventivas em saúde do trabalhador^{40,53}.

2.4.1 - Absenteísmo-doença no serviço público de saúde

A questão do absenteísmo no trabalho motivado por episódio de doença é tema de interesse em serviços públicos da saúde dado ao grande volume de licenças médicas e de dias não trabalhados nesse setor⁴³, superior às instituições privadas, em quantidade e tempo⁵⁴.

Um número reduzido de trabalhos tem demonstrado preocupação em avaliar e analisar o processo saúde-adoecimento-trabalho em suas múltiplas variáveis no âmbito do serviço público⁵⁵. Nessa direção, torna-se necessário empreender pesquisa sob o tema para a promoção de debates sobre as condições de saúde dos trabalhadores do setor público no intuito de contribuir para a intervenção e elaboração de políticas de prevenção, promoção e reabilitação da saúde como estratégia de gestão⁵⁶.

As políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador tendem a ter como foco os trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção à saúde dos servidores públicos^{53,57}. Todavia, a saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho salubre são mencionados na Constituição Federal de 1988, como direitos sociais, e como tais se inserem no conceito mais amplo de Saúde com suas especificidades e exigências voltadas para todos os tipos de trabalhadores, independente do seu tipo de vínculo institucional⁵⁸.

A lacuna na atenção à saúde dos servidores públicos também é destacada por Cunha⁴⁸ que em pesquisa sobre o adoecimento dos servidores públicos de Santa Catarina informa que a questão da saúde dos trabalhadores do serviço

público do Estado "*não está contemplada no estatuto dos servidores, que se restringe a tratar de temas pontuais como licença para tratamento de saúde, aposentadoria por invalidez, remoção por motivo de saúde, readaptação, exame admissional, acidente em serviço, dentre outras. Enfim, ações que estão em sua maioria relacionadas com a atividade pericial*".

Ademais, não é necessário um tratamento especial para o serviço público, basta que uma política de saúde do trabalhador seja institucionalizada e praticada no âmbito da administração pública, à maneira do que é previsto para os trabalhadores contratados sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)⁵.

A condução de estudos sobre absenteísmo-doença no serviço público se justifica ainda perante o entendimento do Ministério da Saúde (2001), ao afirmar que a falta de informações integradas sobre o perfil de morbidade, em linguagem epidemiológica, constitui-se em impeditivo para o conhecimento dos motivos que levam os servidores públicos do Brasil a adoecerem⁵⁹. Os dados obtidos serão úteis para orientar ações sindicais em saúde e para os sistemas de gestão de saúde, segurança e ambiente das instituições públicas⁶⁰.

Dentre outros agravantes já discutidos, o fenômeno do absenteísmo-doença também pode desencadear, em cascata, o adoecimento dos servidores ativos em serviço, ocasionado não apenas pelas faltas de alguns profissionais das equipes, mas impulsionado, também, pelo empenho destes em manter a qualidade no cuidado aos pacientes⁶¹.

As causas que levam um trabalhador a adoecer podem ser várias. Os servidores públicos da saúde precisam lidar com uma série de demandas que implicam em sofrimento físico e psicológico. Todavia, o impacto dessas demandas nas taxas de absenteísmo-doença é pouco claro, uma vez que o trabalhador pode adoecer por questões alheias ao trabalho⁶², dessa maneira, nem sempre é possível estabelecer onexo causal entre o trabalho e o adoecimento. Entretanto, quando diferentes estudos mostram variações significativas nos indicadores de absenteísmo-doença de grupos de perfil socioprofissional semelhantes, isso sugere fortemente que as condições e a organização do trabalho tem participação no processo de adoecimento do trabalhador⁴³.

Alguns autores já discutiram a questão do absenteísmo-doença entre servidores públicos e, particularmente, entre aqueles que atuam em instituições de

saúde, locais onde se verificam altas proporções de licenças médicas e dias de trabalho perdidos^{39,43,47,48,53-55}. Algumas características do ambiente organizacional em serviços de saúde como sistema de turnos, hierarquia, divisão do trabalho, etc podem impactar nos números de absenteísmo-doença de uma instituição, todavia é preciso destacar que os chamados riscos ocupacionais também possuem efeito direto sobre a saúde do trabalhador e podem gerar afastamentos motivados por doenças profissionais^{III} e acidentes de trabalho¹.

No que tange aos fatores de riscos para a saúde e segurança do trabalhador, passíveis de provocar doenças e acidentes do trabalho, são caracterizados em cinco tipos:

RISCOS FÍSICOS: ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros;

RISCOS QUÍMICOS: agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho;

RISCOS BIOLÓGICOS: microorganismos como fungos, vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária;

RISCOS ERGONÔMICOS E PSICOSSOCIAIS: decorrem do layout, 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 e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros;

RISCOS MECÂNICOS E DE ACIDENTES: ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 28-29)⁵⁹

O trabalho em saúde apresenta uma gama considerável de riscos com intensidades e tempo de exposição que variam de acordo com o local de trabalho ou

^{III} O Manual de Perícias Médicas do GDF de 2013 define como doença profissional "aquelas decorrentes, desencadeadas ou agravadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade profissional ou adquirida em função de condições ambientais específicas em que se realiza o trabalho" e como acidente de trabalho "qualquer ocorrência não programada, inesperada, que interfere ou interrompe o processo normal de uma atividade, trazendo como consequência isolada ou simultaneamente: perda de tempo, dano material ou lesões ao servidor distrital, em razão do exercício do cargo, função, ou emprego no ambiente de trabalho ou no exercício de suas atividades a serviço da Administração Pública, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou mental".

o tipo de atividade executada. Para dar um tratamento diferenciado aos riscos relacionados ao trabalho em saúde, o Ministério do Trabalho promulgou a Norma Regulamentadora 32 (NR-32) que trata das condições e necessidades dos trabalhadores em atividades de atenção à saúde. Entretanto, como as demais Normas Regulamentadoras, a aplicação desta norma aos serviços públicos de saúde é opcional na medida em que a obrigatoriedade de sua aplicação ocorre apenas em estabelecimentos cujos contratos trabalhistas se dão pela CLT.

2.4.2 - Estudos epidemiológicos sobre o absenteísmo-doença no serviço público

Indicadores de absenteísmo-doença são importantes instrumentos de gestão, monitoramento e avaliação da saúde do coletivo de trabalhadores, internacionalmente aceitos, que atuam como ferramentas de monitoramento do afastamento do trabalho por motivo de doença. Os indicadores possibilitam o acompanhamento das variações do adoecimento ao longo de um determinado período e comparação de resultados dentro e fora de uma instituição. A composição do conjunto de indicadores de absenteísmo-doença permite comparar resultados entre estudos do gênero⁶⁵.

Os indicadores de absenteísmo-doença são baseados nos seguintes critérios: número de episódios de licenças médicas, trabalhadores em licença médica e dias perdidos por licenças médicas^{53,63,64}. Dos vários indicadores de absenteísmo-doença utilizados em estudos, alguns já foram padronizados pela "Permanent Commission And International Association on Occupational Health" (1973)⁶³ e Helsing (1998)⁶⁴, conforme segue:

- a) **Taxa de absenteísmo-doença ou prevalência de absenteísmo-doença (PAD):** divide-se o número de trabalhadores que tiveram pelo menos um episódio de licença médica (LM) no período, pela população total sob risco. Esse indicador fornece a proporção de servidores que tiveram pelo menos um episódio de atestado médico, no ano, na população em estudo⁵³ - baseado nos trabalhadores.
- b) **Taxa de frequência de licenças ou índice de frequência de licenças (IFL):** divide-se número de episódios de licenças (número de eventos) do período em estudo, pela população total sob risco. Mede a frequência de

episódios de licenças médicas na população sob estudo⁵³ - baseado nos episódios.

c) **Taxa de gravidade (TG) ou índice de duração:** divide-se o número de dias perdidos pela população total sob risco. Mensura a média de dias perdidos para cada servidor da população em estudo (com e sem LTS), indicando a magnitude do absenteísmo-doença⁵³ - baseado nos dias perdidos.

d) **Duração do absenteísmo-doença (DAD):** divide-se o número de dias perdidos no período pelo número de trabalhadores afastados no mesmo período. Expressa a média de dias perdidos para cada servidor licenciado - baseado nos dias perdidos.

e) **Duração da média da licença (DML):** divide-se o número de dias perdidos no período, pelo número total de licenças médicas do período em estudo. Expressa a média de dias perdidos para cada episódio de licença médica - baseado nos dias perdidos.

Apesar da proposta de uniformização dos indicadores descritos no parágrafo anterior, verificou-se que não existe uma padronização de medidas e terminologias usadas em estudos de absenteísmo-doença. Portanto comparações entre resultados de estudos sobre absenteísmo devem ser realizadas com cautela, isso porque existem outras medidas, diferentes termos para se referir a uma mesma medida, variação nas formas de cálculos adotadas, utilização de pontos variáveis de inserção dos episódios de licenças médicas (incluir no estudo licenças médicas a partir de um dia de duração ou só a partir de três dias de duração, por exemplo) bem como critérios diferentes para caracterização de licenças de curta ou longa duração^{52,53}.

Os resultados descritos no Quadro 1 demonstram as pesquisas produzidas sobre o tema do absenteísmo-doença com uso de indicadores no serviço público em geral e em serviços públicos de saúde.

Quadro 1 - Produção científica brasileira sobre o perfil epidemiológico do absenteísmo-doença em servidores públicos com utilização de indicadores.

Autor e ano da publicação	Delineamento da pesquisa	Indicadores de absenteísmo-doença e resultados
Torres e Pinho (2006) ⁶⁶	Estudo descritivo com 565 trabalhadores de enfermagem de um Hospital do DF, do ano de 2004	Média de LM por trabalhador (1,2)**; média de LM por trabalhador licenciado (2,0); média de dias perdidos por trabalhador (6,6)***; médias de dias perdidos por licença (5,3)##.
Alves <i>et al</i> (2006) ⁶⁷	Estudo descritivo com 2500 servidores em hospital público de Minas Gerais. De janeiro a Dezembro de 2002.	Índice de AD (2,06%).
Inoue KC <i>et al</i> (2008) ⁶⁸	Estudo descritivo em hospital público no Paraná com 56 trabalhadores de enfermagem. De janeiro a dezembro 2006.	Média de dias perdidos por trabalhador (2,8)***; Índice de frequência (0,27)**; proporção de tempo perdido (1,76%).
Andrade <i>et al</i> (2008) ⁴⁷	Estudo transversal com amostra de 400 servidores da prefeitura municipal de Vitória.	Prevalência de AD (75,25%)
Martins <i>et al</i> (2009) ⁶⁹	Estudo descritivo com 837 servidores de um hospital público da Bahia com LTS de até 15 dias, de julho/2005 a junho/2006.	Incidência de 31,9%*; Média de atestados por trabalhador de 2,31**.
Sala <i>et al</i> (2009) ⁴³	Estudo transversal com 58.196 servidores públicos da SES de São Paulo no ano de 2004.	Prevalência de AD (15,9%); Média de LM por trabalhador licenciado (2,3); média de dias perdidos por trabalhador doente (64,9 dias) [#] ; percentual de AD (2,8%).
Pawlina <i>et al</i> (2009) ⁷⁰	Estudo descritivo no nível central da Secretaria de Saúde de Mato Grosso com 923 trabalhadores. Com análise de licenças superiores a 3 dias, no período 2005-2006.	2005: Média de dias por trabalhador ausente (67) [#] ; Média de dias por trabalhador (12)***. 2006: Média de dias por trabalhador ausente (65) [#] ; Média de dias por trabalhador (15)***.
Júnior <i>et al</i> (2007) ⁴⁹	Estudo transversal com 311 profissionais de enfermagem de 16 Unidades Básicas de Saúde, do Município de Campinas, durante o ano de 2002	Índice de frequência (2,88)**; Tg (12,27); Proporção de tempo perdido (5,56%).
Primo, Pinheiro e Sakurai (2010) ⁷¹	Estudo transversal com 2790 trabalhadores de um hospital-ensino público. Analisou-se a totalidade das licenças dos servidores públicos e celetistas do ano 2006.	Índice de AD (5,3%); Índice de frequência por trabalhador (52,1%)*; IFL (150%); TG (12,5 dias); Taxa de severidade (8,3 dias)##
Santos e Mattos (2010) ⁷²	Estudo descritivo transversal com 14.779 servidores públicos com LTS ≥ 15 em Porto Alegre, nos anos 2004-2005.	2004: taxa de AD (3,9%); IFL (46,2%); Tg (9,7); DML (21,1); Índice de AD (3,9%) 2005: taxa de AD (3,7%); IFL (44,4%); Tg (9,3); DML (21); Índice de AD (3,7%)
Leão <i>et al</i> (2015) ⁶⁵	Estudo transversal com análise de licenças superiores a 3 dias dos servidores do município de Goiânia de janeiro de 2005 a dezembro de 2010.	Valores médios no período (2005-2010). Prevalência de acumulada de AD (47,5%)*; prevalência de licenças (39,2%)**; duração média do AD (40 dias) [#] ; duração média das licenças (23 dias)##
Bastos <i>et al</i> (2016) ⁷³	Estudo descritivo com 12.299 servidores públicos da Prefeitura Municipal de Vitória com LTS, de janeiro a dezembro 2012.	Índice de frequência (1,2)**; Índice de gravidade (11,8)***; percentual de AD (4,79%); duração média das ausências (10,2)##.

Fonte: Adaptado de Leão(2012)

* equivalente a prevalência de absenteísmo-doença (PAD).

** equivalente ao índice de frequência de licenças (IFL).

*** equivalente à taxa de gravidade (TG).

equivalente à duração do absenteísmo-doença (DAD).

equivalente à duração média da licença médica (DML).

A partir da leitura dos artigos descritos no Quadro 1, verificou-se que os transtornos mentais e os distúrbios musculoesqueléticos figuraram como os dois principais motivos do absenteísmo-doença dos servidores. Nesse contexto, as maiores frequências se destacaram entre as mulheres e em servidores de baixa escolaridade. Observa-se que em relação à utilização dos indicadores de absenteísmo-doença, os autores não seguem um padrão na seleção e nomenclatura dos mesmos. Outra questão é o que é considerado absenteísmo-doença para cada um desses autores. Alguns, por exemplo, consideram nos estudos licenças médicas por acidentes em serviço, outros não. Essa questão traz uma limitação no momento de se comparar os resultados dos indicadores, conforme descrito anteriormente.

Além dos indicadores descritos, há necessidade de descrever a prevalência das doenças envolvidas nas LTS, utilizando codificações específicas como a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), bem como a contagem de frequências, viabilizando comparações entre os estudos de absenteísmo-doença.

3 – ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

Os servidores públicos civis do Distrito Federal são regidos pela Lei Complementar nº 840 de 23/12/2011. O Capítulo I do presente dispositivo apresenta as disposições gerais sobre a concessão de licenças para tratamento de saúde dos servidores públicos do DF. O artigo 271 coloca que a assistência geral à saúde do servidor ativo deve ser prestada pelo Sistema Único de Saúde ou pelo serviço de saúde do órgão a que o servidor estiver vinculado, se existir. O referido artigo ainda dispõe que a assistência à saúde pode se dar mediante auxílio financeiro para custeio parcial de planos de saúde. Entretanto, os servidores da saúde não contam com este auxílio, ao contrário de servidores de outras carreiras como os servidores da carreira do Departamento de Trânsito do DF, por exemplo. Quando o servidor da saúde necessita de atendimento médico esse atendimento se dará via SUS ou via rede privada, neste caso, com o ônus do custo para o próprio servidor⁷⁴.

Uma vez que o servidor necessite se afastar por doença, seu atestado médico só irá produzir efeitos quando passar pela perícia médica dos servidores públicos do DF, atualmente centralizada na Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão – SEPLAG. A perícia médica dos servidores do DF é realizada na

Subsecretaria de Saúde, Segurança e Previdência dos Servidores – SUBSAUDE, órgão da SEPLAG. A SUBSAÚDE “é o órgão de gerenciamento central em saúde, segurança e previdência dos servidores, e, é de sua competência realizar estudos, normatizar, propor diretrizes, planejar, controlar e auditar as ações em matéria de saúde, segurança do trabalho e do regime próprio de previdência no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal”⁷⁵.

A perícia médica dos servidores do DF consiste em ato que produz informações que irão fundamentar decisões da administração pública no que diz respeito às disposições da Lei nº 840 de 23/12/2011. O Manual de Perícia Médica Oficial do DF conceitua perícia médica oficial como uma avaliação técnica da saúde e da capacidade laboral do servidor, portador de um atestado médico ou odontológico, por um médico formalmente designado e na presença do servidor. Este documento oficial caracteriza a perícia médica em dois tipos:

- 1) **Perícia médica oficial:** para atestados de até 30 dias. É realizada por apenas um médico.
- 2) **Junta médica oficial:** para atestados acima de 30 dias ou prorrogações que excedam a 30 dias de afastamento, sendo realizada por um grupo de dois ou mais médicos.

Durante a homologação do atestado médico, o médico perito oficial, de posse do atestado médico ou odontológico, avalia o quadro clínico do periciado, com base na anamnese, exame clínico e análise de documentos e exames complementares apresentados pelo servidor. Após avaliação da capacidade laborativa decide sobre a necessidade do afastamento do trabalho e o seu período de tempo, independente do tempo contido no atestado apresentado pelo servidor, ou seja, sua opinião pode divergir do médico ou odontólogo que gerou o atestado.

Durante a perícia médica, é gerado o laudo pericial. Neste documento constam as conclusões e pareceres sobre a questão que foi submetida a exame. O laudo médico é arquivado em prontuário do servidor. Até metade do ano de 2015, uma cópia desse laudo chamado Comunicação de Perícia Médica – CPM era

encaminhado aos Núcleos de Cadastros Funcionais e Financeiro (NUCAFF)^{IV} das regionais de saúde onde os mesmos eram lançados nos bancos de dados funcionais e sua cópia arquivada na pasta funcional do servidor. Entretanto, após o Decreto nº 36.561 de 19/06/2015 que unificou as perícias médicas de todos os servidores públicos do DF, é entregue no NUCAFF apenas uma guia contendo o nome e matrícula do servidor, período de afastamento e carimbo do médico perito. Tal ação trouxe mais privacidade ao servidor em relação aos motivos que o levam a adoecer, pois no documento entregue no NUCAFF não consta mais o CID ou causa da doença⁷⁶.

Conforme já foi discutido os servidores da saúde do DF não contam com assistência diferenciada para cuidados de saúde. Quando necessário, buscam atendimento no SUS como qualquer cidadão. Entretanto, algumas Regionais de Saúde contam com um setor chamado Núcleo de Segurança Higiene e Medicina do Trabalho - NSHMT, que atua como um serviço de suporte ambulatorial exclusivo para os servidores lotados na Regional.

De acordo com o Manual de Saúde e Segurança do Trabalho do DF os NSHMT deveriam contar com uma equipe multiprofissional composta de médicos do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, assistente social, psicólogo, enfermeiro do trabalho, técnico de segurança do trabalho e técnico de enfermagem do trabalho. Entretanto esse quadro não ocorre na prática, posto que não existe atualmente engenheiros de segurança ou técnicos em enfermagem do trabalho na SES⁷⁷.

O NSHMT da Regional de Saúde de Ceilândia conta com 2 médicos do trabalho, 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 psiquiatra, 1 enfermeiro do trabalho, 1 técnico em segurança e 4 auxiliares de enfermagem (que não são auxiliares de enfermagem do trabalho). Dentro das atividades de assistência à saúde do servidor, o Núcleo presta suporte ambulatorial com consultas psiquiátricas, consultas com médico do trabalho para realização de exames periódicos, demissionais e geração de laudos de restrição laborativa, consulta com psicólogo e assistente social e atendimento psicossocial não emergencial.

Martins *et al* (2009) já discutiram que as investigações sobre absenteísmo-doença em serviços públicos de saúde são incipientes⁶⁹. No DF, assim como no

^{IV} Os Núcleos de Cadastro Funcionais e Financeiros das Regionais de Saúde correspondem aos setores de Recursos Humanos ou similares das instituições privadas.

restante do país, a prevalência de absenteísmo-doença entre os servidores do GDF e suas causas principais foram pouco estudadas. O único estudo identificado sobre absenteísmo-doença no âmbito do serviço público do GDF, que foi realizado em 2004, por Torres e Pinho (2006), abordou a questão do adoecimento de servidores dentro de um grupo profissional específico (enfermagem) e de apenas um local (Hospital Regional da Asa Norte). As pesquisadoras discutiram, entre outras questões, que houve maior chance de adoecimento para trabalhadores que atuaram em setores de ambulatório, clínica médica, pronto socorro e centro cirúrgico, para o sexo feminino e para auxiliares de enfermagem⁶⁶.

Além deste estudo, foi gerado pelo setor de Epidemiologia e Estatística da Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho do Governo do Distrito Federal, no ano de 2014, um relatório técnico oficial sobre o absenteísmo-doença dos servidores públicos estaduais do Espírito Santo, do Rio Grande de Sul, de Santa Catarina e do Distrito Federal. O relatório apresentou, para cada um dos estados incluídos na investigação, resultados dos indicadores de AD, proporção de adoecimentos por capítulo da CID e o custo médio dos afastamentos para os anos 2011 e 2012. O relatório destacou que 48% dos servidores públicos do DF apresentam em média de 1 a 2 atestados no ano e as Secretarias com maiores indicadores de absenteísmo-doença foram as Secretarias de Estado de Saúde e de Educação do DF⁷⁸.

Ambos os documentos destacam a necessidade de aprofundamento em estudos epidemiológicos, sobre a saúde dos servidores públicos da saúde^{66,78}. O relatório epidemiológico da Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho do GDF trouxe um panorama geral do absenteísmo-doença dos servidores do DF mas, apesar da iniciativa, apresenta várias limitações, entre as quais, a não utilização de dados sociodemográficos nas análises ou recortes específicos para definir quais grupos dentro da população de servidores estão se afastando mais vezes ou por maior tempo⁷⁸.

4 - JUSTIFICATIVA

A precariedade vivenciada por servidores públicos da saúde e usuários do SUS nos estabelecimentos públicos de saúde é facilmente sentida ou evidenciada

por qualquer cidadão. Deve-se, portanto, lançar mão de estratégias que auxiliem na reversão dessa situação, como por exemplo, a construção de pesquisas que indiquem o panorama epidemiológico local, possibilitam caminhos para a transformação da atual condição de saúde dos trabalhadores. Por meio da compreensão do perfil epidemiológico do adoecimento dos servidores da Regional de Saúde de Ceilândia, formar-se-ão perspectivas para discussões coletivas, possibilitando intervenções que poderão culminar em uma transformação da organização e condições do ambiente de trabalho.

A elaboração da presente pesquisa tornou-se de relevância social e acadêmica, na medida em que trouxe informações, permitindo traçar o perfil epidemiológico do absenteísmo-doença dos servidores da Regional de Saúde de Ceilândia. A falta de informações atuais sobre absenteísmo-doença na Secretaria da Saúde do Distrito Federal representa uma lacuna na gestão da saúde do trabalhador. Não se identificou em nenhuma base de dados pesquisas publicadas sobre a questão do adoecimento dos servidores de uma Regional de Saúde do Distrito Federal. Diante disso, os dados resultantes da presente pesquisa poderão contribuir para a estruturação da assistência, o planejamento, a execução e avaliação das ações da saúde do trabalhador no âmbito dos serviços públicos de saúde.

Até o presente momento, não foi realizada por nenhuma Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal a organização das informações das licenças médicas dos servidores homologadas pela perícia médica oficial do órgão. A presente pesquisa tenta suprir essa lacuna necessidade através da coleta, análise e interpretação dos dados destas licenças o que permitirá a orientação e otimização de ações em saúde do trabalhador em nível local.

5 – OBJETIVOS

5.1 - Objetivo geral

Caracterizar o perfil do absenteísmo-doença entre os servidores públicos da Regional de Saúde de Ceilândia, quanto às frequências de licenças e períodos de ausência do trabalho em decorrência de episódio de adoecimento, no ano de 2014.

5.2 - Objetivos específicos

Descrever o perfil do absenteísmo segundo variáveis demográficas (sexo e idade), socioeconômica (escolaridade), relativas ao trabalho (tempo de serviço, lotação setorial, unidade de atenção à saúde, carga horária e cargo) e epidemiológicas (motivo do afastamento - CID-10 e período de afastamento).

Quantificar o absenteísmo-doença por meio de indicadores estabelecidos na saúde do trabalhador.

Realizar análise multivariada usando método de regressão binomial negativa entre as variáveis independentes e a variável desfecho absenteísmo-doença.

6 – MÉTODO

6.1 - Delineamento e período da pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico do campo da saúde do trabalhador com desenho descritivo, exploratório, quantitativo que identifica a distribuição da frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva em função das variáveis de espaço (ambientais e populacionais), tempo e pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à prevenção de doenças e promoção da saúde de uma população específica, com recorte transversal, no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico⁷⁹. Este tipo de estudo apresenta como vantagens o baixo custo e rapidez com que são produzidos. Em relação ao tempo o estudo foi retrospectivo com utilização de dados secundários do Núcleo de Cadastro Funcional e Financeiro (NUCAFF), da Regional de Saúde de Ceilândia, referentes ao período de janeiro a dezembro de 2014.

6.2 - Local da pesquisa - a Regional de Saúde de Ceilândia (RSC/DF)

Ceilândia é a IX Região Administrativa do DF. Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD - realizada pela Companhia de Planejamento do DF, em 2015, a cidade contava com 142.231 domicílios urbanos e 489.351 habitantes. A cidade possui uma área urbana de 29,10 km² e está subdividida em diversos setores: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da Região Administrativa), Setor Privê e condomínios que estão em fase de regularização fundiária como o Pôr do Sol e Sol Nascente⁸⁰.

Ainda segundo dados da PDAD a população de Ceilândia é composta majoritariamente por pessoas do sexo feminino (51,82%), na faixa etária de 25 a 59 anos (46,17%), declaradamente pardas (57,95%), solteiras (39,54%), de religião católica (57,94%), com um contingente de 48,33% de imigrantes, em sua maioria oriundos da região Nordeste (68,40%), de baixa escolaridade (35,96% nível fundamental; 23,94% nível médio). Possui renda per capita de R\$ 915,81 e renda domiciliar média de R\$ 3.076,00 e classe de renda de 2 a 5 salários mínimos

(42,65%). Em relação à infraestrutura domiciliar, a maior parte da população conta com rede de água (98,38%) e esgoto (80,96%), rede de energia (98,28%), coleta de lixo (85,33%), iluminação pública (96,04%) e rua asfaltada (80,89%)⁸⁰.

A Regional de Saúde de Ceilândia apresenta-se como parte integrante do Sistema Único de Saúde do DF dentro da Superintendência de Saúde da Região Oeste. Conta com organizações de saúde em nível primário, secundário e terciário formando uma complexa rede de organização e atenção a saúde pública. As unidades de saúde vinculadas à Regional de Saúde de Ceilândia compreendem 1 hospital geral, 12 centros de saúde, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 2 postos rurais, 1 laboratório regional e 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS). Na prática da assistência, bem como nesta pesquisa, o Centro de Saúde nº 1 é considerado como parte do Hospital, com nome setorial de Ambulatório II⁸¹.

6.3 - Participantes do estudo

O universo da população foi constituído por todos os servidores da Regional de Saúde de Ceilândia com vínculo estatutário com a Administração Pública do Distrito Federal incluindo aqueles que foram afastados do trabalho por licença para tratamento de saúde entre janeiro e dezembro de 2014. Em relação à variável desfecho (absenteísmo-doença), foram incluídos os servidores com pelo menos um episódio de licença médica. As licenças foram analisadas tomando por base o número de episódios de licenças médicas, o que não é igual ao número de servidores que adoeceram, pois um mesmo servidor pode se afastar mais de uma vez, e com base nos dias de afastamento ou dias perdidos, que corresponde a soma dos dias de afastamento de todas as licenças homologadas para cálculo dos indicadores

Foram excluídos do estudo: os servidores públicos comissionados, de contrato temporário ou contratados pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), devido ao fato de que, para estes trabalhadores, eram homologadas no órgão pericial do GDF, licenças de até 15 dias; os estatutários cedidos de órgãos federais como o Ministério da Saúde, neste caso, pelo fato de não constar nas pastas funcionais destes servidores dados referentes às licenças médicas, posto que a perícia médica destes servidores é realizada em órgão do

Ministério da Saúde. Também foram excluídos todos os afastamentos previstos em lei como licença maternidade, licença para acompanhamento médico de familiar, atestados de comparecimentos e atestados médicos-odontológicos de até 3 (três) dias.

Conforme o Manual de Perícia Médica Oficial do DF, os servidores com atestados médicos e odontológicos de até 3 (três) dias que forem encaminhados para homologação poderão ser dispensados da avaliação médica-pericial e poderão entregar o atestado diretamente para a chefia imediata, motivo pelo qual foram incluídos na presente pesquisa somente as licenças médicas com no mínimo 4 dias de duração⁷⁵.

6.4 - Fontes de informação e instrumentos de coleta

Para a construção dos bancos de dados deste estudo foram utilizados dados secundários de dois bancos de dados institucionais:

- 1- Banco de dados do NUCAFF da Regional de Saúde de Ceilândia, que contempla os dados dos episódios de licenças médicas (LM), a partir da Comunicação de Perícia Médica (CPM).
- 2- Banco de dados do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos (SIGRH), que consiste em uma base de dados virtual de acesso restrito a servidores autorizados, com informações cadastrais de todos os servidores públicos do GDF.

Com base nesses bancos de dados institucionais, inicialmente para este estudo, foram construídos separadamente dois bancos de dados, um banco que continha os dados de todos os servidores com episódios de LM e outro com as informações cadastrais de todos os servidores públicos do GDF.

Para a construção do banco de dados dos servidores com episódios de LM, foi utilizado como instrumento de coleta de dados a Comunicação de Perícia Médica –CPM que contemplava os dados pertinentes ao procedimento da perícia médica (data da perícia, matrícula dos servidores afastados, motivo de adoecimento, conforme a CID-10 e dias de afastamento para tratamento da própria saúde). A CPM

é o documento oficial gerado no momento da consulta médica pericial, que era emitida em duas vias. A cópia era encaminhada para o NUCAFF, setor responsável pelo lançamento nos assentamentos funcionais do servidor no Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) e para posterior arquivamento na pasta funcional. A via original era arquivada no prontuário físico do servidor localizado na Diretoria de Saúde Ocupacional (DSOC). Esse fluxo ocorreu à época da pesquisa.

Como no serviço público do DF, os trabalhadores da área da saúde podem possuir até dois vínculos de trabalho entre as três esferas de governo, neste estudo, para aqueles servidores que possuíam dois vínculos dentro da Regional, foi considerado apenas o vínculo mais antigo, preservando todas as licenças para tratamento de saúde do servidor, para evitar duplicidade de dados no que diz respeito a variável desfecho (absenteísmo-doença), no período correspondente ao estudo, ano de 2014. Os dados foram processados no software Excel.

Com as informações cadastrais de todos os servidores públicos do GDF foi possível a construção do segundo banco de dados, que também foi processado em uma planilha eletrônica do software Excel. As informações obtidas do SIGRH permitiram conhecer o total de servidores estatutários lotados em cada unidade, assim como as suas características sociodemográficas e relativas ao trabalho (sexo, estado civil, idade, carga horária, escolaridade, cargo, setor de lotação e tempo de serviço).

6.5 - Variáveis do estudo

As variáveis que foram estudadas:

- Variável dependente (desfecho): absenteísmo-doença
- Variáveis independentes (exposição):
 - As variáveis independentes selecionadas para este estudo foram sexo, estado marital, escolaridade, carga horária, categoria profissional, lotação setorial, lotação por nível de atenção à saúde, idade, tempo de serviço. Algumas variáveis passaram por um tratamento de agrupamento antes de serem analisadas. Os dados referentes a categoria profissional e a lotação, por exemplo, foram agrupados levando em conta a similaridade do ambiente organizacional, o tipo de exposição a riscos ambientais, o nível de

complexidade bem como a similaridade das tarefas desenvolvidas no ambiente de trabalho.

Quadro 2 - Categorização das variáveis do estudo, RSC/DF,2014

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Sexo	<i>Masculino; Feminino</i>
Estado Marital	<i>Com companheiro (casado, união estável); Sem companheiro (solteiro, viúvo, separado, divorciado).</i>
Escolaridade	<i>Fundamental</i> {(ensino fundamental incompleto (1 a 4 - incompleto), ensino fundamental incompleto (1 a 4 - completo), ensino fundamental incompleto (5 a 8 - incompleto), ensino fundamental completo (5 a 8 - completo)); <i>Médio</i> (ensino médio incompleto, ensino médio completo); <i>Superior</i> (ensino superior incompleto, ensino superior completo, especialização, mestrado, doutorado)}
Carga horária semanal	<i>20 horas; 24 horas; 30 horas; 40 horas</i>
Categoria profissional	<i>Administrativo</i> (administrador, agente de portaria, agente de saúde pública, analista de políticas públicas, auxiliara operacional de serviços diversos (aosd)-copa, aosd-serviços gerais, aosd-apoio administrativo, bibliotecário, gestor política pública, técnico administrativo, técnico em políticas públicas, telefonista); <i>Apoio técnico</i> (agente comunitário de saúde, agente de serviços complementares, agente de vigilância ambiental, aosd-eletrocardiograma, aosd-patologia clínica, aosd-radiologia, aosd-anatomia, aosd-hematologia, aosd-ortopedia, aosd-farmácia, aosd-operador de máquinas, aosd-lavanderia, artífices, aosd-padioleiro, técnico higiene dental, técnico em anatomia, técnico em hemoterapia, técnico em nutrição, técnico em radiologia, técnico em patologia clínica); Especialistas em saúde (cirurgião dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional); <i>Auxiliar/Técnico de enfermagem</i> (aosd-enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem) <i>Enfermeiro</i> <i>Médico (todas as especialidades médicas)</i>

Quadro 2 - Categorização das variáveis do estudo (continuação).

VARIÁVEL	CATEGORIAS
Lotação setorial	<p><i>Administrativo</i> (Cordenação Geral de Saúde de Ceilândia Diretoria Administrativa, Diretoria Geral do Hospital Regional da Ceilândia, Diretoria Regional de Atenção Primária a Saúde, Gerência de Diagnóstico e Terapia, Gerência de Enfermagem, Gerência de Pessoas, Gerência de Políticas e Programas, Gerência de Regulação Controle e Avaliação, Gerência de Saúde da Família, Núcleo de Apoio e Remoção De Pacientes, Núcleo de Atividades Gerais, Núcleo de Cadastro Funcional e Financeiro, Núcleo de Coleta e Apresentação de Dados, Núcleo de Controle de Custos, Núcleo de Controle e Prestação de Contas, Núcleo de Internação e Alta, Núcleo de Manutenção e Reparo, Núcleo de Material e Patrimônio, Núcleo de Matrícula e Arquivo Médico, Núcleo de Processamento de Contas do SIA E SIH, Núcleo de Protocolo e Documentação Administrativa, Núcleo de Recepção de Emergência, Núcleo Regional de Atenção Domiciliar, Ouvidoria)</p> <p><i>UTI/UTINEO</i> (Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Terapia Neonatal).</p> <p><i>Urgência e Emergência</i> (Pronto Socorro, Pronto Socorro da Pediatria, Pronto Socorro da Ginecologia)</p> <p><i>Atenção Básica</i> (Centros de Saúde Nº 02 A 12)</p> <p><i>Internação</i> (Maternidade, Clínica Médica, Ortopedia, Clínica Cirúrgica, Pediatria)</p> <p><i>Ambulatorial</i> (Banco de Leite, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Segurança e Medicina do Trabalho, Núcleo De Vigilância Epidemiológica, Odontologia, Centro de Saúde Nº 1 ou Ambulatório 2)</p> <p><i>Cirúrgico/Obstétrico</i> (Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade De Anestesiologia).</p> <p><i>Apoio Especializado</i> (Núcleo De Citopatologia, Núcleo De Farmácia, Lavandeira, Núcleo De Hematologia E Hemoterapia, Núcleo De Nutrição, Núcleo De Patologia Clínica, Núcleo De Radiologia, Núcleo De Serviço Social, Núcleo De Transporte, Central De Material Esterilizado)</p> <p><i>Atenção Secundária</i> (CAPS, UPA e Laboratório Regional de Ceilândia).</p>
Lotação por nível de atenção à saúde	<p><i>Hospital</i> (agregadas a variáveis Administrativo, UTI/UTINEO, Urgência e Emergência, Ambulatorial, Cirúrgico/Obstétrico, Apoio Especializado)</p> <p><i>Atenção básica/secundária</i> (agregadas as variáveis Atenção Básica e Atenção Secundária)</p>
Idade	Agrupada em blocos de faixa etária: até 30 anos; 31 a 40 anos; 41 a 50 anos; ≥ 51 anos.
Tempo de serviço	Agrupado em blocos: até 3 anos; 4 a 10 anos; 11 a 20 anos; 21 a 30 anos; ≥ 31 anos.
Motivo de adoecimento pela CID-10	<p>Algumas doenças infecciosas e parasitárias (CID A/B); Neoplasias (CID C); Doenças do sangue ou imunitárias (CID D); Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (CID E); Transtornos mentais e comportamentais (CID F); Doenças do sistema nervoso (CID G); Doenças do ouvido e da apófise (CID H); Doenças do aparelho circulatório (CID I); Doenças do aparelho respiratório (CID J); Doenças do aparelho digestivo (CID K); Doenças da pele e tecido subcutâneo (CID L); Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID M); Doenças do aparelho geniturinário (CID N); Doenças relacionadas a gravidez, parto e puerpério (CID O); Anomalias cromossômicas e deformidades (CID Q); Sintomas, sinais e achados de exames clínicos (CID R); Lesões, envenenamentos, traumatismos e conseqüências de causas externas (CID S/T); Causas externas de morbidade (CID Y); Fatores que influenciam o estado de saúde e contato com serviços de saúde (CID Z).</p>

Cabe destacar que no Quadro 2, a descrição entre parênteses se refere à forma como a variável estava descrita no banco original antes do agrupamento. Variáveis que sofreram agrupamento como idade, tempo de serviço e dias perdidos também foram analisadas como variáveis numéricas contínuas.

6.6 - Indicadores utilizados para a medida do absenteísmo-doença

A dimensão da gravidade do absenteísmo-doença pode ser medida pelo uso de indicadores de absenteísmo-doença. Os indicadores utilizados nesta pesquisa levaram em conta as recomendações da Permanent Commission And International Association on Occupational Health (1973)⁶³ e Helsing (1998)⁶⁴. Tratam-se de indicadores básicos, de fácil obtenção e compreensão. São baseados na população geral e permitem a obtenção de um panorama geral da situação epidemiológica da população de estudo⁸². No presente estudo optou-se pelo uso de cinco indicadores cujas composições estão representadas abaixo.

Prevalência de absenteísmo-doença (PAD): $\frac{\text{n}^\circ \text{ de servidores com LTS/ano}}{\text{total de servidores no ano}} \times 100$

Índice de frequência de licenças (IFL): $\frac{\text{n}^\circ \text{ de episódios de LTS no ano}}{\text{total de servidores no ano}} \times 100$

Taxa de gravidade (TG): $\frac{\text{n}^\circ \text{ de dias perdidos no ano}}{\text{total de servidores no ano}}$

Duração do absenteísmo-doença (DAD): $\frac{\text{n}^\circ \text{ de dias perdidos no ano}}{\text{servidores com LTS no ano}}$

Duração da licença médica (DML): $\frac{\text{n}^\circ \text{ de dias perdidos no ano}}{\text{n}^\circ \text{ de licenças médicas no ano}}$

6.7 - Processamento e análise dos dados

Para o processamento dos dados foi realizado o agrupamento (linkage) do banco de dados que continham as variáveis sociodemográficas e relativas ao trabalho e do banco que continha os dados relativos às licenças médicas com os números de episódios, dias perdidos por licença e motivo de adoecimento pela CID-

10. Isso proporcionou a construção de um banco de dados único, que adicionou os dados de licenças médicas às variáveis do cadastro funcional. Antes dos procedimentos de análise foram realizadas avaliações da qualidade dos bancos de dados. Essa avaliação foi feita por meio da verificação da consistência e da completude do banco. A verificação da consistência de banco consistiu na observação e revisão da coerência dos dados lançados nas planilhas relacionadas, enquanto a completude consistiu no correto preenchimento dos campos das variáveis das planilhas. Durante essa avaliação, foram excluídos do banco as duplicidades, os servidores não lotados na Regional de Ceilândia e feitas correções nos códigos das matrículas.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva, com distribuição das frequências absolutas e relativas dos episódios e dias perdidos de licenças médicas relacionadas às variáveis independentes. Esta primeira análise permitiu identificar a caracterização do perfil dos servidores que adoeceram, segundo as variáveis utilizadas no estudo.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva, com distribuição das frequências absolutas e relativas dos episódios e dias perdidos de licenças médicas relacionadas às variáveis independentes. Esta primeira análise permitiu identificar a caracterização do perfil dos servidores que adoeceram, segundo as variáveis utilizadas no estudo.

Para a análise da significância dos fatores associados ao absenteísmo-doença (variável desfecho) foi utilizado modelo de regressão binomial negativa, variante da regressão de Poisson, que tem por característica a análise multivariada de dados contados na forma de proporções ou razões de contagem, ou seja, leva em consideração o total de pessoas acometidas pelo evento estudado e avalia a forma e a intensidade da associação entre as variáveis categóricas e a variável desfecho. Variáveis contáveis não apresentam valores negativos e a distribuição dos dados segue a distribuição de Poisson e, portanto, são indicadas as análises de regressão da família de modelos lineares generalizados que incluem a regressão de Poisson e suas variantes regressão binomial negativa, o modelo de regressão de zeros inflados e o modelo de regressão com zero truncados^{83,84}.

Via de regra, a regressão de Poisson é utilizada para análise multivariada em estudos epidemiológicos longitudinais, como estudos de coorte, mas de acordo com Coutinho *et al* (2008) e Barros e Hirakata (2003) para estudos epidemiológicos

transversais podem ser adotadas as análises de regressão de Poisson porque, mesmo não existindo seguimento real dos participantes neste tipo de desenho epidemiológico, é possível ajustar o tempo permitindo que o tempo sob risco para cada participante seja igual a um, uma tática para obtenção da estimativa por ponto da razão de prevalência^{85,86}.

Segundo Lee *et al* (2012) a principal característica do modelo de Poisson é a suposição de que a média e variância dos dados de contagem são iguais. No entanto, essa suposição de igualdade da média e da variância raramente ocorre em estudos observacionais. Na maioria dos casos, a variância observada é maior que a média, condição conhecida como superdispersão ou *overdispersion*⁸⁷. Garder *et al* (1995), Coxe (2009) *et al* e Lee *et al* (2012) colocam que deve-se optar pela regressão binomial negativa nos casos em que há superdispersão dos dados da variável desfecho. A regressão binomial negativa, como variante da regressão de Poisson, inclui um parâmetro extra para lidar com a superdispersão. A escolha entre o modelo de regressão de Poisson ou entre a regressão binomial negativa também pode ser feita baseada no parâmetro α . Quando α é maior do que zero, deve ser utilizada a RBN^{87,88,89}. Deste modo, como nos dados aqui apresentados observou-se que a variável desfecho exibiu uma superdispersão e como o valor de α foi maior que zero, provavelmente relacionada a grande proporção de trabalhadores com nenhum episódio de absenteísmo-doença no período investigado, optou-se pelo uso da regressão binomial negativa para a análise multivariada.

Inicialmente foi realizada a seleção das variáveis para a construção do modelo de regressão quais foram: escolaridade, carga horária, lotação, classe ocupacional, sexo, faixa etária, lotação por nível de atenção, estado civil, e tempo de serviço. O critério de inclusão das variáveis para o modelo final foi baseado, inicialmente, na análise univariada, considerando-se o valor de $p \leq 0,20$. Posteriormente, as variáveis selecionadas foram inseridas de uma única vez no modelo de regressão múltipla. Não houve evidências de indicadores formais para identificar o modelo que melhor se ajustasse aos dados, mas foram plotados gráficos de dispersão para se comparar a variável valor previsto da média da resposta com a variável desvio dos resíduos padronizados. A análise multivariada possibilitou verificar a magnitude da associação de cada variável independente com o desfecho por meio das razões de prevalência (RP) e as respectivas significâncias estatísticas em intervalos de 95% de confiança.

A razão de prevalências é uma medida de associação em epidemiologia que expressa o quociente entre a prevalência de absenteísmo-doença de um determinado grupo, comparada com a prevalência ocorrida em outro grupo, no caso da presente pesquisa, se existe maior prevalência de adoecimento de um subgrupo de uma variável em relação a outro subgrupo da mesma variável. Ela quantifica a força da associação entre a doença e as variáveis preditoras⁹⁰. Uma razão de prevalência igual a 1 indica que a prevalência de um evento é igual em ambos os grupos

Para análise dos dados, foi utilizado o software SPSS, versão 19, e para o cálculo do parâmetro α foi utilizado o software Stata, versão 13, para a determinação do tipo de regressão a ser utilizada na pesquisa. Foi considerado o valor de $p \leq 0,05$ para resultados estatisticamente significativos na investigação.

6.8 – Considerações éticas

O projeto de pesquisa, após as devidas autorizações oficiais, recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - CEP/FS/UNB - em 24/11/2015, com parecer de aprovação nº 1.335.457 e do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS em 8/12/2015, com parecer de aprovação nº 1.355.148, estando o mesmo em consonância com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os pareceres consubstanciados do CEP/FS/UNB e do Comitê de Ética da FEPECS encontram-se no ANEXO 1.

9 - PONTOS FORTES, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PESQUISAS FUTURAS

O estudo apresentou vários pontos fortes.

- Trata-se de estudo que trabalhou com a totalidade das licenças médicas para toda a população de servidores de uma Regional de Saúde do DF, com ampla representatividade. As Regionais de Saúde do DF, do ponto de vista qualitativo, (por exemplo: nível de complexidade das unidades prestadoras de assistência) e quantitativo (por exemplo: número de unidades prestadoras de assistência; quantitativo de profissionais) tem composições relativamente semelhantes em relação à organização dos serviços de saúde. Neste caso, dada a aproximação da organização dos serviços e, portanto, do perfil do trabalhador, esses resultados poderão contribuir como ponto de partida para reflexões sobre o absenteísmo-doença entre os servidores públicos de outras regionais de saúde do DF.
- Trata-se de estudo que apresentou a frequência e a prevalência do absenteísmo-doença em uma das maiores Regionais de Saúde do Distrito Federal, analisando o perfil epidemiológico de todas as categorias profissionais e setores existentes, com demonstração das principais causas de adoecimento e identificação dos subgrupos com maiores frequências de adoecimento, o que possibilita direcionar intervenções na busca de melhorias da segurança e saúde do trabalhador e redução do absenteísmo.
- Trata-se de estudo que foi construído, utilizando informações e registros oficiais das licenças médicas, para tratamento da própria saúde (dados secundários), com baixo custo operacional para o pesquisador.

O estudo apresentou como limitações:

- Desenhos de estudos transversais não permitem inferências causais ou conclusões definitivas a cerca de associações verificadas.
- Impossibilidade de diferenciar as licenças médicas de causas comuns daquelas consideradas como doenças do trabalho ou das licenças médicas por motivos de acidentes de trabalho. Não foi possível diferenciar as licenças médicas iniciais das licenças médicas de prorrogação.

Sugere-se como pesquisas futuras: 1) estudos mais aprofundados como coortes que possibilitem a verificação da incidência de doenças abrangendo todos os episódios de licenças médicas, independente da quantidade de dias; 2) Estudos que lancem mão de estratégias para identificação das causas dos transtornos mentais e doenças osteomusculares; 3) Estudos que contemplem os custos envolvidos no afastamento por doenças de causas comuns, relacionadas ao trabalho e por acidentes de trabalho; 4) Estudos de recorrência de absenteísmo-doença; 5) Estudos que levem em conta a presença de outros fatores confundidores, reconhecidamente, associados ao absenteísmo-doença como sedentarismo, presença anterior de licenças, obesidade, organização do trabalho, condições de trabalho, fatores ergonômicos e psicossociais, entre outros tipos de exposição ocupacional.

10 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta investigação, tomando por bases os resultados para as frequências e indicadores de absenteísmo-doença constatou-se maior proporção de adoecimento para os seguintes grupos das variáveis independentes: em mulheres, em servidores com companheiro, com 51 anos de idade ou mais, com escolaridade de nível superior, com carga horária de trabalho semanal de 40 horas, do cargo de auxiliar/técnico de enfermagem e que atuam nos serviços de urgência e emergência. Permaneceram significativamente relacionados ao absenteísmo-doença o sexo feminino, os servidores com 51 anos ou mais de idade, nível superior de escolaridade, jornada de trabalho de 40 horas, a categoria dos auxiliares/técnicos de enfermagem e servidores que atuam nos serviços de urgência/emergência e na atenção básica.

Atualmente, a assistência à saúde do servidor público do DF é operacionalizada a partir de atendimentos realizados nos Núcleos de Segurança e Medicina de Trabalho das Regionais de Saúde da SES e na Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, vinculada à SEPLAG. Os resultados apresentados neste estudo demonstraram indicadores de absenteísmo-doença com valores elevados e evidenciam a necessidade de esforço conjunto de ambas as Secretarias de Estado no sentido de planejar e executar ações de saúde e segurança do

trabalhador, pautadas na prevenção e promoção da saúde dos servidores. São necessárias políticas que garantam os direitos dos servidores relacionados à saúde do trabalho que vão além do que, via de regra, se observa no serviço público a exemplo das garantias de remuneração integral das licenças médicas para tratamento da saúde, concessão de adicional de insalubridade e periculosidade e normas específicas de aposentadoria.

O perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores da Regional de Ceilândia, apresentado nessa investigação, fornece aos gestores do órgão pesquisado e do órgão pericial da saúde dos servidores, uma série de informações que poderão ser utilizadas para discussão da questão do adoecimento entre os trabalhadores possibilitando inclusive o direcionamento de ações para aqueles grupos nos quais se identificaram as maiores frequências e prevalências de absenteísmo-doença. Evidencia-se a necessidade de discussões e articulações em nível extra e interinstitucional, de ações interdisciplinares, transversais e que envolvam, efetivamente, a participação dos servidores na busca por investimentos em segurança e saúde do trabalhador e no enfrentamento das situações produtoras de adoecimento dos trabalhadores.

A discussão sobre o perfil epidemiológico do absenteísmo-doença da Regional poderá possibilitar o delineamento de um programa de intervenções de acordo com os achados que indicaram maior adoecimento em mulheres, em servidores mais velhos, dos auxiliares/técnicos de enfermagem e lotados nas urgências e emergências e serviços de atenção básica.

Intervenções preventivas e medidas de promoção do bem-estar físico e mental precisam ser implementadas após avaliação sistemática dos riscos psicossociais e dos riscos ergonômicos, tendo em vista a maior frequência de morbidade decorrente de transtornos mentais e doenças osteomusculares na população pesquisada. Sugere-se, com o objetivo de melhorar as questões relacionadas à saúde mental e osteomuscular: criação de espaços para diálogo e escuta clínica ativa e qualificada individual ou em grupo, sensibilização por meio de campanhas e cursos sobre problemas de saúde mental, realização de inquéritos sobre necessidades de saúde junto à população trabalhadora, campanhas de incentivo à gestão do estresse, prevenção de violência e assédio, melhoria das condições ergonômicas dos ambientes de trabalho, atividades dedicadas a promoção da saúde como combate ao sedentarismo, prática de ginástica laboral e

orientações continuadas sobre prevenção de doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho e lesões por esforço repetitivo, cursos de ambientação e preparação de novos servidores em relação aos riscos e medidas preventivas existentes nos ambientes e processos de trabalho.

Sugere-se, ainda, aos serviços locais e periciais que gerenciam a questão da saúde do trabalhador, a promoção da integralidade na assistência à saúde, incorporando a análise ocupacional na anamnese clínica, o que possibilitaria o estabelecimento denexo causal preliminar de certas doenças, permitindo o reconhecimento prático do trabalho como determinante do processo saúde-doença dos servidores, viabilizando desta maneira, propostas para melhorias daqueles ambientes onde se identifiquem maiores frequências de adoecimento dos servidores.

11 - REFERÊNCIAS

1. Sousa-Uva A, Serranheira F. Trabalho e Saúde/(Doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. *Rev Bras Med do Trab.* 2013;11(1):43–9.
2. Faria HP de, Werneck MAF, Santos MA, Teixeira PF. *Processos de Trabalho em Saúde.* Minas Gerais. Nescon UFMG; 2009.
3. Schraiber LB; Peduzzi M. Processo de trabalho em saúde (verbete). In: Pereira IB; Lima JCF (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfictec.html>. [Acesso em 17 de Julho de 2016].
4. Schraiber LB; Peduzzi M. Processo de trabalho em saúde (verbete). In: Pereira IB; Lima JCF (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Acesso em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfictec.html>. [Acesso em 17 de Julho de 2016].
5. Souza ZB de, Reis LM dos. Entre o atender e o ser atendido: políticas em saúde para o trabalhador do serviço público. *Cad Psicol Soc do Trab.* 2013;16(1):87–106.
6. Buss PM, Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2007;17(1):77–93.

7. Mauro MYC, Muzi CD, Guimarães RM, Mauro CCC. Riscos Ocupacionais em Saúde. *Rev Enfermagem UERJ*. 2004;12:338–45.
8. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):438–46.
9. Assunção AA, Brito J. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2011.
10. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências no mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: *Observa RH C-I-*, editor. *Trabalho em Saúde: Abordagens Quantitativas e Qualitativas*. Rio de Janeiro; 2011.
11. Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicações para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(2):251–63.
12. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2012;6(2):151-163.
13. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava M CG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2007;11(23):515–29.
14. Barros MEB, Filho SBS, Gomes RS. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em saúde. In: Machado JMH, Assunção AA (org.). *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde*. Belo Horizonte: UFMG; 2012. p. 28-65
15. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciênc.saúde coletiva*. 2004;9(3):795–806.
16. Gurgel Júnior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Cien Saúde Colet*. 2002;7(2):325–34.
17. Lorenzetti J, Trindade L. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto Context Enferm*. 2012;21(2):432–9.
18. Verde FF, Bernardo MH, Bull S. Trabalho e precarização na saúde pública. *Estud Contemp da Subjetividade*. 2013;3(1):18–31.
19. Marcal JJF. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. *Rev Produção*. 2004;14(3):58–66.
20. Silva AC da C, Pereira ESSL. Impacto das mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde: o que diz a literatura. *Rev Enferm Contemp*. 2013;2(2):210–24.

21. Machado JMH, Correa MV. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. *Inf Epidemiológico do Sus.* 2002;11(3):159–66.
22. Oliveira SS, Machado JMH, Amorim LA, Oliveira RA. Vigilância em saúde do trabalhador da saúde. In: Machado JMH, Assunção AA (org.). *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde.* Belo Horizonte: UFMG; 2012. p. 6-27.
23. Matos AG de. Alienação no serviço público. *Psicol Ciência e Profissão.* 1994;14(1-3):28–33.
24. Cavalcante CAA, Enders BC, Menezes RMP De, Medeiros SM De. Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde.* 2006;5:88–97.
25. Hennington E. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: Reflexões a partir da ergologia. *Rev Saude Publica.* 2008;42(3):555–61.
26. Santos EM, Araújo TM. Processo de trabalho e saúde dos trabalhadores no Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES. *Rev Baiana Saúde Púb.* 2003; 27(2):155-168.
27. Dejours C. A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise.* 2013; 33(2):9-28.
28. Ribeiro SFR, Martins STF. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. *Psicol. Estud.* 2011; 16(2):241-250.
29. Silva IV. Violência no trabalho em saúde; a invisibilidade do sofrimento nas organizações de saúde na Bahia [tese]. Bahia: Universidade Federal da Bahia, Salvador; 2013.
30. Gomez CM, Costa SMFT. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública.* 1997; 13(2): 21-32.
31. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde. Públ.* 1991; 25(5): 341-9.
32. Gomez CM. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: Minayo C, Machado JMH, Pena PGL (org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.* Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2011. p. 23-34.
33. Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. *Cad. Saúde Públ.* 1997;13(2):7-19.
34. Lacaz, FAC. Construção do campo saúde do trabalhador na área de saúde coletiva. [Internet]. 2006. FIOCRUZ. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_107826829.pdf [Acesso em 17 de Julho de 2016]

35. Hoefel MG, Dias EC, Silva JM. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da Renast. In: 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. Trabalhar sim, adoecer não: coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 62-7.
36. Lacaz FAC. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Públ. 2007;23(4):757-766.
37. Leão LHC, Castro AC. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(3):769-778, 2013.
38. Gomez CM, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(4):797-807.
39. Sancinetti TR. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
40. Silva LS. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003 [dissertação]. Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
41. Oenning NSX. Absenteísmo por doença em uma coorte de trabalhadores de uma área de serviços da indústria de petróleo [dissertação]. Bahia: Universidade Federal da Bahia; 2011.
42. Quick TC, Lapertosa JB. Análise do absentismo em usina siderúrgica. Rev. bras. saúde ocup. 1982; 10(40):62-67.
43. Sala A, Carro ARL, Correa ANC, Seixas PHD. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. Cadernos de saúde pública. 2009; 25(10):2168-78.
44. Ferreira EV, Amorim MJDM, Lemos RMC, Ferreira NS, Silva FO, Filho JRL. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em hospital universitário do Estado de Pernambuco. Revista Rene. 2011; 12(4):742-9.
45. Whitaker SC. The management of sickness absence. Occup Environ Med. 2001; 58:420-4.
46. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence: Is caused by common conditions and needs managing. British Medical Journal. 2005; 330(7495):802-3.
47. Andrade TB, Souza MGC, Simões MP, Andrade FB. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. Scientia Medica. 2008; 18(4):166-171.

48. Cunha JCCB. Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005 [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
49. Junior GG, Filho HRC, Neto JV, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2007; 10(3):401-9.
50. Head J, Ferrie J, Alexanderson C, Westerlund H, Vahtera J, Kivimaki, M. Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2008:1-7
51. Koopmans PC, Roelen CAM, Anema JR, Van Der Beek AJ. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2010; 20(1):113-121.
52. Safe JMM. Características de saúde e trabalho associadas ao absenteísmo em uma coorte de trabalhadores siderúrgicos [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
53. Leão ALM. Absenteísmo-doença entre os servidores públicos municipais de Goiânia [dissertação]. Goiás: Universidade Federal do Goiás; 2012.
54. Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2005; 30(111):9-15.
55. Cunha JB. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). *Revista brasileira de epidemiologia*. 2009; 12(2):226-36.
56. Giomo DB, Freitas FCT, Alves la, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2009; 17(1):4-9.
57. Ramminger T, Nardi HC. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. *Revista do Serviço Público*. 2007; 58(2):213-226.
58. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF); 2001. [acesso em 20 dez 2014]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf.
60. Ritchie KA, Macdonald EB, Gilmour WH, Murray KJ. Analysis of sickness absence among employees of four NHS trusts. *Occup Environ Med*. 1999; 56(10):702-8.

61. Martinato MCNB, Severo DF, Marchand EAA, Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(1):160-6.
62. Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. *Occup Environ Med.* 2003; 60:271–278.
63. Permanent Commission And International Association on Occupational Health: Sub-Committee n Absenteeism. Draft recommendations. *Brit J Ind Med.* 1973; 30(4):402-3.
64. Helsing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scand J Soc Med.* 1998; 26(2): 133-44.
65. Leão ALM, Barbosa-Branco A, Rassi NE, Ribeiro CAN, Turchi MD. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. *Rev. bras. epidemiol.* 2015; 18(1): 262-277.
66. Torres ED, Pinho DLM. Causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem em um hospital do Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde.* 2006;17(3):207-215.
67. Alves M, Godoy SCB. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(2): 195-200.
68. Inoue KC, Matsuda LM, Silva DMPP, Uchimura TT, Mathias TAF. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2008 mar-abr; 61(2): 209-14.
69. Martins PF, Sobrinho CLN, Silva, MV, Pereira NB, Gonçalves CM, Rebouças BS, Cartaxo LA. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. *Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo,* 34 (120): 172-178, 2009.
70. Pawlina MM, Campos AF, Ribeiro LS. Características de absenteísmo entre trabalhadores da saúde: nível central da Secretaria de Estado de Saúde/MT de 2005 a 2006. *Planejamento e Políticas Públicas.* 2009; 33: 173-194.
71. Primo GMG, Pinheiro TMM, Sakurai E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. *Rev Med Minas Gerais.* 2010;20(2 Supl 2):47-58.
72. Santos JP, Mattos AP. Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do sul, Brasil. *Rev. bras. Saúde ocup.* 2010 Jun;35(121).
73. Bastos VGA, Saraiva PGC, Saraiva FP. Absenteísmo-doença no serviço público municipal da Prefeitura Municipal de Vitória. *Rev Bras Med Trab.* 2016;14(3):192-201.

74. Governo do Distrito Federal. Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o regime jurídicos dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais.
75. Governo do Distrito Federal. Manual de Perícia Médica Oficial do GDF. 2013 [acesso em 31 de dez 2016]. Disponível em: <http://www.seplag.df.gov.br/administracao-publica/subsaude.html>.
76. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 36.561 de 19 de junho de 2015. Institui a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor Público do Distrito Federal, e dá outras providências.
77. Governo do Distrito Federal. Manual de Saúde e Segurança do Trabalho do GDF. 2012 [acesso em 31 de dez 2016]. Disponível em: <http://www.seplag.df.gov.br/administracao-publica/subsaude.html>.
78. Câmaras Técnicas em Saúde do Servidor. Absenteísmo-doença entre servidores estatutários estaduais. 2014 [acesso em 31 dez 2016]. Disponível em www.consad.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Consad_Relat%25C3%25B3rio_Final_Consolidado_Revisado-08.2014.pdf.
79. Lima ASN, Cavalcanti LPG, Araújo WN, Rouquayrol MZ. Epidemiologia descritiva: características e possibilidades de uso. In: Rouquayrol MZ, Gurgel MCS. Epidemiologia & Saúde. 7. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. 65-96.
80. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD. [acesso em 31 dez 2016]. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2015/PDAD_Ceilandia_2015.pdf.
81. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Decreto nº 34.213 de 14 de Março 2013. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.
82. Rocha F. Caracterização do absenteísmo-doença associado aos afastamentos por licença-médica da equipe de enfermagem e médica: Estudo de caso em um Hospital Estadual de São Paulo [dissertação]. São Paulo. Fundacentro. 2015.
83. Lee J, Tan CS, Chia KS. A practical guide for multivariate analysis of dichotomous outcomes. *Ann Acad Med Singapore*. 2009;38:714–719.
84. Taimela S, Laara E, Malmivaara A et al. Self-reported health problems and sickness absence in different age groups predominantly engaged in physical work. *Occup Environ Med*. 2007;64:739–746.
85. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev SaudePublica*. 2008;42(6):992-8.

86. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003;3:21.
87. Lee J-H, Han G, Fulp WJ, Giuliano AR. Analysis of overdispersed count data: application to the Human Papillomavirus Infection in Men (HIM) Study. *Epidemiology and Infection*. 2012;140(6):1087-1094.
88. Gardner W, Mulvey EP, Shaw EC. Regression analyses of counts and rates: Poisson, overdispersed Poisson, and negative binomial. *Psychol. Bull.* 1995;118:392–405.
89. Cox S, West SG, Aiken LS. The Analysis of Count Data: A Gentle Introduction to Poisson Regression and Its Alternatives. *Journal of Personality Assessment*. 2009;91(2):121-136.
90. Francisco P, Donalisio M, Barros M, Cesar C, Carandina L, Goldbaum M. Association measures in cross-sectional studies with complex samplings: odds ratio and prevalence ratio. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11: 347-55.
91. Katz MH. *Multivariable analysis: a practical guide for clinicians and public health researchers*. Cambridge university press. 2011.
92. Bassi I, Assunção AA, Pimenta AM, Benavides FG, Ubalde-Lopez M. Sickness absence among health workers in Belo Horizonte, Brazil. *Journal of Occupational Health*. 2016; 58(2):179-185.
93. Vale SF, Maciel RH, Nascimento APT, Vasconcelos JWO, Pimentel FHP. Análise de diagnósticos associados às licenças médicas de servidores públicos do Ceará. *Rev Psicol*. 2015;6(1):68-81.
94. Ferrie JE, Vahtera J, Kivimäki M, *et al*. Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2009;63:50-55.
95. Eriksson H-G, von Celsing A-S, Wahlström R, Janson L, Zander V, Wallman T. Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. *BMC Public Health*. 2008;8:426.
96. Ferreira RC *et al*. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(2): 259-68.
97. Gorman E, Yu S, Alamgir H. When healthcare workers get sick: exploring sickness absenteeism in British Columbia, Canada. *Work*. 2010; 11:117-23.
98. Black C, Frost D. *Health at work—an independent review of sickness absence*. London: The Stationery Office, 2011. Disponível em: <http://www.dwp.gov.uk/docs/health-at-work.pdf> [Acesso em 24 de maio de 2017].

99. Oliniski SR, Sarquis LMM. A contribuição de um sistema de informações para a vigilância à saúde do trabalhador: um enfoque sobre o absenteísmo. *REME Rev Min Enferm.* 2010;14(4):479-89.
100. Antai D, Oke A, Braithwaite P, Anthony DS. A 'balanced' life: work-life balance and sickness absence in four Nordic countries. *Int J Occup Environ Med* 2015; 6:205–222.
101. Barbosa-Branco A, Souza WR, Steenstra IA. Incidence of work and non-work related disability claims in Brazil. *Amer J Indust Med.* 2011; 54: 858-71.
102. Nielsen A. Determinants of absenteeism in public organizations: a unit-level analysis of work absence in a large Danish municipality. *The International Journal of Human Resource Management.* 2008; 19(7): 1330-48.
103. Nogueira DP; Azevedo CAB. Absenteísmo-doença em mulheres. *Rev Bras Saúde Ocupac.* 1982; 10:48-51.
104. Rodrigues CS, Freitas RM, Assunção AA, Bassi IB, Medeiros AM. Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. *Rev Bras Est Pop.* 2013; 30(Supl):135-54.
105. Capelari MM, Aznar FDC, Andrade FJ, Freitas AR, Sales-Peres SHC, Sales-Peres A. Absenteísmo e atestações médico-odontológicas no serviço público: um estudo retrospectivo. *Odonto.* 2013;21(41):1-8.
106. Lim A, Chongsuvivatwong V, Geater A, Chayaphum N, Thammasuwan U. Influence of work type on sickness absence among personnel in a teaching hospital. *J Occupat Health.* 2002; 44(4):254-63.
107. Bargas EB, Monteiro MI. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de Enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2014;27(6): 533-538.
108. Leão ALM. Incidência, recorrência, custos e fatores de risco para incapacidade laboral entre servidores públicos do município de Goiânia [tese]. Goiás: Universidade Federal do Goiás, Goiânia; 2015.
109. Silva LGC, Buss AAQ, Haddad MDCL, Vannuchi MTO. The absenteeism of the team of nursing of a public university hospital. *Journal of Health & Biological Sciences.* 2016: 4(2), 88-94.
110. Sparks K, Cooper C, Y Fried, Shirom, A. The effects of hours of work on health: A meta-analytic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology.* 1997; 70: 391–408.
111. Caro AS, Cofré RH, Solis RF. Efecto de La seguridad social em laduración Del ausentismo laboral em El Servicio de Salud de Ñuble: un análisis de supervivencia. *Rev. méd. Chile.* 2015; 143(8): 987-994.

112. Mazo DA, Barrera LM. Factores relacionados con el absentismo laboral por causa médica en el personal de enfermería, fundación clínica del norte, 2013 - 2014. *Revista CES Salud Pública*. 2016; 7(1): 3-16.
113. Santana LL, Sarquis LMM, Miranda FMA, Kalinke LP, Felli VEA, Miniel VA. Health indicators of workers of the hospital area. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(1):23-32.
114. Marques DO, Pereira MS, Souza ACS, Vila VSC, Almeida CCOF, Oliveira EC. Absenteeism – illness of the nursing staff of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):594-600.
115. Kogieni M; Cedaro JJ. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(1):51-8.
116. Silva NM, Muniz HP. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. *Estud Pesqui Psicol*. 2011;11(3):821-40.
117. Vilardell YM, et al. Estudio descriptivo de la incapacidad temporal en el sector sanitario de Cataluña (2009-2012). *Archivos de prevencion de riesgos laborales*. 2016;19(1):15-21.
118. Fernandes RL, Haddad MCL, Moraes AEP, Takahashi ITMI. Absenteísmo em Hospital Filantrópico de Médio Porte. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2011; 32(1): 3-14.
119. Reis JR, Rocca PF, Silveira AM, Bollina IML, Giné NA, Martin M, et al. Fatores relacionados ao absenteísmo-doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Publ* 2003; 37(5): 616-23.
120. Zechinatti AC, Belloti JC, Moraes VY, Albertoni WM. Occupational musculoskeletal and mental disorders as the most frequent associations to worker's sickness absence: A 10-year cohort study. *BMC Res Notes*. 2012; 11(5):229.
121. Vijendren A, Yung M, Sanchez J. Occupational health issues amongst UK doctors: a literature review. *Occupational Medicine*. 2015;65:519–28.
122. Maeland S, Magnussen LH, EriksenHR, WernerEL, Helle-ValleA, HensingG. Correspondence in Stakeholder Assessment of Health, Work Capacity and Sick Leave in Workers with Comorbid Subjective Health Complaints? A Video Vignette Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2016; 3(26): 340-349.
123. Heijbel B, Josephson M, Jensen I, Vingard E. Employer, insurance, and health system response to long-term sick leave in the public sector: policy implications. *J Occup Rehabil*. 2005;15(2):167-76.

124. Kausto J, Pentti J, Oksanen T, Virta LJ, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J. Length of sickness absence and sustained return-to-work in mental disorders and musculoskeletal diseases: a cohort study of public sector employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2017; 1-17.
125. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 35-46.
126. Ármannsdóttir B, Mårdbý AC, Haukenes I, Hensing G. Cumulative incidence of sickness absence and disease burden among the newly sick-listed, a cross-sectional population based study. *BMC Public Health*. 2013;13:329–39.
127. Mantovani VM, Nazareth JK, et al. Absenteísmo por enfermidade em profissionais de enfermagem. *REME rev. min. enferm*. 2015;19(3):641-646.
128. Bernardes CL et al. Agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(4): 676-82.
129. Evans O, Steptoe A. The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male- and female-dominated occupational groups. *Social Science and Medicine*. 2002;54: 481–492.
130. Vignoli M, Guglielmi D, Bonfiglioli R, Violante FS. How job demands affect absenteeism? The mediating role of work–family conflict and exhaustion. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2016; 89:1, 23-31. , 23-31.
131. Mechteld RMV, Ellen MAS, Frans JO, Hanneke CJMH. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CanMedAssoc J*. 2003; 168(3): 271-5.
132. Almeida GDFP, Ribeiro MHA, Silva MACN, Branco RCC, Pinheiro FCM, Nascimento MDDSB. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. *Rev. bras. med. trab*. 2016;14(1):37-44.
133. Alkjaer T, Pilegaard M, Bakke M, Jensen BR. Danish National Research Centre for the Working Environment Norwegian National Institute of Occupational Health Finnish Institute of Occupational Health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2005;31(2):152-159.
134. Kyröläinen H, Häkkinen K, Kautiainen H, Santtila M, Pihlainen K, Häkkinen A; Physical fitness, BMI and sickness absence in male military personnel. *Occupational Medicine*. 2008; 58 (4): 251-256.
135. Ijzelenberg W, Molenaar D, Burdorf A. Different risk factors for musculoskeletal complaints and musculoskeletal sickness absence. *Scand J Work Environ Health*. 2004;30:56–63.

136. Ijazelenberg W, Burdorf A. Risk factors for musculoskeletal symptoms and ensuing health care use and sick leave. *Spine*. 2005;30(13):1550–6.
137. Ervasti J, Vahtera J, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Kivimäki M, Virtanen M. Depression-related work disability: socioeconomic inequalities in onset, duration and recurrence. *PLOS One*. 2013;8:e79855.
138. Kristensen TR, Jensen SM, Kreiner S, Mikkelsen S. Socioeconomic status and duration and pattern of sickness absence. A 1-year follow-up study of 2331 hospital employees. *BMC Public Health* 2010; 10: 1471-2458.
139. Hussey L, Turner S, Thorley K, McNamee R, Agius R. Work-related sickness absence as reported by UK general practitioners. *Occup Med (Lond)* 2012; 62 (2): 105-111.

12 - ANEXOS

Parecer CEP/FS/UNB



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Título do Projeto: “Perfil do absenteísmo-doença dos servidores públicos da Regional de Saúde de Ceilândia - DF, 2014”.

Pesquisadora Responsável: Diogo Sousa Lemos

CAAE: 50117815.1.0000.0030

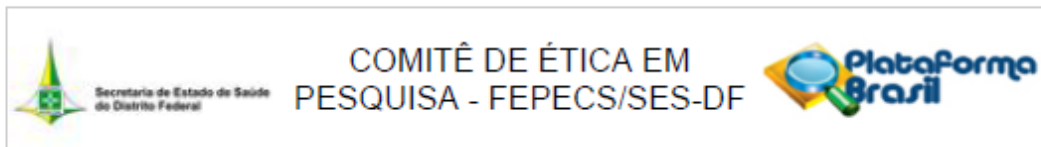
Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado “Perfil do absenteísmo-doença dos servidores públicos da Regional de Saúde de Ceilândia - DF, 2014”, em parecer No. 1.335.457, de 24/11/2015.

O pesquisador (a) responsável fica, desde já, notificado (a) da obrigatoriedade da apresentação de relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa, conforme Resolução 466/12 CNS, itens X.1.3.b. e XI.2.d.

Brasília, 16 de dezembro de 2015.

Prof. Dra. Marie Toyashi
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
com Seres Humanos (CEP/FS) - UnB

Parecer CEP/FEPECS/SES/DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil do absenteísmo-doença dos servidores públicos da Regional de Saúde de Ceilândia - DF, 2014

Pesquisador: Diogo Sousa Lemos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50117815.1.3001.5553

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.355.148

Apresentação do Projeto:

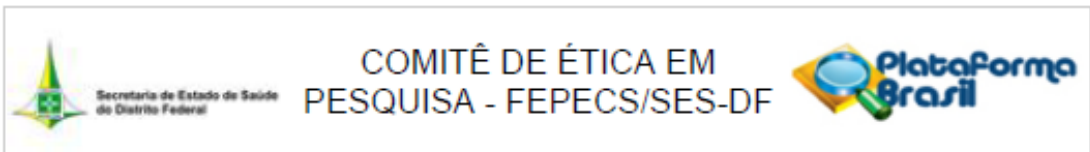
A questão do absenteísmo no trabalho motivado por episódio de doença é tema de interesse em serviços públicos de saúde dado ao grande volume de licenças médicas e de dias não trabalhados nesse setor 1, superior às instituições privadas, em quantidade e tempo 2. O absenteísmo-doença é um fenômeno crescente que gera custos diretos e indiretos para a sociedade, com importantes implicações não apenas em termos de morbidade,

mas também em produtividade 3. É um problema que contribui para o declínio na qualidade da assistência por afetar diretamente a organização, demais trabalhadores e usuários dos serviços públicos 4. Um número reduzido de trabalhos demonstra preocupação em avaliar e analisar o processo saúde-adoecimento-trabalho em suas múltiplas variáveis no âmbito do serviço público 5. Nessa direção, torna-se necessário empreender pesquisa

sob o tema para a promoção de debates sobre as condições de saúde dos trabalhadores do setor público no intuito de contribuir para a intervenção e elaboração de políticas de prevenção, promoção e reabilitação da saúde como estratégia de gestão 6. As políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador tendem a ter como foco os trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção à saúde

dos servidores públicos 7. Além disso, quando o absenteísmo é abordado a partir da perspectiva

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.355.148

dos empregadores, busca-se a redução deste por meio do aumento de medidas de controle com pouco ou nenhum enfoque para as ações de prevenção e promoção da saúde 8. A saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho salubre são mencionados na Constituição Federal de 1988 como direitos sociais 9 e como tais se inserem no conceito mais amplo de Saúde com suas especificidades e exigências voltadas para todos os tipos de trabalhadores, independente do seu tipo de vínculo institucional.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil do absenteísmo entre os trabalhadores da administração direta da Regional de Saúde de Ceilândia a fim de identificar subgrupos com maiores frequências de licenças e período de ausência do trabalho em decorrência de episódio de adoecimento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Quantificar o motivo do absenteísmo por meio de indicadores estabelecidos na saúde do trabalhador.
- Estimar a prevalência dos diagnósticos das licenças médicas, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os objetivos do estudo estão claramente definidos. Os sujeitos foram adequadamente identificados. A beneficência para os usuários está clara. Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de mestrado da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia", do estudante Diogo Sousa Lemos, realizado sob a orientação da professora Patrícia Maria Fonseca Escalda. De acordo com o pesquisador " a pesquisa não terá a participação de indivíduos". Segundo o pesquisador "O projeto

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.355.148

em questão fará uso de informações levantadas nas fichas de Comunicação de Perícia Médica gerados pela Diretoria de Saúde Ocupacional/SES-DF que são arquivadas no Núcleo de Cadastro Funcional (NUCAFF) da Regional de Saúde de Ceilândia e das bases de dados do Sistema de Gestão de Recursos Humanos não havendo, portanto, contato com pacientes em nenhum momento da pesquisa ou consulta ao prontuário destes." Por este motivo, o pesquisador solicita-se a dispensa de TCLE. O cronograma de execução apresentado prevê o início da estruturação dos bancos de dados em novembro de 2015. O valor do orçamento financeiro da pesquisa é de R\$ 4.024,00, sendo custeada com a verba da própria equipe de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Fazem parte do projeto de pesquisa: folha de rosto devidamente preenchida, termo de concordância do diretor do HRC, Curriculum vitae do pesquisador responsável, planilha de orçamento, referências bibliográficas, cronograma e pedido de dispensa do TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

***Projeto aprovado.**

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_594580.pdf	08/11/2015 22:56:10		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA S.docx	08/11/2015 22:53:50	Diogo Sousa Lemos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOMESTRADO_Atualizado.doc	08/11/2015 22:38:48	Diogo Sousa Lemos	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com