



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

PAULA CORRÊA

AVALIAÇÃO DOS AFASTAMENTOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS  
DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2010 A 2016

PORTO ALEGRE  
2018

PAULA CORRÊA

AVALIAÇÃO DOS AFASTAMENTOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS  
DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2010 A 2016

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Paulo Antonio Barros Oliveira

PORTO ALEGRE  
2018

## CIP - Catalogação na Publicação

Corrêa, Paula

Avaliação dos afastamentos dos servidores públicos estaduais de Santa Catarina no período de 2010 a 2016 / Paula Corrêa. -- 2018.

83 f.

Orientador: Paulo Antonio Barros Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Afastamento. 2. Servidores Públicos. 3. Trabalho. I. Oliveira, Paulo Antonio Barros, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Aos servidores públicos de Santa Catarina, especialmente aos da 1º Gerência de Saúde de São Miguel do Oeste, que me instigaram e motivaram a seguir na pesquisa sobre o adoecimento do servidor público que me possibilitou uma nova visão enquanto gestora de saúde, especialmente no que diz respeito às condições de trabalho do funcionário público.

Ao meu orientador Dr. Paulo Antonio Barros Oliveira que aceitou me orientar e acreditou em mim, me trazendo para a área da Saúde do Trabalhador.

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, **Áurea** e ao meu noivo **Jackson**, que sem eles certamente não conseguiria conciliar o mestrado e o trabalho, e que cuidaram tão bem da nossa casa e das nossas cachorras Baleia e Bolota.

À minha tia e madrinha, **Evanilda** que sempre me incentivou a estudar e a fazer Mestrado.

Ao meu irmão, **João** que me acolheu em todas as idas a Porto Alegre.

À minha amiga e colega de trabalho, **Sirlei Cetolin** que com toda sua experiência e paciência me ajudou desde a escolha do tema desta dissertação.

À **Secretaria de Estado de Administração** por me cederem o banco de dados para realização da pesquisa e especialmente a **Jane Bittencourt Cunha**, que inúmeras vezes sanou minhas dúvidas e me auxiliou neste processo.

A todos os anônimos que me ofereceram ajuda e apoio durante minhas infinitas viagens a Porto Alegre, especialmente no período em que estive com o pé quebrado e com muitas dificuldades.

É tão sabido que o trabalho é o centro das coisas do mundo e que falar do mundo do trabalho é falar do mundo e todas as suas coisas. Também é sabido que somente com a plenitude da saúde, individual e coletiva, é possível usufruir das coisas boas do mundo e resistir com mais força às más. Sabido, mais ainda, é o quanto a educação é a única forma de entender as coisas do mundo e, só então, poder transformá-las nas boas coisas.

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

## RESUMO

O absenteísmo no trabalho manifesta-se de várias formas, sendo a Licença para Tratamento de Saúde o benefício mais concedido a servidores públicos estaduais catarinenses lotados na Secretaria da Saúde. O objetivo do estudo foi analisar causas destes afastamentos e a justificativa está na necessidade de maior entendimento destes dados/razões visando buscar nas políticas de prevenção a acidentes/adoecimento no ambiente laboral, maneiras de intervenção. A pesquisa é quantitativa, de caráter ecológico, exploratória em séries temporais. Os dados coletados no banco estadual SIGRH/SEA e tabulados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0 para Windows indicam que servidores em licença são na maioria mulheres, 40-49 anos, cor branca, casados, com curso profissionalizante. Os capítulos CID 10, V – Transtornos Mentais e Comportamentais; XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde e; XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo apresentem mais afastamentos. Enfermagem e serviços gerais representam 51% dos afastamentos da amostra. Comparando o estudo a outros na mesma perspectiva, observa-se forte correlação adoecimento-trabalho e demonstram a necessidade e relevância de estudos/ações relativos à saúde do servidor público catarinense.

Palavras-chave: Afastamento. Servidores Públicos. Trabalho.

## **ABSTRACT**

The absenteeism in the work manifests itself in several ways, being the License for Health Treatment the most benefit granted to state public servants of Santa Catarina. the purpose of the study was to analyze the causes of these withdrawals and the justification is the need for a better understanding of these data / reasons aiming to seek in the policies of prevention to accidents / sickness in the work environment, ways of intervention. The research is quantitative, of ecological character, exploratory in time series. The data collected in the SIGRH / SEA state bank and tabulated in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22.0 for Windows indicate that licence servers are mostly women, aged 40-49, white, married, with a vocational course. The chapters CID 10, V Mental and Behavioral Disorders; XXI - Factors that influence health status and contact with health services; XIII - Diseases of the Osteomuscular and Connective Tissue disorders present more absence. Nursing and general services account for 51% of departures from the sample. Comparing the study to others in the same perspective, it is observed strong correlation sickness work and demonstrate the need and relevance of studies / actions regarding the health of the public servant of Santa Catarina.

Keywords: Absence. Public Servants. Work.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organograma Secretaria de Administração (SEA).....	32
Figura 2 - Mapa de Santa Catarina com divisões das Mesorregiões.....	33

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de afastamentos (n) do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos estaduais. Santa Catarina, Brasil, 2010-2016.....	48
Gráfico 2 - Número de afastamentos (n) do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos estaduais, segundo três principais capítulos da CID-10 em magnitude. Santa Catarina, Brasil, 2010-2016.....	48
Gráfico 3 - Número de afastamentos (n) do trabalho, segundo três principais capítulos da CID-10 e segundo o vínculo. Santa Catarina, Brasil, 2010-2016.....	49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	39
Tabela 2 - Dados sobre os afastamentos.....	40
Tabela 3 - Causas conforme o capítulo CID-10.....	41
Tabela 4 - Associação da causa do afastamento com a faixa etária do servidor.....	42
Tabela 5 - Associação da causa do afastamento com o sexo do servidor	44
Tabela 6 - Associação da causa do afastamento com o tempo de afastamento.....	45
Tabela 7 - Associação entre vínculo empregatício e os Capítulos CID-10.....	46
Tabela 8 - Comparação entre as incidências dos vínculos empregatícios.....	47
Tabela 9 - Incidência de afastamentos na população ao longo do tempo.....	48
Tabela 10 - Incidência de afastamentos por sexo ao longo do tempo.....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADR	Agências de Desenvolvimento Regional
AIH	Autorização para Internação Hospitalar
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional das Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DPMSOS	Diretoria de Perícia Médica e Saúde ocupacional do Servidor
GECOB	Gerência de Controle de Benefícios
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER/DORT	lesões por esforços repetitivos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PST	Programa de Saúde dos Trabalhadores
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SC	Santa Catarina
SEA	Secretaria de Estado da Administração
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SES/SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SIGRH	Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1 Histórico e legislação trabalhista .....	18
2.2 Absenteísmo-Doença .....	22
2.3 Doenças relacionadas ao trabalho .....	26
2.4 Estrutura de Governo de Santa Catarina.....	30
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>34</b>
3.1 Objetivo Geral.....	34
3.2 Objetivos Específicos .....	34
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>35</b>
4.1 Delineamento.....	35
4.2 População do Estudo.....	36
4.3 Fonte e Coleta de Dados .....	36
4.4 Variáveis do Estudo.....	37
4.5 Análise de Dados.....	37
4.6 Aspectos Éticos .....	37
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>72</b>
Anexo A - Comprovante de Agendamento de Avaliação Pericial .....	72
Anexo B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	74
Anexo C - Termo de Compromisso para utilização de Dados Institucionais .....	79
Anexo D - Termo de Compromisso – Contrapartida.....	80
Anexo E - Declaração de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida .....	81
Anexo F - Declaração de Recebimento de Dados Oficiais .....	82

## 1. INTRODUÇÃO

Esta Dissertação é um requisito do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, voltado à Linha de Pesquisa Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde, que servirá para subsidiar a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. O tema escolhido é voltado à Saúde do Trabalhador e como objeto de investigação avaliou-se os afastamentos dos servidores públicos estaduais lotados na Secretaria do Estado da Saúde, de Santa Catarina, no período de 2010 a 2016. Ressalta-se aqui que na proposta apresentada no projeto de pesquisa, o período sugerido era de 2006 a 2016, mas devido ao tempo necessário para a Secretaria de Estado da Administração (SEA) compilar os dados, optou-se pela mudança para o período ora apresentado, o qual a própria Gerência de Controle de Benefícios (GECOB) já possuía.

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que busca estudar e intervir nas relações entre trabalho e saúde. Objetiva a promoção e prevenção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições do trabalho. Dentre os determinantes da saúde do trabalhador, estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais, sejam físicos, químicos, biológicos, mecânicos ou aqueles decorrentes da organização laboral - presentes nos processos de trabalho (BRASIL, 2001).

Discutir o afastamento do trabalho, especialmente do servidor público, nos remete à inúmeras reflexões, incluindo o mito de que este é um trabalhador *acomodado* e burla as perícias médicas com falsos adoecimentos. No entanto, trata-se de um assunto a ser investigado e discutido juntamente com a gestão, de forma a buscar saídas e políticas que atenuem este fenômeno. A questão que fica é: seria possível tantos trabalhadores adoecerem por motivos semelhantes e estarem todos trapaceando um sistema? Ou ainda, estariam estes adoecimentos ligados às suas atividades laborais?

Muitas pessoas buscam os concursos públicos por questões de estabilidade no trabalho, porém nem sempre a atividade exercida por esse trabalhador necessariamente vai lhe trazer satisfação ou será aquilo que ele realmente esperava, conseqüente alguns acabam por se afastar do ambiente de trabalho muitas vezes pelo

adoecimento que acaba os acometendo (RODRIGUES et al., 2013).

Um ambiente de trabalho, em se tratando de aspectos físicos, psicossociais e organizacionais, age tanto direta quanto indiretamente sobre a saúde do trabalhador: diretamente ao provocar ou impedir danos ao trabalhador, isto é, interferir sobre o seu estado de saúde; indiretamente ao influenciar a capacidade do trabalhador de lidar com as demandas e desafios das atividades laborais, cuidar de sua saúde e manter os seus recursos pessoais. Portanto, entende-se que, um ambiente seguro e saudável previne os trabalhadores de ameaças à sua saúde e, ao mesmo tempo, amplia a sua capacidade para o trabalho e produtividade (DEJOY; WILSON, 2003; REINHARDT; FISCHER, 2009).

Uma das grandes preocupações dos gestores públicos no nosso país, está em entender o absenteísmo do servidor e poder buscar formas de planejamento que possam minimizar os efeitos deste fenômeno no serviço público. Trata-se de um fenômeno complexo e multicausal, incluindo fatores psicossociais, econômicos e referentes ao ambiente de trabalho, que gera custos diretos e indiretos para toda a sociedade (SILVA; MARZIALE, 2000; LEÃO, 2012). O absenteísmo no setor público é uma realidade como em instituições privadas, no entanto, seu impacto econômico é bastante preocupante, uma vez que gera gastos públicos, afetando toda a população. As organizações públicas apresentam maior quantidade de dias perdidos por absentismo-doença, bem como um período de afastamento maior do que as empresas privadas (MARTINS et al., 2005; LEÃO, 2012). Assim, a análise dos bancos de dados disponíveis se faz necessária para que haja maior segurança na execução de ações preventivas do problema ou, ainda, a melhora no gerenciamento dos recursos humanos do Estado.

Um trabalho realizado por Cunha (2007) e que considerou o Banco de dados Estadual, analisou o adoecimento e os afastamentos dos servidores públicos em Santa Catarina no período de 1995 a 2005, trouxe como principal causa de afastamento por licença para tratamento de saúde os transtornos mentais e comportamentais (25,30%), logo após as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (20,54%), fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (15,16%), lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (10,31%) e doenças do aparelho circulatório (6,57%), segundo o capítulo CID-10. Os dados obtidos destacam ainda que:

Dentre os diagnósticos mais frequentes, observou-se que a maioria consta do grupo descrito pelo Ministério da Saúde, como de doenças relacionadas ao trabalho (episódios depressivos, sinovite e tenossinovite, dorsalgia, hipertensão arterial e angina pectoris). Esses achados são interessantes, pois remetem à necessidade de investigações epidemiológicas da relação causal de tais eventos com o trabalho (CUNHA, 2007, p. 94).

Estudo realizado por Trevisan (2016), que também observou o afastamento do servidor público de Santa Catarina, identificou que no período de 2010 a 2013, houve 27.231 ocorrências de Licença para Tratamento de Saúde (LTS), que se trata do benefício pago aos servidores impossibilitados de exercer seu trabalho por motivo de doença e 8.765 servidores afastados em decorrência de transtornos mentais e comportamentais (CID-10 Capítulo V). Para tanto faz-se uma reflexão com os postulados da Psicopatologia do Trabalho ou, mais recentemente, da Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994) que abrem novas perspectivas superadoras da visão monolítica e restritiva da nocividade do trabalho, que induz a caminhar pelo terreno das afecções mentais (MACHADO; GOMEZ; MINAYO, 1995; GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Sala et al. (2009) traz em sua pesquisa, o perfil dos afastamentos no serviço público do Estado de São Paulo, onde os diagnósticos que mais frequentemente motivaram as licenças médicas correspondem aos capítulos da CID-10 referentes a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, 21,5%; transtornos mentais e comportamentais, 19,2%; lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, 11,8%; “doenças do aparelho circulatório, 10,3%; doenças do aparelho respiratório, 5,9%.

Apesar da disponibilidade de dados junto aos Estados e municípios referentes a tais afastamentos, ainda existem poucos estudos estatísticos temporais que identifiquem os grupos nos quais o evento ocorre com maior frequência, bem como sua distribuição no tempo, dados que fomentariam o planejamento de programas específicos de promoção à saúde do trabalhador.

Nesta mesma perspectiva, Giomo et al. (2009) e Bortolini et al. (2013) entendem que identificar a situação da saúde-doença dos servidores públicos da saúde poderá instrumentalizar os gestores e instituições para uma adequada aplicação de políticas de saúde, baseadas em propósitos de prevenção dos agravos identificados como mais frequentes, embasando propostas de intervenção ou planos de ação viáveis a nível local, além de poder envolver o próprio trabalhador no processo



de prevenção à saúde e promoção do cuidado. A elaboração, implantação ou até mesmo adequação de práticas e políticas de prevenção, bem como programas podem ser o início para promover ambientes e situações adequadas de trabalho, gerando a promoção da saúde e cooperando pela melhoria nas condições de trabalho.

De outra parte, a satisfação no trabalho pode ser a chave para redução dos índices de afastamentos. A motivação do servidor para o trabalho eleva sua moral e sua satisfação pessoal, favorece seu crescimento, facilita sua participação na instituição e reflete diretamente no desenvolvimento de suas atividades laborais (ECHER et al., 1999; ANDRADE et al., 2008; BORTOLINI et al., 2013).

Diversos pesquisadores buscam nos registros das licenças médicas dos órgãos periciais o entendimento da situação de saúde dos servidores, a partir do que motivou a ausência ao trabalho, como são os casos das pesquisas de: LEÃO, 2012; ANDRADE et al., 2008; CUNHA, 2007; SALA et al., 2009; OENNING, 2011; TREVISAN, 2016.

No Brasil, Reinhardt e Fischer (2009) relatam que embora a primeira tese localizada sobre saúde do trabalhador seja de 1951, na década de 1980 surgiu a primeira tese abordando trabalhadores da saúde. A partir de então, esse atraso foi compensado: na década seguinte, nenhuma categoria profissional recebeu tanta atenção, com pouco mais de 15% de todas as teses e dissertações entre 2000 e 2004 dedicadas a esse grupo, especialmente na área dos trabalhadores da saúde. Destaca-se nestes estudos, o ano de 1984, quando um ano após a descoberta do HIV, ocorreu o primeiro relato de transmissão em ambiente de trabalho.

Em Santa Catarina, foi criada dentro da Secretaria de Estado de Administração (SEA), a Diretoria de Perícia Médica e Saúde Ocupacional do Servidor (DPMSOS), composta pela Gerência de Perícia Médica, de Saúde Ocupacional e de Controle de Benefícios, e ainda mais 30 unidades descentralizadas pelo Estado, sendo que à DPMSOS compete “desenvolver políticas e diretrizes para as áreas de perícia médica, controle de benefícios e saúde ocupacional do servidor” (SANTA CATARINA, 2006). E através Gerência de Controle de Benefícios (GECOB) é possível a publicação periódica de Boletins Estatísticos com dados referentes aos benefícios concedidos aos servidores públicos de todos os órgãos do Governo. Pelos dados obtidos, constatou-se que a Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), desde a última década até hoje apresenta o segundo maior número de servidores civis estatutários com LTS, sendo as unidades hospitalares as instituições que mais tem registrado esta

ocorrência. Além destes, outros dados já divulgados nos trazem subsídios para prever, mensurar e até mesmo comparar resultados que serão obtidos nesta pesquisa (SANTA CATARINA, 2008; SANTOS et al., 2011).

A partir do entendimento que o absenteísmo-doença recebe a denominação de Licença para Tratamento de Saúde (LTS) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) é utilizada no diagnóstico da LTS, estudar a grande área da Saúde do Trabalhador e trabalhar no serviço público do Estado me motivou ao aprofundamento do estudo das possíveis causas para os adoecimentos destes trabalhadores, de modo a buscar o entendimento se estas estão de fato ligadas ao trabalho, ou as condições em que o mesmo se realiza.

Este estudo tem a finalidade de pesquisar os afastamentos dos servidores públicos estaduais de Santa Catarina, por licença para tratamento de saúde, lotados na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, ocorridos no período de 2010 a 2016, a partir de dados secundários extraídos do SIGRH/SEA (Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Administração) através da Gerência de Controle de Benefícios (GECOB), vinculada à Diretoria de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Administração do Estado (SEA).

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Histórico e Legislação Trabalhista

Durante o advento da Revolução Industrial, o trabalhador “livre” para vender sua força de trabalho tornou-se refém da máquina, do ritmo da produção que atendia somente à necessidade de acumulação rápida de capital. As jornadas extenuantes, em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, às quais também se submetiam mulheres e crianças, eram frequentemente incompatíveis com a vida. A aglomeração de pessoas em espaços insalubres propiciava a proliferação de doenças infectocontagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes. A presença de um médico no interior das fábricas representava, um esforço para detectar os processos danosos à saúde e uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador, visando ao seu retorno à linha de produção. Instaurava-se assim um modelo que seria uma das características da Medicina do Trabalho mantida até hoje, sob uma visão eminentemente biológica e individual, no espaço restrito da fábrica, numa relação unívoca e unicausal (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Em um contexto capitalista, recupera-se este conceito nas ideias expostas por Marx, particularmente no Capítulo VI Inédito de O Capital (MARX, 1978), aonde expressa-se o conflito de interesses entre o trabalho e o capital que, além de ter sua origem na propriedade dos meios de produção e na apropriação do valor produto realizado, consoma-se historicamente através de formas diversas de controle sobre o próprio processo de produção. Esse controle exercido no interior das unidades produtivas, por meio de velhos ou novos padrões de gestão da força de trabalho, como por exemplo taylorismo, fordismo, neotaylorismo, pós-fordismo, toyotismo, redundam na constituição de coletivos diferenciados de trabalhadores e de uma multiplicidade de agravos potenciais à saúde (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Diante destas características, no cenário mundial a discussão da saúde do trabalhador iniciou-se especialmente nos países industrializados, que começaram a perceber que o trabalhador doente produzia menos. Neste sentido, de 1800 a 1850, durante a Revolução Industrial na Inglaterra, existia a Inspetoria das Fábricas, que tinha como objetivo realizar exames de saúde periódicos no trabalhador, além de se propor a estudar doenças profissionais, principalmente nas fábricas pequenas ou

desprovidas de serviços médicos próprios (ROZENFELD, 2000).

Em 1917, houve a Revolução Russa e, na Itália, o anarquismo ganhou força. Eclodiram vários movimentos operários em todo mundo, em protesto contra os baixos salários e as péssimas condições de trabalho. Em meio à Primeira Guerra Mundial, imigrantes de vários países (italianos, alemães, poloneses, japoneses, ucranianos, etc.) chegaram ao Brasil, vieram não só para fugir da Guerra, mas também em busca de oportunidades de trabalho (TOLEDO, 2002).

Um marco importante para a classe trabalhadora no Brasil ocorreu entre 12 e 16 de julho de 1917, quando a cidade de São Paulo parou, em um momento histórico para a constituição da classe operária no país. A greve geral mobilizou mais de cem mil trabalhadores de diversas indústrias e setores comerciais da capital paulista, refletindo em movimentos grevistas no interior do estado e em diversos lugares (STRONGREN, 2015).

Durante a presidência de Getúlio Vargas, através do Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, o trabalhador considerado celetista, ou seja, aquele que trabalha com carteira assinada por um empregador, passou a possuir uma legislação que versa sobre a proteção dos direitos destes trabalhadores, denominada Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo que no Capítulo V, nos artigos 154 ao 200 estão dispostas algumas questões específicas à proteção da saúde do trabalhador (BRASIL, 1943).

Entre 1950-1960, o industrialismo desenvolvimentista sustenta a ideia de organização dos serviços médicos nas empresas que, ao passo em que fazem atendimento clínico-individual, assumem a atribuição prescrita pela Saúde Ocupacional, atuando no estudo das causas de absentismo, na seleção de pessoal e na análise das doenças e acidentes ocupacionais (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1978).

No final dos anos 1970, época que a Ditadura Militar começou a dar sinais de esgotamento, após sua primeira derrota eleitoral, em 1974. Em 1978-79 iniciou o Movimento Sindical no ABC Paulista, a partir das greves nas indústrias automobilísticas, que se espalham por grande parte do território nacional nos meses seguintes, rompendo com a camisa de força do Regime Militar, e conferindo mais força aos movimentos sindicais no país, que reivindicavam leis e direitos trabalhistas justos. Ainda neste período, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) tendo como responsabilidade a assistência médica dos trabalhadores segurados (LACAZ, 1997).

No plano internacional, também desde os anos 1970, documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), tais como a Declaração de Alma-Ata e a proposição da Estratégia de Saúde para Todos, têm enfatizado a necessidade de proteção e promoção da saúde e da segurança no trabalho, mediante a prevenção e o controle dos fatores de risco presentes nos ambientes laborais. Durante a Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, em 1978, surgem propostas específicas para a atenção à saúde dos grupos populacionais de trabalhadores, particularmente os rurais, mineiros e migrantes. A partir desta Conferência, o tema tem recebido atenção especial no enfoque da promoção da saúde e na construção de ambientes saudáveis por instituições como a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Na Convenção nº 155/1981 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Brasil em 1992, foi estabelecido que os países signatários deveriam instituir e implementar uma política nacional em matéria de segurança no ambiente de trabalho (BRASIL, 2001).

Em 1983, o organismo da OMS para as Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) lançou o documento “*Programa de Acción em La Salud de los Trabajadores*” (OPAS, 1983) com diretrizes para implantação de programações em saúde na rede pública de serviços sanitários e voltadas para aqueles que trabalham. Tais manifestações internacionais despertam o amadurecimento da proposta de programações de saúde voltadas ao trabalhador no Brasil, que após a posse do Governo eleito em 1982, delineia-se a possibilidade de que a Saúde Pública assumira papel ativo na condução de um movimento político-ideológico que ficaria conhecido como os “Programas de Saúde dos Trabalhadores” (PSTs). Gomez e Lacaz (2005) observam que se nos anos 1980, os PST contavam com importante participação/controle social, hoje a fragilidade dos sindicatos de trabalhadores e a nova configuração do mundo do trabalho são fatores que dificultam esta participação, na medida em que os órgãos sindicais não mais representam o mundo do trabalho.

No momento privilegiado, aonde ocorreria a elaboração da Constituição Federal de 1988, que partiu em defesa do levantamento feito na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores em dezembro do mesmo ano, emerge com força o movimento sanitário que trouxe à tona o Sistema Único de Saúde (SUS) conferindo direito universal à saúde de todos os trabalhadores e de toda a população brasileira (LACAZ, 1997). Finalmente, em 1990, a Lei 8.080 define a abrangência das ações de saúde do trabalhador envolvendo

vigilância, promoção e prevenção (BRASIL, 1990).

A execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador é atribuição do SUS, prescritas na Constituição Federal (CF) de 1988 e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Segundo o parágrafo 3º, artigo 6º da LOS, a saúde do trabalhador é definida como:

Um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa a recuperação e a reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

No ano de 1997, entra em vigor a Portaria nº, 142 de 13 de novembro, que traz como obrigatoriedade o preenchimento na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) as causas externas também relativas a atendimentos ao trabalhador que geraram internações, trazendo assim os agravos do trabalhador aos registros e estatísticas do SUS (BRASIL, 1997).

Além destes, outros instrumentos e regulamentos federais orientam o desenvolvimento das ações nesse campo, no âmbito do setor saúde, entre os quais destacam-se a Portaria/MS nº 3.120/1998 e a Portaria/MS nº 3.908/1998, que tratam, respectivamente da definição de procedimentos básicos para a vigilância em saúde do trabalhador e prestação de serviços nessa área (BRASIL, 2001).

Em 2002, surge a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Instituída pela Portaria nº 1.679, ela vem como uma das principais estratégias da Política Nacional da Saúde do Trabalhador e traz a implementação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (BRASIL, 2002). No ano de 2004, entra em vigor a Portaria nº 777, de 28 de abril, que trata dos procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador no SUS, tornando alguns dos agravos ocupacionais obrigatórios para a notificação (BRASIL, 2004).

Outra importante mudança na legislação foi o surgimento em 2005, da Norma Regulamentadora 32 (NR-32) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especificamente sobre o trabalho em saúde, e que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005).

Também ocorreram alterações na legislação dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, com o reconhecimento explícito de doenças como tuberculose, hepatites virais e AIDS como doenças do trabalho, e também o estabelecimento do nexo entre o trabalho em hospitais e agravos como transtornos mentais, doenças do sistema nervoso, doenças osteomusculares e outros (REINHARDT, FISCHER, 2009).

Em 2012, a Portaria 1.823 instaurou a Política Nacional de saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, conferindo ao SUS a execução das ações de saúde do trabalhador, estando em alinhamento com a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho de 2011. Com ela, todos os trabalhadores, independentes da localidade de sua atuação, se no meio rural ou urbano, sua forma de inserção no mercado de trabalho, se formal ou informal e seu vínculo empregatício estão sujeitos desta política, acrescentando ainda que se entende que o trabalho é um determinante no processo saúde-doença. Tal política visa a integralidade, a equidade e o desenvolvimento de programas de prevenção aos agravos da saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

## 2.2 Absenteísmo-doença

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT) define-se absenteísmo como a ausência, remunerada ou não, do trabalhador por mais de um dia de trabalho quando se esperava que ele estivesse presente, seja por ordem médica ou qualquer outra (OIT, 1999). Bernstorff e Rosso (2008) destacam ainda que o absenteísmo, ou falta ao trabalho, pode ser uma das principais estratégias de resistência ou de enfrentamento dos trabalhadores face à organização do trabalho, e que afeta direta e indiretamente o resultado organizacional.

O absenteísmo por doença deve ser entendido como consequência de determinantes do estado de saúde/doença de populações, que incidem sobre todo o conjunto social, do qual fazem parte os trabalhadores e suas específicas condições laborais (LAURELL, 1985; SALA et al., 2009). Se estabelecermos esta conexão do indivíduo com universo laboral, várias determinantes podem ser diretamente consideradas a partir do modo como este se organiza (jornadas, turnos, hierarquias, divisão e fragmentação do trabalho, mecanismos de controle, entre outros aspectos), expondo o trabalhador a desgastes específicos de sua saúde, embora nem sempre

seja fácil estabelecer claramente nexos causais entre o trabalho e o adoecimento. Essa dificuldade ocorre devido à inseparabilidade da “vida social” da “vida laboral”, bem como da inter-relação e interdependência entre os distintos elementos que compõem a organização do trabalho (SALA et al., 2009).

A doença é vista como principal motivo que leva as pessoas a faltarem ao trabalho, talvez por que exija maior controle em virtude da necessidade de apresentação de documentos que abonem o período ausente. A essa incapacidade laboral justificada por licença médica, comumente denomina-se de absenteísmo-doença (LEÃO, 2012; BARBOSA-BRANCO; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA; MATEUS, 2013).

Apesar de o absenteísmo se tratar de uma ação empreendida pelo trabalhador, qual seja, a ausência ao trabalho, as razões motivadoras nem sempre são devidas a ele, mas podem estar ligadas à organização, à supervisão deficiente, ao empobrecimento das tarefas, à falta de motivação e estímulo, às condições desagradáveis de trabalho, à precária integração do empregado à organização ou aos impactos psicológicos de uma administração deficiente (CHIAVENATO, 1986; CUNHA, 2007).

Ao fazer esta análise é importante considerar a existência de uma etiologia multifatorial. Devem ser avaliadas as variáveis relacionadas ao indivíduo como a motivação, necessidades, hábitos, valores, habilidades e conhecimentos; as variáveis relacionadas à ocupação do trabalhador como: o tipo de empresa, os métodos de produção; as variáveis relacionadas à organização como: o clima de trabalho e as políticas da instituição. Perda de produtividade, horas extras de outros empregados, diminuição da produtividade total dos trabalhadores, custos inesperados para garantir ajuda temporária e insatisfação da clientela são consequências associadas ao absenteísmo (SALDARRIAGA; MARTÍNEZ, 2007; CARDOZO, 2014).

Depreende-se assim que o absenteísmo pode funcionar como um dos melhores termômetros para as ações organizacionais, tanto que foi amplamente discutido pela psicossociologia de Mayo (1933, 1945), destacando-se a importância das relações humanas e das competências sociais conjuntamente com as tradicionais habilidades técnicas dos trabalhadores e dos supervisores. Também é estudado em que medida o absenteísmo é resultante mais das condições ambientais internas das organizações que de características pessoais; mais da satisfação com os relacionamentos intergrupais do que com a satisfação com o pagamento/salário; e



mais dos bons relacionamentos do que as competências individuais técnicas (BERNSTORFF; ROSSO, 2008).

Portanto, embora a decisão de afastar-se do trabalho, em razão do adoecer, possa partir do trabalhador, não há como culpabilizá-lo ou responsabilizá-lo totalmente pelo adoecimento, e as medidas organizacionais precisam estar fundamentadas nas causas e não apenas nos índices de absenteísmo-doença (CUNHA, 2007). Assumida essa perspectiva, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla penalização (MACHADO; GOMEZ; MINAYO, 1995; GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Diversos autores têm abordado a questão do absenteísmo por doença entre trabalhadores em ocupações de atendimento ao público, particularmente aqueles que prestam cuidados a doentes, como é o caso dos profissionais de saúde (MARZIALE, 2000; GUIMARÃES, 2005; SALA et al., 2009; SILVA; SANTOS; MATTOS, 2010).

A literatura ainda relata maior incidência entre os trabalhadores da saúde, atuantes na área hospitalar. A primeira delas é o sistema de turnos de trabalho, que pode trazer desordens nas esferas biológica e social. Os riscos biológicos, físicos e químicos, presentes no ambiente hospitalar, podem igualmente acarretar adoecimento. Vale também assinalar a sobrecarga física decorrente de esforços repetitivos, trabalho prolongado em pé, posições de trabalho inadequadas e levantamento de cargas. Tais sobrecargas podem acarretar fadiga, sintomas e lesões osteoarticulares. Além desse conjunto de fatores que expõem o trabalhador ao risco de adoecimento e absenteísmo por doença, há que se considerar também a questão do estresse ocupacional, ou da síndrome de *Burnout*, como importante determinante de ausência ao trabalho entre indivíduos que atuam na área da assistência à saúde, especialmente com a parte burocrática e administrativa (PEREIRA, 2002; SALA et al., 2009).

O afastamento do trabalho motivado por episódio de doença assume relevância na esfera do serviço público devido ao volume de licenças médicas e de dias não trabalhados. Nos setores de saúde e atendimento ao público, as taxas de absenteísmo-doença podem variar de 15,9% (SALA et al., 2009) a 60% (RODRIGUES et al., 2013; SILVA; MARZIALE, 2003). Também por este motivo, o estudo do fenômeno do absenteísmo em estabelecimentos assistenciais de saúde tem merecido esforços, visto que pode afetar diretamente a qualidade dos serviços prestados e

implicar sobre a própria vida dos pacientes (RAMOS, 2007).

Nos ambientes hospitalares, entre todas as causas, os agravos à saúde foram os maiores causadores de afastamentos do trabalho. Sznelwar et al. (2004), Barcelos (2010) entre outros autores, acrescentam que o trabalho em um ambiente hospitalar apresenta esforço físico e exigência de posturas inadequadas, escassez de pessoal, trabalho em turnos e noturno, ritmos de trabalho excessivos, além daqueles relacionados ao convívio com os pacientes.

Apesar dos altos índices de absenteísmo-doença em serviços de saúde, somente nas últimas décadas ocorreram esforços visando responder às questões relacionadas a esses índices (categorias afetadas, patologias mais frequentes e diferenças entre as diversas unidades de trabalho). É importante ressaltar que o absenteísmo-doença deve ser relacionado às características dos diferentes serviços de saúde, pois seu comportamento pode depender dos modelos de gestão, porte e estrutura da organização, coesão de grupos, locais de trabalho, categorias profissionais e outros fatores (MAZZILLI, 2004; ALVES; GODOY; SANTANA, 2006; BARCELOS, 2010). Além disso, conforme Martinato et al., (2010), para o profissional da saúde, o trabalho está associado a valores sociais e éticos de grande alcance, relacionados à vida, alívio de sofrimento e recuperação da saúde, o que significa o fortalecimento da identidade para estes profissionais.

Evidências recentes justificam as abordagens que consideram o absenteísmo-doença um indicador relevante para a saúde pública, visto que, entre outros fatores, o risco de aposentadoria precoce e de mortalidade é elevado entre homens e mulheres com mais de 15 dias de licença médica por ano. Sabe-se ainda que o afastamento por doença de maior duração pode estar associado a uma pior avaliação do indivíduo com relação a sua própria saúde (ERIKSSON et al., 2008; ROELEN et al., 2010; RODRIGUES et al., 2013).

Apesar de tais evidências, especialmente no setor público, o fenômeno do absenteísmo tem sido visto mais como uma questão socioeconômica e política do que de fato um problema de saúde pública. Inclusive observa-se que as preocupações dos gestores estão ligadas aos gastos financeiros e diminuição da produtividade, razões comumente evocadas nas instituições (BOWERS, 2001; RODRIGUES et al., 2013).

A essa forma inconsequente de lidar com a saúde e a vida, une-se a resistência dos indivíduos em aceitar a condição de doentes. O medo de perder o emprego, que significa sua garantia imediata de sobrevivência, aliado aos mais

variados constrangimentos que marcam a trajetória do trabalhador doente “afastado” do trabalho, mascara a percepção dos indícios de comprometimento da saúde, inibindo ou protelando ações mais incisivas de reivindicação às instâncias responsáveis pela garantia da saúde no trabalho (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

### 2.3 Doenças relacionadas ao trabalho

Para Laurell (1982), a forma empírica de comprovar o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. Ou seja, a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos, por isso a necessidade de se relacionar o adoecimento com possíveis causas inerentes ao processo ou ambiente laboral.

Minayo (2004) e Pinto (2015) destacam que a saúde e a doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total. E esta noção de todo, análise de contextos ampliados, explicado a partir de fatores históricos determinados indicam que os processos de saúde-doença são produto da relação social entre capital e trabalho.

Frequentemente as doenças originadas no trabalho são percebidas em estágios avançados, até porque muitas delas, em suas fases iniciais, apresentam sintomas comuns a outras patologias, tornando difícil, sob essa ótica, identificar os processos que as geraram. Ainda a própria rotatividade de pessoal, representa um obstáculo a mais nesse sentido. Por isso, a constatação de doenças ainda no exame admissional, funciona na prática, como um recurso para impedir o recrutamento de indivíduos cuja saúde já esteja comprometida (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A variedade de fatores da condição saúde-doença dos trabalhadores, está implicada em determinantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, assim como os fatores resultantes da organização laboral – processo de trabalho e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos e mecânicos (BRASIL, 2001). Sendo assim, sabe-se que o processo de trabalho pode representar para o trabalhador riscos para sua saúde, exigindo, frente às constantes mudanças que se processam no mundo do trabalho, que o mesmo se adapte rapidamente a fim de buscar o equilíbrio entre as exigências que demandam do trabalho e da sua

capacidade física e mental, o que por vezes não é possível, causando o adoecimento (CUNHA, 2007).

Para Lacaz (2007), o paradigma da causalidade das doenças dá-se pela precedência das condições de trabalho, numa visão histórica e descontextualizada das relações econômicas, político-ideológicas e sociais que influem nos nexos entre trabalho e saúde-doença. E a abordagem das relações trabalho e saúde-doença parte de um pressuposto cartesiano de que o corpo funciona como uma máquina, o qual expõe-se a fatores de risco. Assim, as consequências do trabalho para a saúde são resultado da interação do corpo (hospedeiro) com estes fatores (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), existentes no meio ambiente de trabalho, que mantêm uma relação de externalidade aos trabalhadores.

As mudanças ocorridas nos mecanismos de gestão e do trabalho implicaram na mudança do perfil de adoecimento dos trabalhadores, sendo observada inclusive no setor público, a incompatibilidade entre o modo de produção vigente e uma vida plena de sentido, pois o trabalho interfere na esfera social e familiar do trabalhador, podendo resultar no surgimento de doenças do trabalho, que os atinge mental e fisicamente (SELIGMANN-SILVA, 2003; ALVES, 2013; ANTUNES, 2013; FANTAZIA, 2015).

As doenças consideradas como relacionadas ao trabalho estão listadas no Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde: Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicado pelo Ministério da Saúde, o qual foi elaborado com a finalidade de orientar profissionais de saúde quanto aos procedimentos de assistência, prevenção e vigilância da saúde dos trabalhadores, além de nortear o diagnóstico de doença e sua relação com o trabalho; ou seja, o estabelecimento donexo ou relação causal (BRASIL, 2001).

A transição do perfil epidemiológico das doenças e o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas trazem uma nova preocupação para o cenário global com relação ao impacto desses agravos na saúde dos trabalhadores, o que pode levar a um aumento no número de dias de trabalho perdidos e também a um aumento de custos de produção, devido à concessão de licenças ou diminuição da capacidade de trabalho dos empregados (CRISTOFOLINI et al., 2008; BORTOLINI et al., 2013).

Entre os trabalhadores da saúde, os da área hospitalar são os que possuem maior risco de sofrerem violências em seus locais de trabalho e agravos à saúde que

requerem maior tempo de afastamento para tratamento, com implicações psicológicas e ao bem-estar do trabalhador, conforme afirma estudo americano realizado por Arnetz et al. (2014). Uma das muitas consequências dos adoecimentos descritos acima, pode ser a incapacidade temporária ou permanente, que quando justificada por atestado ou licença médica é transformada em afastamento do trabalho/absenteísmo (*EUROPEAN FOUNDATION*, 1997; MAIA, 2002; GARCIA PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; FANTAZIA, 2015).

No Brasil, uma parte do custeio dos acidentes de trabalho recai sobre o Ministério da Previdência Social que, por meio do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), deve garantir o direito à previdência social. Este é um seguro social destinado a reconhecer e conceder direitos aos segurados, cujas contribuições destinam-se às despesas com vários benefícios, entre eles, a compensação pela perda de renda do trabalhador que se encontra impedido de trabalhar por motivo de doença, invalidez, idade avançada, morte, desemprego involuntário, maternidade ou reclusão (SANTANA et al., 2006; GIOMO et al., 2009).

Trabalhadores que atuam nos serviços de saúde têm possibilidades de adquirir enfermidades e sofrer acidentes de trabalho em decorrência do contato com situações de riscos ocupacionais variadas, pela multiplicidade de fatores de risco biológico, físico, psíquico e ergonômico (CANINI et al., 2002; MOURA; GIR; CANINI, 2006; GIOMO, et al., 2009; PINTO, 2015). Todo o sofrimento causado pelo processo de saúde-doença é uma realidade concreta do trabalhador, que resulta em mudanças corporais, mentais e comportamentais e que lhe impõe limitações físicas, psíquicas e afetivas, podendo desonerá-lo da vida social, causando-lhe sentimento de culpa, sensação de desamparo, impondo-lhe sofrimento, e dificultando muitas vezes a retomada de suas condições laborais plenas (RIBEIRO, 2010; FANTAZIA, 2015).

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde: Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001), classifica as doenças em três grupos conforme a sua relação com o trabalho, segundo a clássica divisão de Schilling de 1984:

- Grupo I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional.

- Grupo II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexos causal é de

natureza eminentemente epidemiológica. A hipertensão arterial e as neoplasias malignas, em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.

- Grupo III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, com causa, tipificada pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ou profissões (SCHILLING, 1984 apud BRASIL, 2001).

Bortoloni et al. (2013) traz a possibilidade de classificação dos afastamentos por adoecimento em dois blocos distintos: as doenças comprovadas e as não comprovadas, esta segunda causa pode abranger desde assuntos pessoais, dificuldade de acesso ao trabalho, falta de planejamento da organização quanto a supervisão e ao acompanhamento de funcionários ao trabalho, dentre outros.

As mudanças ocorridas nos mecanismos de gestão e do trabalho implicaram na mudança do perfil de adoecimento dos trabalhadores. Deste modo, observa-se inclusive no setor público, a incompatibilidade entre o modo de produção vigente e uma vida plena de sentido, pois como o trabalho interfere na esfera social e familiar do trabalhador, pode resultar no surgimento de doenças do trabalho, que os atinge mental e fisicamente (SELIGMANN-SILVA, 2003; ALVES, 2013; ANTUNES, 2013; FANTAZIA, 2015).

O processo de adoecer, faltar ao trabalho, melhorar e retornar ao trabalho pode se relacionar com a falta de equilíbrio entre a pessoa e o ambiente de trabalho. Ou seja, o adoecimento pode surgir em resultado de uma discrepância entre a carga de trabalho (exigências e necessidades) e a capacidade do trabalhador (aptidões e competências), mas sofrem também influências organizacionais que interferem na motivação para não faltar e na pressão para comparecer. Além disso sabe-se que a duração do afastamento por doença até o retorno ao trabalho é relacionada diretamente ao tempo requerido para a recuperação, pois trata-se de um processo dinâmico que envolve não somente o restabelecimento da saúde físico-mental, mas também inclui a adaptação ao trabalho e a capacidade de resposta às demandas do serviço que o trabalhador presta (ROELEN et al., 2010).

A abordagem acerca das doenças do trabalho não recai apenas sobre a obtenção de adicional de insalubridade ou periculosidade (“monetarizar riscos”), de instalar equipamentos de proteção, de diagnosticar a causalidade no processo saúde-doença, com vistas a obter benefícios da previdência social, muito embora tais

procedimentos possam representar etapas de uma luta maior que é chegar às raízes causadoras dos agravos, à mudança tecnológica ou organizativa que preside os processos de trabalho instaurados. A tarefa principal é encontrar as respostas possíveis para os confrontos inadiáveis, considerando os entraves econômicos, as alternativas tecnológicas/organizacionais, os diversos planos conjunturais que possibilitam as mudanças necessárias (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Formular políticas de saúde do trabalhador significa, portanto, contemplar essa ampla gama de condicionantes de saúde e de doença. Especificamente para o setor público da saúde, é premente a necessidade de consolidar ações de saúde do trabalhador que abranjam da vigilância à assistência em seu amplo sentido. Porém, a limitada intervenção da Saúde Pública num campo que nunca foi objeto central de preocupação, prejudicada pelos percalços da gestão financeira e de recursos humanos na implementação do Sistema Único de Saúde, tem se refletido na tendência de tratar como questão menor a atenção integrada aos trabalhadores (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

#### 2.4 Estrutura de Governo de Santa Catarina

O Estado de Santa Catarina conta com uma estrutura organizacional que, com coordenação direta do governador, é responsável pelas políticas relacionadas aos diferentes setores da administração pública estadual. Tratam-se de Secretarias, Empresas, Autarquias e Fundações. Dentre as Secretarias temos catorze, dentre as quais: Secretaria de Estado da Administração, Secretaria de Estado da Agricultura e da Pesca, Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação, Secretaria de Estado da Casa Civil, Secretaria de Estado de Comunicação, Secretaria de Estado do Desenvolvimento Econômico Sustentável, Secretaria de Estado da Educação, Secretaria de Estado da Fazenda, Secretaria de Estado da Infraestrutura, Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, Secretaria de Estado do Planejamento, Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Estado da Segurança Pública, Secretaria de Estado de Turismo, Cultura e Esporte (SANTA CATARINA, 2005; 2018).

Para dar apoio nessas atribuições, foi criada na Secretaria de Administração (SEA), em 2005, a Diretoria de Perícia Médica e Saúde Ocupacional do Servidor (DPMSOS), constituída de três Gerências – Perícia Médica, Saúde Ocupacional e Controle de Benefícios – e 30 unidades descentralizadas. À DPMSOS compete

“desenvolver políticas e diretrizes para as áreas de perícia médica, controle de benefícios e saúde ocupacional do servidor” (SANTA CATARINA, 2006).

A SEA é responsável pela área de saúde do servidor público no Estado. Além desta atribuição, ainda há a normatização, supervisão, controle, orientação e formulação de políticas para as áreas de perícia médica e saúde do servidor, melhoria das condições de saúde ocupacional e prevenção de acidentes de trabalho. Ela possui dentre as suas 8 Diretorias, uma que se chama Diretoria de Saúde do Servidor, possui 8 Gerências, aonde a Gerência de Controle de Benefícios (GECOB) possui um Banco de Dados Secundários, os quais trazem todas as informações dos afastamentos que serão utilizadas neste estudo (SANTA CATARINA, 2006; 2018).

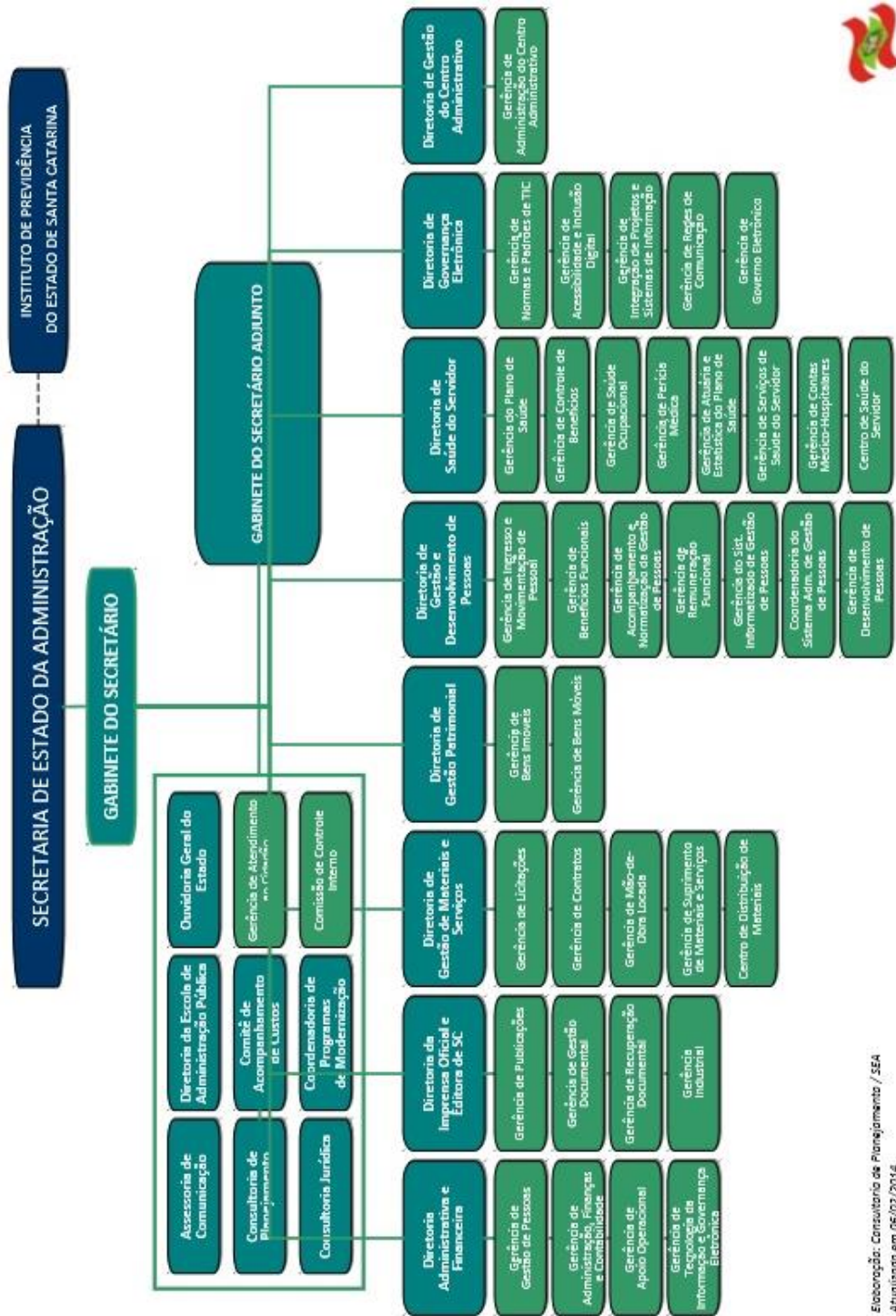
De acordo com o site oficial do Governo de Santa Catarina, o Estado assume um modelo de descentralização de ações através das Agências de Desenvolvimento Regional (ADR), que são responsáveis por motivar a integração e a participação da sociedade para, de forma planejada, implementar e executar políticas públicas no Estado, para que o Governo possa estar próximo ao cidadão em todas as 295 cidades catarinenses (SANTA CATARINA, 2018).

A GECOB (Gerência de Controle de Benefícios) - Diretoria de Saúde do Servidor, da SEA-SC é responsável por auditar os prontuários, fiscalizar as atividades periciais e os benefícios concedidos pela Gerência de Perícia Médica (GPEM), bem como executar as análises estatísticas dos benefícios deferidos, acidentes em serviço, percentual de absenteísmo, causas e custos dos afastamentos, prevalência e incidência de doenças, dentre outros, a partir de banco de dados específico. Esse banco contém registros de todos os benefícios de saúde, solicitados pelos servidores, desde o seu ingresso no serviço público estadual (SANTA CATARINA, 2014).

A figura 1 apresenta o organograma da Secretaria de Administração SEA.



Figura 1 - Organograma Secretaria de Administração (SEA)



Elaboração: Consultoria de Planejamento / SEA  
Atualizada em 06/02/2014

Fonte: Santa Catarina (2018).

Na figura 2 tem-se o mapa de Santa Catarina com divisões das Mesorregiões, conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Figura 2 - Mapa de Santa Catarina com divisões das Mesorregiões



Fonte: IBGE (2017).

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

Avaliar as causas de afastamento, por licença de tratamento de saúde dos servidores públicos estaduais lotados na Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar as principais causas de afastamento por licença de tratamento de saúde dos servidores públicos estaduais lotados na Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016;
- ✓ Relacionar os afastamentos do trabalho por motivo de doença, segundo características sócio-demográficas;
- ✓ Realizar a análise temporal do comportamento dos afastamentos no período;
- ✓ Contribuir com a construção do conhecimento sobre a causalidade do absenteísmo do servidor público.

## 4. METODOLOGIA

Minayo (2001) explica que a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, um conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade, já que nenhuma teoria, por mais bem elaborada que seja, consegue explicar todos os fenômenos e processos. Durante a pesquisa, o investigador separa, recorta determinados aspectos significativos da realidade para trabalhá-los, buscando interconexão sistemática entre eles.

### 4.1 Delineamento

Foi realizada uma pesquisa de caráter quantitativo, ecológico, aonde o cenário de estudo foi o banco de dados secundários extraídos do SIGRH/SEA, disponibilizado pelo Estado em formato sav. O SIGRH/SEA congrega todas as informações relativas aos dados cadastrais, funcionais e financeiros dos servidores (SANTA CATARINA, 2008).

Sobre a pesquisa com abordagem quantitativa, esclarece Fonseca (2002, p. 20):

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.

Os estudos ecológicos têm como unidade de análise uma população ou um grupo de pessoas, geralmente pertencentes a uma área geográfica definida e têm como objetivo mais comum a formulação de hipóteses etiológicas de um determinado evento, comparando a frequência da doença entre os diferentes grupos durante o mesmo período ou a mesma população em diferentes momentos (MEDRONHO, 2005).

## 4.2 População do Estudo

A população de estudo foi constituída de servidores públicos estaduais do poder executivo de Santa Catarina, lotados na Secretaria do Estado da Saúde e afastados por licença para tratamento de saúde, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016. Foram trabalhados os dados com os servidores lotados na Secretaria Estadual da Saúde, efetivos, estatutários e com regime previdenciário próprio. O denominador foi calculado a partir da informação de total de servidores em todo mês de julho de cada ano.

É considerado servidor público aquele indivíduo que exerça funções, cargos ou empregos públicos nas administrações direta e indireta, sendo classificados como estatutários, celetistas ou temporários. A denominação “servidor público”, genérica e abrangente, foi introduzida pela Constituição Federal de 1988. Tal denominação é atribuída às pessoas físicas que prestam serviços ao Estado e às entidades da Administração indireta, com vínculo empregatício e mediante remuneração paga pelo erário público (BRASIL, 1988; DI PIETRO, 2003; TREVISAN, 2016).

Desse modo são considerados servidores públicos, os estatutários nomeados por concurso público, ocupantes de cargo público, são regidos por um estatuto próprio com direitos e obrigações; os empregados ou funcionários públicos, que ocupam emprego público também providos por concurso público, mas contratados sob o regime da CLT (TAVARES BENETTI; FERREIRA DE ARAÚJO, 2008; NUNES; LINS, 2009; TREVISAN, 2016).

## 4.3 Fonte e Coleta de Dados

As informações sobre os servidores são incluídas por profissionais das unidades de atendimento periciais, após atendimento do servidor, dados do prontuário pericial, sendo que o formulário Comprovante de Agendamento de Avaliação Pericial, documento anexo a este trabalho (Anexo A), serve para agendamento do atendimento.

O sistema SIGRH/SEA (Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos da SEA) caracteriza-se como um Banco de Dados do Estado gerenciado pela Gerência de Controle de Benefícios (GECOB), vinculada à Diretoria de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Administração do Estado (SEA). Os dados que serão

extraídos deste sistema são considerados secundários (SANTA CATARINA, 2017).

#### 4.4 Variáveis do Estudo

Diante da complexidade e dos vários fatores relacionados ao absenteísmo-doença, antes de se estabelecer nexos causais é necessário, além dos indicadores descritos, também descrever a prevalência das patologias envolvidas nas licenças para tratamento de saúde bem como verificar a sua associação com o tipo de ocupação ou vínculo empregatício, com o sexo, com a faixa etária, com a escolaridade, com a renda, com o tempo de serviço e outros mais fatores, conforme já sugerido por vários estudos internacionais (FEENEY et al., 1998; GOLDBERG, 2001; BARHAM; BEGUM, 2005; VINGARD, 2005; HEIJBEL, 2005 apud LEÃO, 2012).

Foram elencadas as seguintes variáveis: órgão de lotação, sexo, idade, escolaridade, estado civil, vínculo, raça, diagnóstico médico, tempo de serviço até o afastamento e dias de afastamento.

#### 4.5 Análise de Dados

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a associação entre as variáveis, o teste qui-quadrado de Pearson complementado pela análise de resíduos ajustados foi aplicado.

O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

#### 4.6 Aspectos Éticos

Esta dissertação, possui as devidas autorizações institucionais, recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o Protocolo nº 79283517.5.0000.5347 e foi desenvolvida em consonância com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, bem como as exigências de cedência de dados e contrapartida do Estado,

como pode ser verificado nos Anexos B; C; D; E; e F).

## 5. RESULTADOS

A amostra total foi composta por 38.328 afastamentos, todos de servidores públicos lotados na Secretaria do Estado da Saúde, efetivos, estatutários e com regime previdenciário próprio, que estiveram ausentes do trabalho por motivo de licença para tratamento de saúde entre os anos de 2010 a 2016. Este total de afastamentos foi composto por 7.737 servidores, o que gera aproximadamente uma média de cinco (5) afastamentos por servidor. O montante de dias de ausência ao trabalho neste período resultou em 1.321.703 dias. A média de dias para cada afastamento ficou em 33,6 dias.

Na distribuição dos afastamentos, segundo as variáveis idade, sexo, raça, estado civil e nível de formação foi identificada a seguinte predominância: os de 40 a 49 anos de idade (31,5%), as mulheres (80,3%), os de cor branca (90,9%), os casados (52,7%), os que possuem curso profissionalizante (50,1%).

Os dados podem ser visualizados na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra dos afastamentos dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016.

(continua)

<b>Variáveis</b>	<b>n=38.328</b>
<b>Idade</b> (anos) – média ± DP [min-max]	45,7 ± 9,7 [19-70]
<b>Faixa etária</b> (anos) – n(%)	
<30	1.806 (4,7)
30 – 39	10.299 (26,9)
40 – 49	12.087 (31,5)
50 – 59	11.620 (30,3)
≥ 60	2.516 (6,6)
<b>Sexo</b> – n(%)	
Masculino	7.539 (19,7)
Feminino	30.789 (80,3)
<b>Raça</b> – n(%)	
Branca	34.833 (90,9)
Amarela	62 (0,2)
Indígena	49 (0,1)
Negra	2.206 (5,8)
Parda	1.028 (2,7)
Não informado	150 (0,4)
<b>Estado Civil</b> – n(%)	
Casado/União estável/Marital	20.201 (52,7)
Divorciado	3.798 (9,9)
Separado Judicialmente	2.301 (6,0)
Solteiro	10.884 (28,4)
Viúvo	1.127 (2,9)



Tabela 1 – Caracterização sóciodemográfica da amostra dos afastamentos dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016.

(conclusão)	
<b>Nível de formação – n(%)</b>	
Alfabetizado	13 (0,0)
Anos iniciais (1ª a 4ª série)	845 (2,2)
Anos finais (5ª a 8ª série)	2.885 (7,5)
Regular	5.747 (15,0)
Sequencial complementação de estudos	1 (0,0)
<i>Profissionalizante</i>	19.210 (50,1)
Graduação	3.363 (8,8)
Especialização	4.996 (13,0)
Mestrado	608 (1,6)
Doutorado	157 (0,4)
Não informado	503 (1,3)

Fonte: SEA/SIGRH (2017).

Em relação às características dos afastamentos, listados na Tabela 2, segundo as variáveis tempo de trabalho até o afastamento, vínculo e tempo de afastamento, encontrou-se como mais frequentes: os com mais de 20 anos de tempo de trabalho (32,1%), os técnicos em enfermagem (33,4%) e os afastamentos de até 15 dias de duração (39,9%).

Para a variável tempo de trabalho até o afastamento a mediana ficou em 10,3 anos, para a variável valor do pagamento a mediana ficou em 3.447 reais e para a variável tempo de afastamento a mediana ficou em 29 dias.

Tabela 2 – Dados sobre os afastamentos dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016.

(continua)	
<b>Variáveis</b>	<b>n=38.328</b>
<b>Tempo de trabalho até o afastamento</b> (anos) – mediana (P25-P75) [min-max]	10,3 (5,7 – 22,3) [0,0 – 45,7]
Classificação do tempo de trabalho até o afastamento – n(%)	
<1 ano	1.235 (3,2)
1 – 2 anos	3.582 (9,3)
3 – 5 anos	5.326 (13,9)
6 – 10 anos	9.993 (26,1)
11 – 15 anos	2.821 (7,4)
16 – 20 anos	3.051 (8,0)
> 20 anos	12.320 (32,1)
<b>Relação-Vínculo mais frequentes– n(%)</b>	
<i>Técnico de Enfermagem</i>	12.788 (33,4)
Auxiliar de Enfermagem	5.964 (15,6)
Agente de Serviços Gerais	5.487 (14,3)
Enfermeiro	2.843 (7,4)
Técnico em Atividades Administrativas	2.661 (6,9)
Auxiliar de Serviços Hospitalares e Assistenciais	2.129 (5,6)
Atendente de Saúde Pública	455 (1,2)
Técnico de Radiologia e Imagem	378 (1,0)

Tabela 2 – Dados sobre os afastamentos dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016.

(conclusão)

<b>Relação-Vínculo mais frequentes</b> – n(%)	
Agente em Atividades Administrativas	331 (0,9)
Cozinheiro	323 (0,8)
<b>Valor do pagamento</b> – mediana (P25 – P75) [min-max]	3447 (2458 – 4960) [581 – 36.247]
<b>Tempo de afastamento</b> (dias) – mediana (P25 – P75) [min-max]	29 (10 – 59) [1 – 300]
Tempo de afastamento – n(%)	
< 15 dias	15.286 (39,9)
15 – 30 dias	10.055 (26,2)
31 – 60 dias	8.527 (22,2)
61 – 90 dias	3.668 (9,6)
> 90 dias	791 (2,1)

Fonte: SEA/SIGRH (2017).

Dentre as causas dos afastamentos, utilizando-se da Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde (CID-10), a tabela 3 nos traz o quantitativo de afastamentos para cada CID, sendo que os três mais recorrentes foram: o capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (26,5%), o capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais (24,2%) e o capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (15,8%), totalizando entre estes três 66,5% do total das causas do afastamentos por LTS.

Tabela 3 – Causas dos afastamentos dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016, conforme o capítulo CID-10.

(continua)

Variáveis	n=38.328
<b>Capítulo CID-10 – n(%)</b>	
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	568 (1,5)
II - Neoplasias [tumores]	901 (2,4)
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	65 (0,2)
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	207 (0,5)
V - Transtornos mentais e comportamentais	9.287 (24,2)
VI - Doenças do sistema nervoso	669 (1,7)
VII - Doenças do olho e anexos	876 (2,3)
VIII - Doença do ouvido e da apófise mastoide	184 (0,5)
IX - Doenças do aparelho circulatório	1.529 (4,0)
X - Doenças do aparelho respiratório	1.120 (2,9)
XI - Doenças do aparelho digestivo	578 (1,5)
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	286 (0,7)
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	10.158 (26,5)
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	637 (1,7)
XV - Gravidez, parto e puerpério	803 (2,1)
XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal	6 (0,0)
XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	34 (0,1)

Tabela 3 – Causas dos afastamentos dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016, conforme o capítulo CID-10. (conclusão)

XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	621 (1,6)
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	3.710 (9,7)
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	41 (0,1)
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	6.048 (15,8)

Fonte: SEA/SIGRH (2017).

Na Tabela 4 fez-se uma associação da causa do afastamento, conforme o capítulo CID-10 com a faixa etária do servidor, havendo associação estatisticamente significativa da faixa etária com as causas da doença ( $p < 0,001$ ). Os servidores com menos de 30 anos estiveram associados às seguintes doenças: infecciosas e parasitárias, olho e anexos, aparelho respiratório, gravidez, parto e puerpério, malformações congênitas, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório e causas externas de morbidade e de mortalidade.

Os servidores com idade entre 30 e 39 anos se associaram significativamente com as seguintes CIDs: infecciosas e parasitárias, transtornos mentais e comportamentais, olho e anexos, aparelho respiratório, gravidez, parto e puerpério, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório e fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Servidores entre 40 e 49 anos estiveram significativamente associados com as seguintes doenças: transtornos mentais e comportamentais, sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Os trabalhadores entre 50 e 59 anos apresentaram significativamente maior probabilidade das seguintes doenças: neoplasias, aparelho circulatório, sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

E ainda, os trabalhadores idosos (60 anos ou mais) apresentaram significativamente maior probabilidade das seguintes doenças: neoplasias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, aparelho circulatório, sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e causas externas de morbidade e de mortalidade.

Tabela 4 – Associação da causa do afastamento com a faixa etária dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016.

Capítulo CID-10	<30	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 anos
	anos	anos	anos	anos	ou mais
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	53 (2,9)*	179 (1,7)*	167 (1,4)	147 (1,3)	22 (0,9)
II - Neoplasias [tumores]	17 (0,9)	133 (1,3)	240 (2,0)	375 (3,2)*	136 (5,4)*
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	5 (0,3)	20 (0,2)	16 (0,1)	21 (0,2)	3 (0,1)
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	11 (0,6)	59 (0,6)	48 (0,4)	66 (0,6)	23 (0,9)*
V - Transtornos mentais e comportamentais	372 (20,6)	2.568 (24,9)*	3.222 (26,7)*	2.651 (22,8)	474 (18,8)
VI - Doenças do sistema nervoso	12 (0,7)	184 (1,8)	225 (1,9)	215 (1,9)	33 (1,3)
VII - Doenças do olho e anexos	82 (4,5)*	320 (3,1)*	202 (1,7)	242 (2,1)	30 (1,2)
VIII - Doença do ouvido e da apófise mastoide	6 (0,3)	46 (0,4)	67 (0,6)	49 (0,4)	16 (0,6)
IX - Doenças do aparelho circulatório	32 (1,8)	142 (1,4)	385 (3,2)	695 (6,0)*	275 (10,9)*
X - Doenças do aparelho respiratório	90 (5,0)*	337 (3,3)*	330 (2,7)	280 (2,4)	83 (3,3)
XI - Doenças do aparelho digestivo	27 (1,5)	154 (1,5)	199 (1,6)	155 (1,3)	43 (1,7)
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	16 (0,9)	79 (0,8)	101 (0,8)	78 (0,7)	12 (0,5)
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	307 (17,0)	2.350 (22,8)	3.307 (27,4)*	3.446 (29,7)*	748 (29,7)*
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	40 (2,2)	194 (1,9)	190 (1,6)	173 (1,5)	40 (1,6)
XV - Gravidez, parto e puerpério	141 (7,8)*	595 (5,8)*	62 (0,5)	4 (0,0)	1 (0,0)
XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal	1 (0,1)	5 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	14 (0,8)*	5 (0,0)	5 (0,0)	9 (0,1)	1 (0,0)
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	43 (2,4)*	239 (2,3)*	174 (1,4)	136 (1,2)	29 (1,2)
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	235 (13,0)*	996 (9,7)	1.089 (9,0)	1.182 (10,2)*	208 (8,3)
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	6 (0,3)*	6 (0,1)	11 (0,1)	9 (0,1)	9 (0,4)*
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	296 (16,4)	1.688 (16,4)*	2.047 (16,9)*	1.687 (14,5)	330 (15,1)

Fonte: SEA/SIGRH (2017).

\* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Realizando-se associação entre a causa do afastamento, segundo o capítulo CID-10, com o sexo do servidor, conforme a tabela 5, encontrou-se significância

estatística do sexo com as causas da doença ( $p < 0,001$ ). Os servidores do sexo feminino estiveram associados às seguintes doenças: sistema nervoso, sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, aparelho geniturinário, gravidez, parto e puerpério e fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Com o sexo masculino houve associação significativa com as seguintes doenças: infecciosas e parasitárias, neoplasias endócrinas, nutricionais e metabólicas, transtornos mentais e comportamentais, olho e anexos, aparelho circulatório, aparelho digestivo, lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externa se causas externas de morbidade e de mortalidade.

Tabela 5 – Associação da causa do afastamento com o sexo dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016.

Capítulo CID-10	Sexo Feminino	Sexo Masculino
	n (%)	n (%)
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	366 (1,2)	202 (2,7)*
II - Neoplasias [tumores]	696 (2,3)	205 (2,7)*
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	51 (0,2)	14 (0,2)
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	151 (0,5)	56 (0,7)*
V - Transtornos mentais e comportamentais	7.380 (24,0)	1.907 (25,3)*
VI - Doenças do sistema nervoso	558 (1,8)*	111 (1,5)
VII - Doenças do olho e anexos	678 (2,2)	198 (2,6)*
VIII - Doença do ouvido e da apófise mastoide	155 (0,5)	29 (0,4)
IX - Doenças do aparelho circulatório	969 (3,1)	560 (7,4)*
X - Doenças do aparelho respiratório	925 (3,0)	195 (2,6)
XI - Doenças do aparelho digestivo	424 (1,4)	154 (2,0)*
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	230 (0,7)	56 (0,7)
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8.544 (27,8)*	1.614 (21,4)
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	543 (1,8)*	94 (1,2)
XV - Gravidez, parto e puerpério	802 (2,6)*	1 (0,0)
XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal	6 (0,0)	0 (0,0)
XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	31 (0,1)	3 (0,0)
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	512 (1,7)	109 (1,4)
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	2.707 (8,8)	1.003 (13,3)*
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	23 (0,1)	18 (0,2)*
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	5.038 (16,4)*	1.010 (13,4)

Fonte: SEA/SIGRH (2017).

\* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Na tabela 6 buscou-se associar o tempo de afastamento com as causas conforme o capítulo CID-10. Houve associação estatisticamente significativa do tempo

de afastamento com as causas da doença ( $p < 0,001$ ). Os servidores com menos de 15 dias de afastamento estiveram associados às seguintes doenças: infecciosas e parasitárias, olho e anexos, ouvido e da apófise mastoide, aparelho respiratório, aparelho digestivo, pele e tecido subcutâneo, sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, aparelho geniturinário, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas e causas externas de morbidade e de mortalidade.

Os servidores com tempo de afastamento entre 15 e 30 dias se associaram significativamente com as seguintes CIDs: transtornos mentais e comportamentais e fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Servidores com tempo de afastamento entre 31 e 60 dias estiveram significativamente associados com a presença de transtornos mentais e comportamentais.

Por fim, servidores com mais de 60 dias de afastamento apresentaram significativamente maior probabilidade das seguintes doenças: neoplasias, transtornos mentais e comportamentais, sistema nervoso, aparelho circulatório, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e causas externas de morbidade e de mortalidade.

Tabela 6 – Associação da causa do afastamento com o tempo de afastamento dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016.

(continua)

Capítulo CID-10	<15 dias	15 – 30 dias	31 – 60 dias	Mais de 60 dias
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	355 (2,3)*	88 (0,9)	50 (0,6)	75 (1,7)
II - Neoplasias [tumores]	157 (1,0)	162 (1,6)	192 (2,3)	390 (8,7)*
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	31 (0,2)	16 (0,2)	13 (0,2)	5 (0,1)
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	72 (0,5)	61 (0,6)	50 (0,6)	24 (0,5)
V - Transtornos mentais e comportamentais	2.060 (13,5)	2.852 (28,4)*	3.155 (37,0)*	1.219 (27,3)*
VI - Doenças do sistema nervoso	232 (1,5)	161 (1,6)	143 (1,7)	133 (3,0)*
VII - Doenças do olho e anexos	715 (4,7)*	56 (0,6)	44 (0,5)	61 (1,4)
VIII - Doença do ouvido e da apófise mastoide	142 (0,9)*	30 (0,3)	9 (0,1)	3 (0,1)
IX - Doenças do aparelho circulatório	528 (3,5)	409 (4,1)	295 (3,5)	297 (6,7)*
X - Doenças do aparelho respiratório	976 (6,4)*	108 (1,1)	30 (0,4)	6 (0,1)
XI - Doenças do aparelho digestivo	340 (2,2)*	151 (1,5)	65 (0,8)	22 (0,5)

Tabela 6 – Associação da causa do afastamento com o tempo de afastamento dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2010 a 2016.

Capítulo CID-10	(conclusão)			
	<15 dias n (%)	15 – 30 dias n (%)	31 – 60 dias n (%)	Mais de 60 dias n (%)
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	212 (1,4)*	49 (0,5)	16 (0,2)	9 (0,2)
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4.157 (27,2)*	2.484 (24,7)	2.320 (27,2)	1.197 (26,8)
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	431 (2,8)*	109 (1,1)	52 (0,6)	45 (1,0)
XV - Gravidez, parto e puerpério	496 (3,2)*	203 (2,0)	89 (1,0)	15 (0,3)
XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal	4 (0,0)	2 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	7 (0,0)	9 (0,1)	10 (0,1)	8 (0,2)*
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	491 (3,2)*	85 (0,8)	23 (0,3)	22 (0,5)
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	1.597 (10,4)*	994 (9,9)	796 (9,3)	323 (7,2)
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	23 (0,2)*	4 (0,0)	5 (0,1)	9 (0,2)*
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	2.260 (14,8)	2.022 (20,1)*	1.170 (13,7)	596 (13,4)

Fonte: SEA/SIGRH (2017).

\* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Buscou-se ainda, associar a variável vínculo empregatício, considerando os seis primeiros mais frequentes do servidor, que retrata a sua atividade laboral, com os três principais CID's em que houve maior frequência de afastamentos, visando estabelecer uma correlação entre o adoecimento e o trabalho, conforme a tabela 7.

Tabela 7 – Associação entre vínculo empregatício dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina e os Capítulos CID-10.

Vínculo empregatício	(n) Cap. V	(n) Cap. XIII	(n) Cap. XXI	Total
Técnico em enfermagem	2705 (34,5%)	3257 (41,5%)	1881 (24,0%)*	7843
Auxiliar de enfermagem	1351 (35,6%)	1692 (44,5%)*	757 (19,9%)	3800
Agente de serviços gerais	1106 (34,3%)	1495 (46,4%)*	622 (19,3%)	3223
Técnico em atividades administrativas	859 (49,7%)*	455 (26,3%)	416 (24,0%)	1730
Enfermeiro	579 (34,9%)	591 (35,6%)	491 (29,6%)*	1661
Aux. serviços hospitalares e assistências	478 (37,4%)	522 (40,9%)	277 (21,7%)	1277

Fonte: SEA/SIGRH (2017).

\* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados 5% de significância

Houve associação estatisticamente significativa entre o vínculo empregatício e os capítulos da CID-10 ( $p < 0,001$ ), sendo que o capítulo V foi mais frequente nos técnicos em atividades administrativas, o capítulo XIII foi mais frequente nos auxiliares de enfermagem e agentes de serviços gerais e o capítulo XXI foi mais frequente nos técnicos de enfermagem e enfermeiros.

O mesmo critério de vínculo também pode ser expressado no tempo, conforme a Tabela 8.

Tabela 8 - Comparação entre as incidências dos vínculos empregatícios dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina.

Anos	Técnico de enfermagem	Auxiliares de enfermagem	Agentes de serviços gerais	Técnico em atividades administrativas	Enfermeiros	Auxiliares de serviços hospitalares e assistenciais	p
2010	8,0	9,5	11,9*	7,4	8,1	14,8*	<0,001
2011	8,0	9,2	9,6	7,9	9,1	12,1*	0,039
2012	8,3	11,5*	8,2	7,0	7,8	13,7*	<0,001
2013	9,2	10,0	9,8	7,8	8,2	11,7	0,111
2014	13,3*	13,0	12,4	7,9	8,1	9,5	<0,001
2015	16,4*	13,3	12,2	9,6	11,2	11,7	<0,001
2016	23,9*	22,2*	16,5	13,2	13,0	15,7	<0,001

Fonte: SEA/SIGRH (2017).

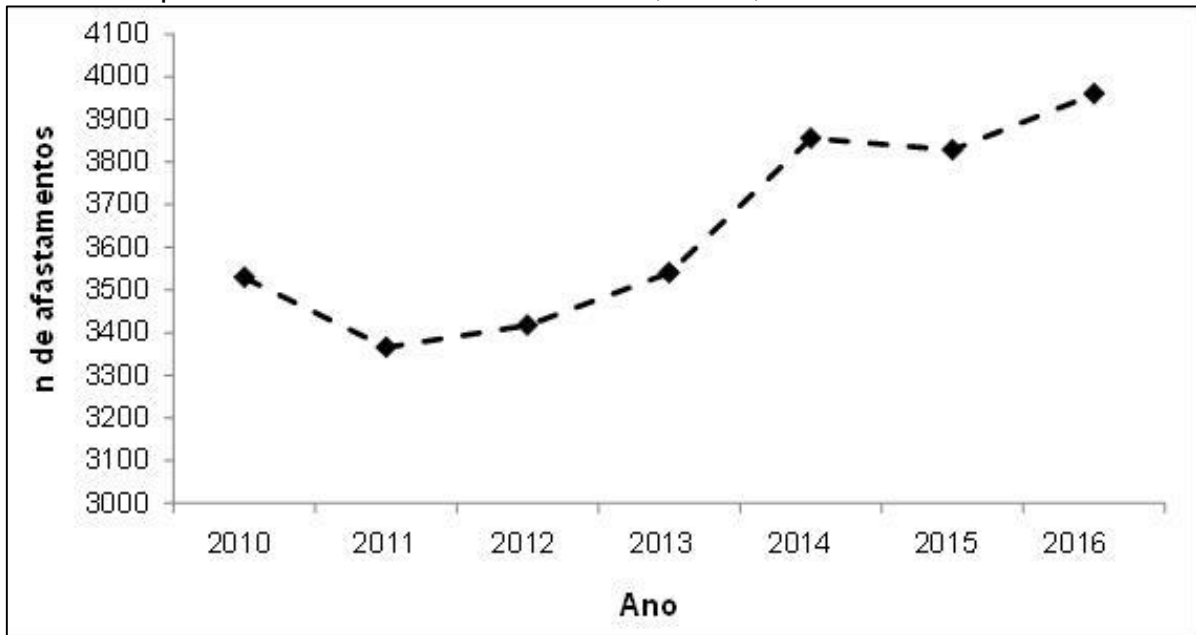
\* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Comparando os vínculos empregatícios, as que mais sofreram afastamento em 2010 foram agentes de serviços gerais e auxiliares de serviços hospitalares e assistenciais. Em 2011 a maior incidência foi nos auxiliares de serviços hospitalares e assistenciais. Em 2012 as profissões com mais afastamentos foram auxiliares de enfermagem e auxiliares de serviços hospitalares e assistenciais. Em 2013 não houve diferença estatisticamente significativa entre os vínculos quanto aos afastamentos. Em 2014, 2015 e 2016 as maiores incidências foram com os técnicos de enfermagem e neste último ano também nos auxiliares de enfermagem.

A análise temporal dos afastamentos pode ser observada no gráfico a seguir, que dispõe do comportamento da quantidade de afastamentos no período de tempo de 2010 a 2016.



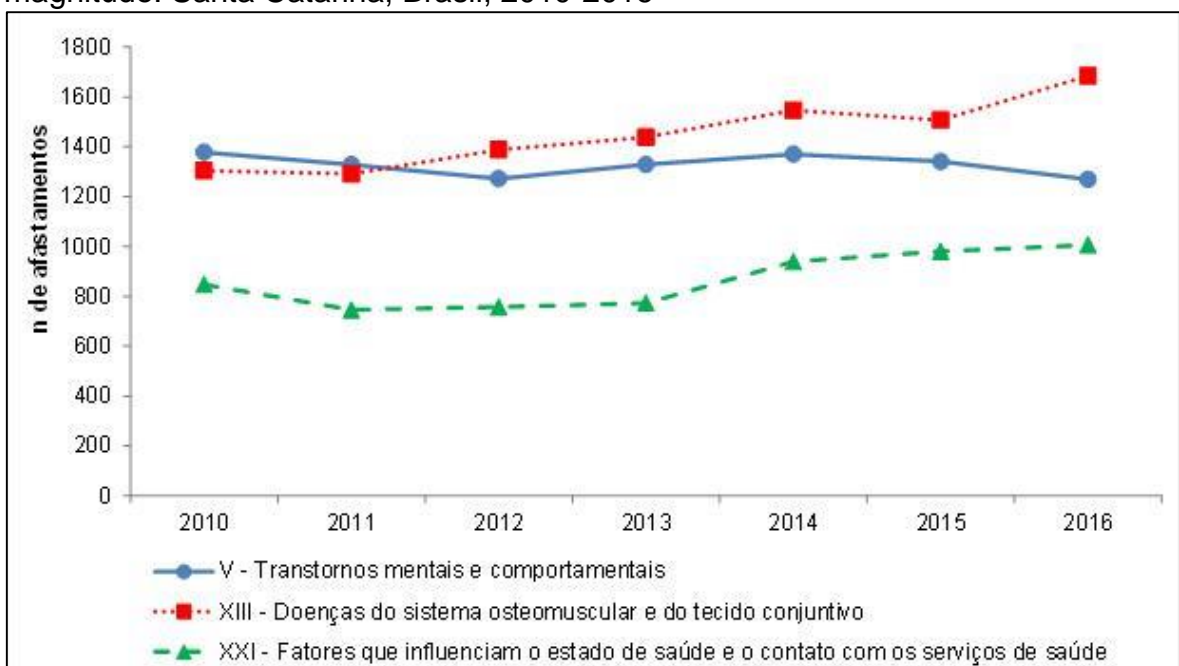
Gráfico 1 - Número de afastamentos (n) do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos estaduais. Santa Catarina, Brasil, 2010-2016



Fonte: SEA/SIGRH (2017).

Ainda analisando a evolução da taxa de afastamento no tempo, foi possível expressar o comportamento da quantidade de afastamentos relativas aos três principais capítulos CID's que mais obtiveram casos.

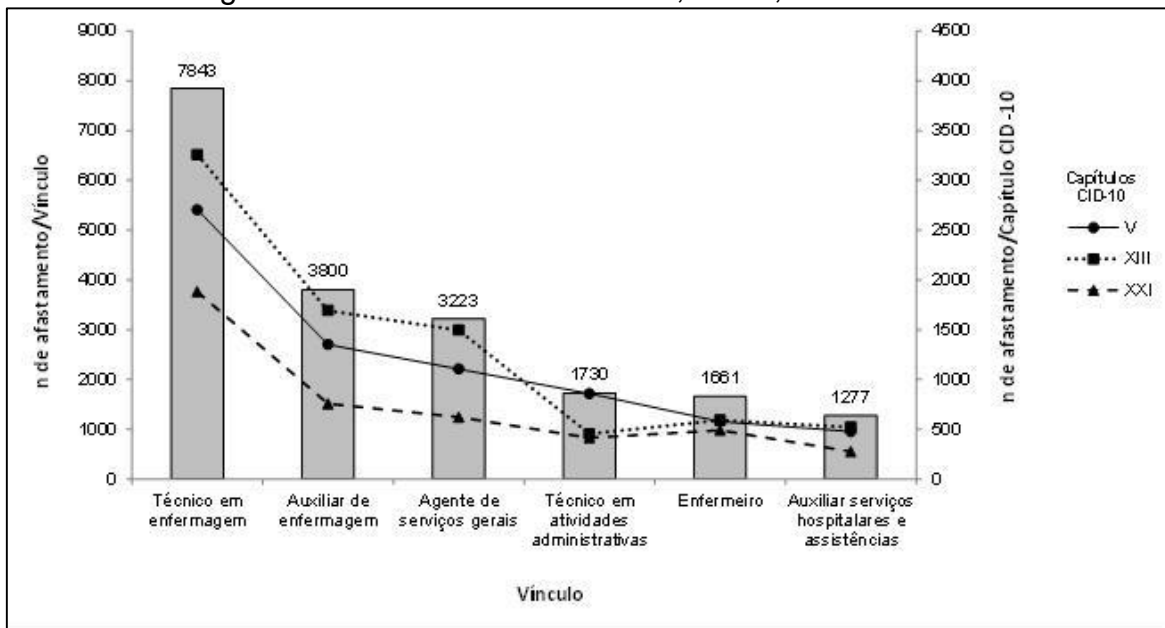
Gráfico 2 - Número de afastamentos (n) do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos estaduais, segundo três principais capítulos da CID-10 em magnitude. Santa Catarina, Brasil, 2010-2016



Fonte: SEA/SIGRH (2017).

No gráfico a seguir é possível observar como se apresentou o número de afastamentos nos seis principais vínculos já citados e conforme os três principais capítulos CID's recorrentes.

Gráfico 3 - Número de afastamentos (n) do trabalho, segundo três principais capítulos da CID-10 e segundo o vínculo. Santa Catarina, Brasil, 2010-2016



Fonte: SEA/SIGRH (2017).

Considerando os denominadores, ou seja, os totais de servidores lotados na Secretaria do Estado da Saúde, foi possível expressar a representatividade da quantidade de afastamentos apresentados neste trabalho, conforme segue na Tabela 9.

Tabela 9 - Incidência de afastamentos na população de servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina ao longo do tempo.

Anos	Números de servidores afastados	Total da população	Incidência/100 trabalhadores
2010	929	9846	9,4
2011	849	9836	8,6
2012	875	9525	9,2
2013	962	10162	9,5
2014	1143	10308	11,1
2015	1280	10318	12,4
2016	1699	9840	17,3

Fonte: SEA/SIGRH (2017).

As mulheres apresentam uma incidência significativamente maior de afastamentos quando comparados aos homens em todos os anos. Também é possível observar um aumento da incidência de afastamento em ambos os sexos em 2016, conforme segue na Tabela 10.

Tabela 10 - Incidência de afastamentos dos servidores públicos da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina, por sexo ao longo do tempo.

Anos	Sexo Feminino			Sexo masculino			P
	Números de servidores do sexo fem. afastados	Total da população	Incidência/100 trabalhadores	Números de servidores do sexo masc. afastados	Total da população	Incidência/100 trabalhadores	
2010	700	6607	10,6	229	3239	7,1	<0,001
2011	595	6538	9,1	254	3298	7,7	0,022
2012	634	6336	10,0	241	3189	7,6	<0,001
2013	719	6893	10,4	243	3269	7,4	<0,001
2014	861	7107	12,1	282	3201	8,8	<0,001
2015	1029	7199	14,3	251	3119	8,0	<0,001
2016	1361	6889	19,8	338	2951	11,5	<0,001

Fonte: SEA/SIGRH (2017).

## 6. DISCUSSÃO

A vantagem na metodologia deste estudo foi que os dados foram retirados de um banco oficial do Estado, que possui informações fidedignas com o quantitativo de afastamento por Licença para tratamento de saúde. O levantamento feito por Reinhardt e Fischer (2009) que busca identificar na literatura barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil, coloca que dentre as situações desfavoráveis encontradas para tais estudos, destaca-se:

[...] programas de intervenção sem boa base teórica e não integrados à gestão do serviço como um todo; falhas em avaliar a eficácia das intervenções; vigilância da saúde restrita a doenças e agravos específicos; falta de compromisso da gestão com as intervenções; falhas na comunicação; falta de participação e controle por parte dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho; e programas e intervenções baseados exclusivamente na mudança comportamental dos trabalhadores (REINHARDT; FISCHER, 2009, p. 411).

Diante dos impactos causados pelas mudanças de valores no mundo moderno e globalizado e do processo de reestruturação produtiva, iniciado nos anos 1990, o perfil do trabalho e dos trabalhadores modificou-se para se adaptar às inovações tecnológicas e aos novos modelos gerenciais de qualidade estabelecidos. Juntamente a isso houve a intensificação do ritmo do trabalho, das responsabilidades e da complexidade das tarefas, trazendo também mudanças nas determinantes do processo saúde-doença (ANDRADE; CARDOSO, 2012; MARQUES et al., 2015).

O estudo nos revela que entre os anos de 2013, 2014 e 2015, obteve-se um aumento no número de servidores, também se apresentou um aumento no número de afastamentos, exceto pelo ano de 2016 que apresentou uma diminuição de servidores totais, não diminuindo os afastamentos concomitantemente a isso. A análise temporal deste estudo nos mostra um crescente, portanto, na quantidade de afastamentos dos servidores públicos da SES.

Diferentemente do estudo de Cunha (2007), aonde as taxas de afastamento no período estudado apresentaram tendência de decréscimo com significância estatística, e a pesquisadora apresentou a hipótese de que as perdas financeiras para os servidores da SES foram mais representativas, o que pode ter repercutido na maior redução das taxas de afastamento nesse órgão e ter influenciado na decisão dos servidores continuarem trabalhando mesmo doentes.

Além disso, o serviço pericial pode ter adotado mais rigor na avaliação das licenças no decorrer dos anos estudados, bem como, priorizado a concessão de outros benefícios previstos na legislação do serviço público que tenham favorecido o retorno ao trabalho, tais como readaptação e remoção por motivo de saúde (CUNHA, 2007). Diferente de Cunha que observou o período de 1995 a 2005, o período estudado neste levantamento apresentou-se em uma crescente durante os sete anos aplicados, o que também pode ser compreendido no gráfico 1.

Tratar das características sóciodemográficas dos servidores públicos ausentes por motivo de doença nos remete a refletir sobre o perfil epidemiológico destes trabalhadores, que está atualmente inserido em profundas mudanças sociais e econômicas que atingiram o mundo no último quarto do século XX. As novas tecnologias envolvidas nesse processo geram mudanças nas características das ocupações e exigem novas habilidades dos trabalhadores. A globalização trouxe a segmentação das cadeias produtivas, contribuindo também para alterar as características do trabalho e do emprego, fatos com nítidas repercussões para a saúde dos trabalhadores. Nesse cenário, o perfil das doenças relacionadas ao trabalho sofre modificações constantes (WÜNSCH FILHO, 2004).

Estudos mostram a maior prevalência do adoecimento de servidores públicos do sexo feminino, casados, e da faixa etária dos 40 a 49 anos (ANDRADE et al., 2008; CUNHA, 2007; SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2008; SALA et al., 2009; RIBEIRO, 2010, LEÃO, 2012; MARQUES et al., 2015). Esta maior prevalência feminina é influenciada por uma variedade de fatores biológicos, psicossociais e culturais, que vão desde alterações hormonais e maior vulnerabilidade física, múltiplos papéis, com interfaces trabalho-família, segregação e desigualdade no ramo de atividade profissional, em geral com maior ocupação no setor saúde, educação e limpeza, caracterizado por altas exigências emocionais, baixos salários, falta de autonomia, apoio e perspectiva na carreira, culminando com insatisfação no trabalho e aumentando assim, o risco de afastamento entre as mulheres.

O envelhecimento dos servidores públicos, que se relaciona com o maior tempo de exposição aos riscos ocupacionais parece aumentar a chance de adoecimento (BEKKER; VAN RIJSWIJK; RUTTE, 2009; RIBEIRO, 2010; LEÃO, 2012). Este dado pode ser relevante, apesar da tabela 10, que compara o número de afastamento com o denominador de servidores por gênero, revelar que a maior parte da população de servidores nestes anos sempre foi feminina, muitas vezes em

quantidade dobrada em relação aos homens, o que pode explicar o elevado número de afastamentos em mulheres neste período e nesta população de estudo.

Barham e Begum (2005) e Fischer (1986) relacionam ainda a prevalência maior entre as pessoas casadas, com a presença de dependentes menores. O Estudo de Silva, Pinheiro e Sakurai (2008) que buscou analisar o absenteísmo entre servidores estaduais de um banco em Minas Gerais, também obteve o mesmo resultado, com predominância entre casados.

Os profissionais com nível de formação profissionalizante na área da saúde, possivelmente estão expostos a maior carga de tensão e sofrimento emocional com alto risco de adoecimento físico e mental em virtude da própria natureza de suas atividades, que em geral está diretamente ligada à prestação de serviços à população, deixando o servidor mais exposto a altos níveis de estresse (RIBEIRO, 2010b). Inclusive pressões psicológicas inerentes ao próprio ambiente de trabalho aumentam o risco de sofrer desordens mentais e distúrbios osteomusculares (MAGALHÃES, 2011; SALA et al., 2009).

Analisando o nível de instrução com enfoque também em outras variáveis como vínculo e renda, revelam que de modo geral quem tem menor escolaridade consegue emprego em atividades mais desgastantes fisicamente e possuem menor remuneração e, assim, apresentam condições mais precárias de cuidados com a saúde, com maior risco de adoecimento (GUIMARÃES, 2005; ALVES, 2006; RIBEIRO, 2010).

Somado a isso, Alves, Godoy e Santana (2006) descrevem que quanto mais baixo o nível hierárquico ocupado pelos trabalhadores, maior a probabilidade de afastamentos por motivo de doença. Este fato talvez se explique pela natureza do trabalho desenvolvido, tarefas que exigem maior esforço físico, atividades repetitivas e monótonas e ainda contato muito próximo com o sofrimento.

Nesse estudo, os servidores com nível profissionalizante geraram um maior número de afastamentos, o que se assemelha com uma pesquisa conduzida com servidores de um banco estatal em Minas Gerais (SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2008). Por isso, ter maior grau de escolaridade, porém atuar em funções que exijam menor instrução pode ser um fator de sofrimento e insatisfação no trabalho, o que aumenta o risco de absenteísmo (LEÃO, 2012).

Dentre os profissionais que mais se afastam, estão aqueles com vínculo de Técnico de Enfermagem, o que pode estar intimamente vinculado, pois estes

geralmente, desenvolvem atividades mais elementares ou mais desgastantes fisicamente (GUIMARÃES, 2005; ALVES, 2006; RIBEIRO, 2010). A relação existente entre baixa escolaridade, baixos salários e adoecimento se deve possivelmente a uma série de fatores que vão desde a desigualdade ao acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, aos hábitos de vida saudáveis, até a menor condição financeira para o tratamento precoce das disfunções (BLIKSVAR; HELLIESEN, 1997; MARMOT; BRUNNER, 2004, LEÃO, 2012). Os estudos também revelam que ocupantes de cargos de nível auxiliar ou operacional apresentaram maior proporção de afastamentos, pois, em sua maioria, estão sujeitos a ambientes e condições de trabalho mais insalubres (BELLUSCI, 1999; CUNHA, 2007; RIBEIRO, 2010 LEÃO, 2012).

A Tabela 2 nos mostra que a maioria dos afastamentos perduraram ao menos 15 dias (39,9%) ou ainda de 15 a 30 dias (26,2%) totalizando mais da metade de todos os afastamentos. Este dado se assemelha a outros trabalhos já realizados (CUNHA, 2007; CARDOZO, 2014; LEÃO, 2012).

No presente estudo, trabalhadores com mais de 20 anos de trabalho se afastaram mais em relação aos outros. Vahtera, Kivimäki e Pentti (2001) também verificaram que idades mais avançadas aumentavam o risco do absenteísmo geral e, por outro lado, diminuía a prevalência das licenças de um dia. O trabalho de Andrade et al. (2008) verificou a predominância de trabalhadores com menos tempo de serviço, até 5 anos, com maior taxa de absenteísmo.

Dentre a classificação CID-10 observou-se a predominância de afastamentos nos Capítulos XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo (26,5%), Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais (24,2%) e em terceiro lugar o Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (15,8%), totalizando nestes três primeiros 66,5% de todos os afastamentos. Por isso, esta discussão irá se ater a estes principais fenômenos. A expressão deste resultado pode ser compreendida na tabela 3 bem como a análise temporal no gráfico 2.

Verificou-se em primeiro lugar a maior prevalência de afastamentos neste período, por doenças classificadas no Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (26,5%), dado este que já vem sendo encontrado em outros trabalhos (ALVES et al., 2006; SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2008; SALA et al., 2009; RIBEIRO, 2010; BARCELOS, 2010; CARDOZO, 2014).

Indulski e Szubert (1997) verificaram que as doenças osteomusculares estiveram presentes em um terço dos casos de absenteísmo, sendo consideradas o maior problema de saúde dos trabalhadores da Polônia, corroborando os resultados do levantamento anual de doenças ocupacionais realizado nos Estados Unidos (COURTNEY; WEBSTER, 2001).

No presente estudo, encontrou-se significância estatística do gênero com as causas da doença ( $p < 0,001$ ), para mulheres que adoecem por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas com populações de trabalhadores da saúde (CUNHA, 2007; RIBEIRO, 2010b; LEÃO, 2012;). Para Costa, Vieira e Sena (2009), as doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo estiveram mais presentes entre os homens como principal causa de afastamento entre trabalhadores da saúde pois encontrou-se 23,5% de prevalência entre as mulheres e 28,6% entre os homens.

Os afastamentos por consequência de transtornos mentais e comportamentais têm estado presentes também em diversas literaturas, como principal causa de afastamento ou em alguns como segunda principal causa (SANTOS, 2005; CUNHA, 2007; SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2008; SALA et al., 2009; LEÃO, 2012; CARDOZO, 2014).

Cunha (2007) coloca que o perfil epidemiológico dos trabalhadores brasileiros tem apresentado modificações ao longo dos tempos, com a predominância das lesões por esforços repetitivos (LER/DORT) e o indicativo de que as doenças mentais assumirão maior relevância nas próximas décadas (Vingard et al., 2005). Nota-se que a diferença da presença de afastamentos entre as duas principais causas neste estudo, foram pequenas. Enquanto haviam 10.158 afastamentos decorrentes de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (26,5%), obtivemos 9.287 afastamentos por doenças mentais e comportamentais (24,2%).

Diagnósticos semelhantes aos encontrados neste estudo foram observados também em diversas pesquisas realizadas em hospitais e serviços de saúde públicos e, embora seja clara a diferença entre as populações estudadas, vale ressaltar a importante presença dos afastamentos por doenças osteomusculares e transtornos mentais e comportamentais entre profissionais de saúde (MUROFUSE; MARZIALE, 2005; GUIMARÃES, 2005; ALVES, 2006; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; SANCINETTI et al., 2009; MARTINATO et al., 2010; LIMA, 2011; MAGALHÃES, 2011, LEÃO, 2012; MARQUES et al., 2015).



Outras pesquisas observam em torno de 30% de afastamentos por transtornos mentais e comportamentais entre servidores públicos. Esses dados têm se mostrado importantes indicadores para uso da área da saúde pública, reforçando a importância de estudos epidemiológicos para verificar esta estatística, inclusive na população em geral e em determinadas categorias profissionais, os quais favorecerão a caracterização donexo causal entre agravos à saúde e trabalho (CRUZ; MACIEL, 2005; ROELEN et al., 2010; TREVISAN, 2016).

Se considerarmos a questão do estresse ocupacional (ou síndrome de *Burnout*), que incide particularmente entre os trabalhadores da saúde, é possível considerar que parte desses motivos de licença para tratamento de saúde, não seja imediatamente desgaste físico, mas desgaste psíquico com variadas manifestações nas esferas psíquica e somática (PEREIRA, 2002; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; SALA et al., 2009;).

Se este fato nos remete imediatamente as questões relacional e intersubjetiva presentes no trabalho, os perfis de diagnósticos permitem considerar a questão do desgaste no processo de trabalho. Não se trata simplesmente de apontar ambientes ou tarefas de risco, prevenção e proteção ao trabalhador, mas de compreender a dinâmica do viver e trabalhar em uma perspectiva histórica do adoecimento no trabalho (SALA et al., 2009). Para além do olhar da chamada saúde ocupacional, é necessário levar em consideração não só a organização e divisão do trabalho e a relação com a subjetividade dos coletivos de trabalhadores, mas também os arranjos particulares que assumem em cada situação do dia-a-dia do trabalho (SALA et al., 2009; LACAZ, 2007).

Foi possível relacionar os trabalhadores com vínculos empregatícios que mais tiveram afastamentos neste período (2010 - 2016), com os três principais CID's mais frequentemente encontrados nesta pesquisa (Capítulos XXI, V e XXI). A partir desta análise é possível estreitar a relação entre o afastamento e uma possível causa relacionada ao trabalho deste servidor. Observou-se a maior presença de profissionais que atuam na área hospitalar e de enfermagem, ou ainda área administrativa e de serviços gerais, entre eles: técnicos em enfermagem (7843 afastamentos), auxiliar de enfermagem (3800 afastamentos), agente de serviços gerais (3223 afastamentos), técnico em atividades administrativas (1730 afastamentos), enfermeiro (1661 afastamentos), auxiliar de serviços hospitalares e assistenciais (1277 afastamentos). Totalizando um quantitativo de afastamentos

nestas áreas, somente por estes três principais CID's, um número de 19.534 o que corresponde a 51,0% de toda a amostra.

Sala et al. (2009) destaca que levando em consideração os diferentes padrões de absenteísmo observados entre os subgrupos de trabalhadores categorizados segundo o local de trabalho e a função, os funcionários operacionais e assistenciais em hospitais aparecem como os mais vulneráveis a agravos à saúde incapacitantes para o trabalho. Os autores ainda pontuam que os maiores percentuais de absenteísmo nesses dois grupos apontam claramente para as já conhecidas relações entre trabalho e adoecimento.

Outras pesquisas também apontam para vários aspectos relacionados ao trabalho na área hospitalar e da saúde capazes de causar o adoecimento dos trabalhadores, tais como conflitos interpessoais, dupla jornada de trabalho, condições laborativas inadequadas, exposição a fatores de risco e altas demandas físicas e psíquicas (SILVA, 2000; ISOSAKI, 2003; BARHAM; BEGUM, 2005; CUNHA, 2007); bem como verificaram a maior incidência das causas de afastamentos destes profissionais da enfermagem com patologias do sistema osteomuscular e mentais (REIS et al., 2003; ALVES et al., 2006; MAGALHÃES et al., 2013; COSTA et al., 2014; MARQUES et al., 2015).

No contexto hospitalar, os profissionais de enfermagem merecem destaque, pois constituem o maior contingente de trabalhadores nesta área. O trabalho da equipe de enfermagem é considerado fatigante e tenso, em decorrência do contato com o sofrimento e com a morte, das jornadas de plantão, da aceleração dos ritmos de trabalho, da polivalência do profissional e do esforço musculoesquelético para a realização do cuidado, entre outros (MAGNANO et al., 2010; MARQUES et al., 2015).

A área hospitalar é a forma mais tradicional que emprega enfermeiros e técnicos em enfermagem e traz consigo algumas especificidades, como o maior compartilhamento de atividades com outros profissionais, a centralidade do trabalho voltada ao relacionamento interpessoal entre os profissionais e usuários, além de reunir diversas atividades programadas e normatizadas, realizadas sob a base de cooperação em um cenário dinâmico e instável (APPOLINÁRIO, 2008; COSTA et al., 2014).

Os profissionais da enfermagem podem ser considerados também o conjunto de trabalhadores que mais sofre com as escassas condições de trabalho, o que torna o absenteísmo no trabalho um problema relevante, que pode comprometer a

qualidade da assistência prestada aos pacientes (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; COSTA et al., 2014).

A forte ocorrência de afastamentos do trabalho entre os profissionais de nível médio tem sido encontrada por vários autores (FUGULIN et al., 2003; ROGENSKI, 2006; SANCINETTI et al., 2009) e relacionada por alguns com a posição hierárquica ocupada ou responsabilidade que o cargo exige e com a natureza do trabalho desenvolvido, como por exemplo, tarefas que exigem maior esforço físico, execução de atividades repetitivas e monótonas (INOUE et al., 2008; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; SANCINETTI, 2011).

A forma como o processo de trabalho é desenvolvida pelos profissionais da enfermagem determina muitas vezes a sua exposição a diferentes cargas, especialmente psíquicas e fisiológicas, que são causadoras de desgaste físico e mental, ocasionando, muitas vezes, o afastamento dos trabalhadores por decorrência do aparecimento de alguma doença (SANCINETTI et al., 2011).

Enquanto o enfermeiro é o responsável pelos trabalhadores da equipe de enfermagem, podendo tornar a sua presença mais constante e atuar em condições de saúde diminuídas (INOUE et al., 2008; COSTA et al., 2014), os auxiliares e técnicos em enfermagem, prestam o cuidado direto, executando atividades de natureza repetitiva, com maior exigência física na execução do cuidado, assumindo o trabalho manual “pesado”, menos valorizado social e financeiramente, o que pode exacerbar as causas do adoecimento relacionado ao trabalho (CARVALHO et al., 2010; UMANN et al., 2011; COSTA et al., 2014).

Sancinetti et al. (2009) destaca que a maior ocorrência de absenteísmo entre técnicos e auxiliares de enfermagem pode estar relacionada a menor remuneração, menor exigência de preparo técnico-científico e a maior necessidade de esforço físico na execução do cuidado ao paciente.

Corroborando com este estudo, Marques et al. (2015) verificou que as principais doenças motivadoras de afastamento dos trabalhadores da equipe de enfermagem também foram as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo com 19,70% dos afastamentos, seguidas por transtornos mentais e comportamentais, com 18,04% dos afastamentos.

O estudo de Hohenreuther et al. (2017) também encontrou relação significativa com o absenteísmo por causas osteomusculares em profissionais dos serviços gerais, que apresentaram dor musculoesquelética. A rotina laboral destes

trabalhadores é favorável ao aparecimento da dor, já que desenvolvem atividades que demandam grande esforço físico, como varrer e limpar.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O afastamento do trabalho por motivo de doença, é um fenômeno que tem se apresentado crescente e preocupante dentro das Instituições Públicas. Não é por acaso que Diretorias de Saúde do Trabalhador e Gerencias de controle de Benefícios são criadas de modo a mensurar e articular as causas e consequências do absenteísmo do servidor público.

Muito se fala dos prejuízos causados pelo absenteísmo, mas pouco se considera discutir quais as reais causas destes acontecimentos e se de fato podem estar vinculadas a causas do trabalho, ou seja, a preocupação com os custos gerados pelo absenteísmo-doença, por vezes, supera a significação do processo adoecimento-afastamento do trabalho (CARNEIRO, 2006).

O estudo confirmou as estatísticas nacionais e internacionais sobre a prevalência feminina de absenteísmo-doença, mas também evidenciou a forte presença da mulher no funcionalismo público. Bem como as estatísticas crescentes de adoecimento por causas osteomusculares que também é comprovada por diversos estudos na área, além da massiva presença de afastamentos por transtornos mentais e comportamentais o que corrobora com a concepção de saúde mental e de trabalho como indissociáveis na conjuntura produtiva atual, incluindo o serviço público.

O conhecimento adquirido por este estudo possibilitará a proposição e implementação de estratégias gerenciais que proporcionem a revisão do processo laboral do servidor público e a reformulação da política de recursos humanos, visando o incremento de investimentos na saúde e na qualidade de vida dos profissionais da Secretaria da Saúde.

Frente ao exposto, acredita-se que este estudo, além de fornecer subsídios para o processo de tomada de decisão em relação ao gerenciamento de recursos humanos, permitirá a realização de comparações com as taxas de absenteísmo em outros estudos semelhantes favorecendo o estabelecimento de padrões aceitáveis relacionados ao indicador absenteísmos.

Os resultados trazem indicadores de fragilidades no funcionalismo público de Santa Catarina, especialmente do setor saúde, que possibilitará aos gestores estabelecer estratégias de combate as causas envolvidas no absenteísmo e, conseqüentemente, a sua redução.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Giovanni. **Dimensões da precarização do trabalho**: ensaios de sociologia do trabalho. Bauru: Canal 6 Projetos Editoriais, 2013. 240 p.
- ALVES, Marília.; GODOY, Solange Cervinho Bicalho.; SANTANA, Daniela Moreira. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200, abr. 2006.
- ANDRADE, Patrícia Santos de.; CARDOSO, Telma Abdalla de Oliveira. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 129-140, 2012.
- ANDRADE, Tania Bof de et al. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 166-171, out./dez. 2008.
- ANTUNES, Ricardo. Algumas teses (e ideias) sobre os sentidos do trabalho. In: FERREIRA, Januário Justino.; PENIDO, Laís de Oliveira. (Coords.). **Saúde mental no trabalho**: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Goiânia: Cir Gráfica, 2013. p. 201-208. 676 p.
- APPOLINÁRIO, Renata Silveira. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 83-87, jan/mar, 2008.
- ARNETZ, Judith E. *Application and implementation of the hazard risk matrix to identify hospital workplaces at risk for violence*. **Am. J. Industr. Med.**, v. 57, n. 11, p. 1276-1284, 2014.
- BARBOSA-BRANCO, Anadergh.; ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, Paulo Rogério, MATEUS, Márcia. Epidemiologia das licenças do trabalho por doenças mentais **no Brasil**, 1999-2002. In: FERREIRA, Januário Justino.; PENIDO, Laís de Oliveira. (Coords.). **Saúde mental no trabalho**: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Goiânia: Cir Gráfica, 2013. p. 497-515. 676 p.
- BARCELOS, Stephanie. **Caracterização do perfil de absenteísmo-doença dos funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão/SC**. 2010. 48 f. Monografia (Especialização em fisioterapia traumato-ortopédica e Esportes) - Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, 2010.
- BARHAM, Catherine, BEGUM, Nasima. **Sickness absence from work in the UK. National Statistics feature** [serial online], jan. 2005.
- BEKKER, Marrie J.; VAN RIJSWIJK, Karen.; RUTTE, Christel G. *Sickness absence: a gender-focused review*. **Psychology, Health & Medicine**. v. 14, n. 4, p. 405-418, sep. 2009.

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

BERNSTORFF, Vitor Hugo; DAL ROSSO, Sadi. O absenteísmo ao trabalho como forma de resistência individual à intensificação do trabalho, à insatisfação profissional e ao estresse ocupacional. Encontro da ANPAD, 32. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2008.

BLIKSVAR, Trond.; HELLIESEN, Anne. Sickness absence: a study of 11 les countries. Working paper series n. 3, p. 1-34, jan. 1997.

BORTOLINI, Silvia Mônica et al. Absenteísmo no trabalho por doença no município de Água Doce, Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 57, n. 2, p. 122-126, abr.-jun. 2013.

BOWERS, Tony. **Teacher absenteeism and ill health retirement: a review**. *Cambridge Journal Education*, v. 31, n. 2, p. 135-157, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 6.042**, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6042.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6042.htm)>. Acesso em: 11 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 5.452**, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União. Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. **Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Diário Oficial da União. Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 142**, de 13 de novembro de 1997. Dispõe sobre o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar quando o quadro que levou a internação do paciente for compatível com causas externas. Diário Oficial da União. Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1339**, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de doenças relacionadas ao trabalho. Diário Oficial da União 1999.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.679**, de 19 de setembro de 2002. Diário Oficial da União. Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 777**, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. Brasília (DF).

\_\_\_\_\_. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. (Série A, Normas e Manuais Técnicos; n. 114).

\_\_\_\_\_. **Portaria MTE nº 485**, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Diário Oficial da União. Brasília (DF)

CANINI, Silvia Rita Marin da Silva et al. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 172-178, mar.abr./2002.

CARDOZO, Leandro da Silva. **Absenteísmo**: avaliação do impacto financeiro gerado por afastamentos na rede municipal de educação de Tubarão. 2014.

CARNEIRO, Sérgio Antonio Martins. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público**. 2006.

CARVALHO, Luciana Souza Freitas et al. Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 60-66, jan./mar., 2010.

CERIBELI, Harrison Bachion.; INÁCIO, Raoni de Oliveira., SILVA, Mara Cristina da. Uma análise do absenteísmo no setor público brasileiro. **Revista Acadêmica São Marcos – RASM**, Alvorada, ano 6, n. 2, p. 2-20, jul./dez. 2016.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 1986. 384 p. (Edição compacta).

COSTA, Fernanda Marques da.; VIEIRA, Maria Aparecida.; SENA, Roseni Rosângela de. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, jan./fev. 2009.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira et al. Absenteísmo de profissionais da enfermagem que trabalham na rede hospitalar: revisão integrativa da Literatura. **Revista espaço para a saúde**. Londrina, v. 15, n. 1, p. 06-13, jul./set. 2014.

COURTNEY, Theodore K.; WEBSTER, Barbara. Antecedent Factors and Disabling Occupational Morbidity-Insights from the New BLS Data. *Jornal AIHAJ - American Industrial Hygiene Association*, v. 62, p. 622-32, 2001.

CRISTOFOLINI, Antonio et al. *The prevalence of headache in a population of health care workers and the effects on productivity costs*. **La Medicina del Lavoro**. v. 99, n.



1, p. 8-15, 2008.

CUNHA, Jane Cleia Cardoso de Bittencourt. **Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005**. 119 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

CRUZ, Roberto Moraes., MACIEL, Saidy Karolin. Perícia de danos psicológicos em acidentes de trabalho. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, ano 5, n. 2, p. 120-129, 2º Sem. 2005.

DEJOY David. M.; WILSON Mark G. **Organizational health promotion: broadening the horizon of workplace health promotion**. Am J Health Promot. v. 17, n. 5, p. 337-341, 2003.

DEJOURS, Christophe.; ABDOUCHELI, Elisabeth.; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. São Paulo: Atlas, 2003.

ECHER Isabel Cristina et al. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 20, n. 2, p. 65-76, jul. 1999.

ERIKSSON, Hans-G. et al. Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. **BMC Public Health**, v. 8, n. 426, 2008.

*EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (EFILWC). Preventing absenteeism at the work place - European Research Report. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1997.*

FANTAZIA, Miriam Malacize. **Perfil do adoecimento dos trabalhadores de campus universitário do interior paulista**: análise dos dados de absenteísmo por motivo de doença. 2015. 72 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro et al. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das Unidades de Internação do HU-USP. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 4, p. 109-117, 2003.

GARCIA PRIMO, Geraldo Majela.; PINHEIRO, Tarcísio Márcio M.; SAKURAI, Emília. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitário. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 47-58, 2010.

GIOMO, Denise Bergamaschi et al. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Rev. enferm.**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 24-29, jan./mar. 2009.

GOLDBERG, Marcel et al. *Socioeconomic, demographic, occupational, and health factors associated with participation in a long-term epidemiologic survey: a prospective study of the french GAZEL cohort and its target population*. *American Journal of Epidemiology*, v. 154, n. 4, p. 373-384, sep. 2001

GOMEZ, Carlos Minayo.; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

GOMEZ, Carlos MINAYO.; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.

GRECO, Dirceu Bartolomeu.; CASTRO, Mozar.; TUPINAMBÁS, Unai. O caso da AIDS: epidemia da doença, epidemia do medo e seus subprodutos. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P. et al. (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 636-672.

GUIMARÃES, Rosiara de Souza Oliveira. **O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar**. 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro, 2005.

HALBESLEBEN, Jonathon R. B.; WHITMAN, Marilyn V.; CRAWFORD, Wayne S. *A dialectical theory of the decision to go to work: bringing together absenteeism and presenteeism*. **Human Resource Management Review**, v. 24, n. 2, p. 177-192, 2014.

HOHENREUTHER, Raquel et al. Serviço hospitalar de limpeza e absenteísmo: doença no trabalho. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**. 21 jan. 2017.

INDULSKI, Janusz Anatol.; SZUBERT, Zuzanna. *System for analysing sickness absenteeism in Poland*. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 10, n. 2, p. 159-165, feb. 1997.

INOUE, Kelly Cristina et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 2, p. 209-214, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Mesorregiões - banco de nomes geográficos – IBGE.

ISOSAKI, Mitsue. Absenteísmo entre trabalhadores de serviços de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo. **Rev. bras. saúde ocup**, v. 28, n. 107-108, p. 107-118, 2003

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 23, p. 757-66, 2007.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde dos Trabalhadores: cenário e desafios. **Caderno de Saúde Pública**, [online], Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 7-19, 1997.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **Revista Latino-americana de Saúde**, (México D. F.), v. 2, p. 7-25, abr. 1982.

LAURELL, Asa Cristina. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, Everardo Duarte. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS; 1985. p. 255-76.

LEÃO, Ana Lúcia de Melo. 2012. 70 f. **Perfil do Absenteísmo-doença nos servidores Públicos municipais de Goiânia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.

LIMA, Maisa Carolina de Castro. **Absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público de Goiânia-Goiás**. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet.; GOMEZ, Carlos Minayo.; MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In: MINAYO, Maria Cecilia de Souza. (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 117-142.

MAGALHÃES, Nilmar Alves Cavalcante. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 224-230, abr/jun, 2011.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza et al. *Psychosocial Aspects of Work and Musculoskeletal Disorders in Nursing Workers*. **Rev Latino-Am Enferm** [Internet], v. 18, n. 3, p. 429-435, may./jun, 2010.

MAIA, Maria de Fátima de Matos. **Eficácia das medidas preventivas em saúde ocupacional praticadas pela Universidade Estadual de Montes Claros na biblioteca Prof. Antônio Jorge**. 2002. 223 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2002.

MARMOT, Michael.; BRUNNER, Eric. *Cohort Profile: The Whitehall II study*. **International Journal of Epidemiology**, v. 34, n. 2, p. 251-256, 2004.

MARQUES, Divina de Oliveira et al. O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 5, p. 876-882, set./out, 2015.

MARTINATO, Michele Cristiene Nachtigall Barboza et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 160-166, mar. 2010.

MARTINS, Ronald Jefferson et al. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 30, n. 111, p. 9-15, 2005.

MARX, Karl. **O Capital**. Livro I, Capítulo VI Inédito. São Paulo: Ciências Humanas, 1978.

MAZZILLI, Luiz Eugenio Nigro. **Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000**. 2004. 118 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

MAYO, Elton. **The human problems of an industrial civilization**. New York: The Macmillan Company, 1933.

\_\_\_\_\_. **The social problems of an industrial civilization**. Andover: The Andover Press, 1945.

MEDRONHO, Roberto A. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. 493 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza \_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MUNCH-HANSEN, T Torsten et al. **Global measure of satisfaction with psychosocial work conditions versus measures of specific aspects of psychosocial work conditions in explaining sickness absence**. BMC Public Health, v. 8, n. 1, p. 270-277, 2008.

MUROFUSE, Neide Tiemi.; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-amEnferm**, v. 13, n. 3, p. 364-373, 2005.

MOURA, Josely Pinto de.; GIR, Elucir.; CANINI, Silvia Rita Marin da Silva. Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um hospital regional de Minas Gerais. **Ciencia Y Enfermeria**, v. XII, n. 1, p. 29-37, jun. 2006.

MUROFUSE, Neide Tiemi.; ABRANCHES, Sueli Soldati.; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Reflexões sobre estresse e *burnout* e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, v. 13, p. 255-261, 2005.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 2, p. 97-102, 2006.

NUNES, Aline Vieira de Lima.; LINS, Samuel Lincoln Bezerra. Servidores Públicos Federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Rev. Psicol., Organ. Trab**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 51-57, jan./jun. 2009.

OENNING, Nágila Soares Xavier. **Absenteísmo por doença em uma coorte de trabalhadores de uma área de serviços da indústria de petróleo.** 2011. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. **Resolução relativa à medição do rendimento ligado ao emprego.** 1999.

PAULA, Cleber Rodrigues de. **Condições de Trabalho, atividade e referência a agravos:** um estudo em servidores públicos federais de Santa Catarina. 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PEREIRA, Ana Maria T. Benevides. *Burnout*: o processo de adoecer no trabalho. In: \_\_\_\_\_. (Org). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 21-92.

PEREIRA, Ana Maria T. Benevides. As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao *burnout*. In: \_\_\_\_\_. (Org). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002b. p. 133-56.

PINTO, Eliana Bellini. **O adoecimento do servidor público na cidade de Porto Alegre:** uma investigação sobre afastamento do trabalho por licença-saúde. 2015. 67 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

RAMOS, Alexandre Moraes.; RAMOS, Ana Maria Wisintainer. **Absenteísmo e a gestão hospitalar.** Universidade do Vale do Itajaí – Univali. 2007. 13 p.

REINHARDT, Érica Lui.; FISCHER, Frida Marina. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 5, p. 411-417, 2009.

REIS, Ricardo José dos et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 37, n. 5, p. 616-623, 2003.

RIBEIRO, Cristina Aparecida Neves. **Perfil do absenteísmo por lombalgia nos servidores públicos municipais da cidade de Goiânia.** 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

RIBEIRO, Herval Pina. O Público e o privado das políticas contemporâneas do Estado Moderno. Ascensão e queda dos direitos de cidadania e a emergência do individualismo e do neocorporativismo em saúde. In: LOURENÇO, Edvânia.; NAVARRO, Vera.; BERTANI, Iris.; SILVA, José F. da.; SANT'ANA, Raquel dos Santos. (Org.). O avesso do trabalho II. São Paulo: **Expressão Popular**, 2010b, p. 307-316. 461 p.

RODRIGUES, Celeste de Souza et al. Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, p. 135-154, 2013.

ROELEN, Cornelis Anthonisse. et al. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 20, n. 1, p. 113-121, 2010.

ROGENSKI, Karin Emilia. **Tempo de assistência de enfermagem: identificação e análise em instituição hospitalar de ensino**. 2006. 152 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2006.

ROZENFELD, Suely. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 301 p.

SALA, Arnaldo et al. Licenças médicas entre trabalhadores de secretaria de estado de saúde de São Paulo de 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2168-2178, 2009.

SALDARRIAGA, Juan Fernando.; MARTÍNEZ, Elkin. *Factores asociados al ausentismo laboral por causa médica em uma institución de educación superior*. **Revista Fac. Salud Pública**, Medellin, v. 25, n. 1, p. 32-39, 2007.

SANCINETTI, Tânia Regina et al. Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. esp. 2, p. 1277-1283, 2009.

SANCINETTI, Tânia Regina et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 1007-1012, 2011.

SANTA CATARINA. **Decreto nº 4.162**, de 29 de março de 2006. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado da Administração, a distribuição dos cargos de provimento em comissão, funções técnicas gerenciais e funções de chefia que compõem a estrutura do órgão e estabelece outras providências. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

\_\_\_\_\_. **Governo**. 2017. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br/index.php/governo>>. Acesso em: 29 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Administração – SEA. **Portal do Servidor Público Estadual**. 2014. Disponível em: <[http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=132&Itemid=218](http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=132&Itemid=218)>. Acesso em: 15 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 309**, de 29 de novembro de 2005. Transforma a estrutura organizacional de que trata o Anexo VI-C da lei Complementar nº 284, de 2005, e estabelece outras providências. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Administração – SEA. **Portal do Servidor Público Estadual**. 2014.

\_\_\_\_\_. **Boletim estatístico de benefícios de saúde do servidor**. Florianópolis: Diretoria de Gestão Documental, 2008.

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

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

SANTOS, Jandira Pereira dos.; MATTOS, Airton Pozo de. Absenteísmo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Bras Saúde Ocup.**; v. 35, n. 121, p. 148-156, 2010.

SANTOS, Kleber dos et al. Absenteísmo-doença, modelo demanda-controle e suporte social: um estudo caso-controle aninhado em uma coorte de trabalhadores de hospitais, Santa Catarina, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 4, p. 609-619, 2011.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, René. (Org.). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 1141-1182.

SILVA, Dóris Marli Petry Paulo da.; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [online], v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000.

SILVA, Dóris Marli Petry Paulo da.; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 191-197, 2003.

SILVA, Luiz Sérgio.; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães.; SAKURAI, Emília. Perfil de absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003, **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2049-2058, 2008.

STRONGREN, Fernando Figueiredo. O movimento operário e a greve geral nas páginas de A Plebe. In: 10º Encontro Nacional de História da Mídia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: GT de História da Mídia Alternativa. **Anais...** Porto Alegre, RS, 2015.

SZNELWAR, Laerte Idal et al. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 45-57, set./dez. 2004.

TAVARES BENETTI, Livia.; FERREIRA DE ARAÚJO, Ademilson. As relações de trabalho do servidor público: regime estatutário x regime celetista. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Contábeis**, Garça/SP, ano VI, n. 11, maio de 2008.

TEIXEIRA, Sônia M. Fleury., OLIVEIRA, Jaime A. Araujo. Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. In: GUIMARÃES, Reinaldo. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 181-206.

TOLEDO, Edilene Teresinha. **O sindicalismo revolucionário em São Paulo e na Itália**: circulação de ideias e experiências na militância sindical transnacional entre 1890 e o fascismo. 2002. 473 p. Tese (Doutorado em História) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, 2002.

TREVISAN, Rafaela Luiza. **Associação entre variáveis sociodemográficas e ocupacionais e prevalência de transtornos mentais e do comportamento em servidores públicos do Estado de Santa Catarina**. 2016. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

UMANN, Juliane et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10 n. 1, p. 184-190, jan./mar. 2011.

VAHTERA, Jussi.; KIVIMÄKI, Mika.; PENTTI, Jaana. *The role of extended weekends in sickness absenteeism*. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 58, n. 12, p. 818-822, 2001.

VINGARD, Eva et al. *Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: A three-year follow-up study*. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 33: 370-375, oct. 2005.

WÜNSCH FILHO, Victor. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 103-117, abr./jun, 2004.



**ANEXOS****Anexo A - Comprovante de agendamento de avaliação pericial**

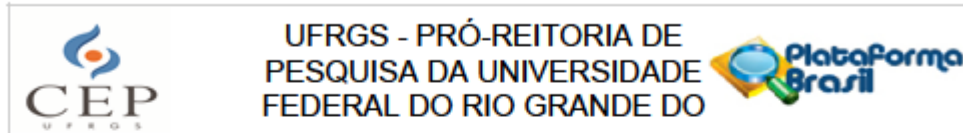
ESTADO DE SANTA CATARINA

**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO DE AVALIAÇÃO PERICIAL**

ÓRGÃO/ENTIDADE DE EXERCÍCIO			
LOCAL DE TRABALHO (LOTAÇÃO)		MUNICÍPIO DO LOCAL DE TRABALHO	
<b>SERVIDOR</b>			
POSSUI OUTRO VÍNCULO EM EXERCÍCIO NO ESTADO?		SENDO AFIRMATIVO INFORMAR O Nº DO OUTRO VÍNCULO	
ESTATUTÁRIO ADMINISTRATIVO ESPECIAL (ACT)			
CPF	MATRÍCULA	DV	VÍNCULO
NOME			
CARGO			
FUNÇÃO/COMPETÊNCIA			
<b>AGENDAMENTO DE AVALIAÇÃO PERICIAL</b>			
BENEFÍCIO PERICIAL			
LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE		LICENÇA PARA REPOUSO À GESTANTE	
LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE EM		LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE	
OUTRO			
DATA INÍCIO DO BENEFÍCIO		DATA FIM (ATESTADO MÉDICO)	
/ /		/ /	
UNIDADE DE SAÚDE DO SERVIDOR (ONDE OCORRERÁ O ATENDIMENTO)			
DATA DA AVALIAÇÃO	HORÁRIO AVALIAÇÃO	DA	PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO
/ /			
DATA DA AVALIAÇÃO	HORÁRIO AVALIAÇÃO	DA	PROFISSIONAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO
/ /			
<b>SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS</b>			
DATA	ASSINATURA E CARIMBO		
/ /			
<b>CHEFIA IMEDIATA (DIRETOR/GERENTE) - DAR CONHECIMENTO</b>			
DATA	ASSINATURA E CARIMBO		
/ /			
OBSERVAÇÕES			

- 1- DEVERÁ CONSTAR NO COMPROVANTE DE AGENDAMENTO DE AVALIAÇÃO PERICIAL A ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA (DIRETOR/GERENTE) OU DA ÁREA. NÃO CONSTANDO A ASSINATURA, CABERÁ AO SETORIAL/SECCIONAL INFORMAR À CHEFIA IMEDIATA OU DA ÁREA SOBRE A EXISTÊNCIA DE AGENDAMENTO.
- 2- NO LOCAL, DATA E HORÁRIO AGENDADO PARA A AVALIAÇÃO, DEVERÃO SER APRESENTADOS, ALÉM DO COMPROVANTE DE AGENDAMENTO:
- ATESTADO MÉDICO LEGÍVEL CONSTANDO O DIAGNÓSTICO OU O CID, O TEMPO DE REPOUSO/AFASTAMENTO ESTIMADO PARA A RECUPERAÇÃO, A DATA DE EMISSÃO, O NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE, O NÚMERO DO REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL E A ASSINATURA DO PROFISSIONAL;
  - CÓPIA DA RECEITA MÉDICA OU PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÃO, SE HOUVER;
  - EXAMES, SE HOUVER;
  - DECLARAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, SE FOR O CASO;
  - CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTOGRAFIA (PODERÁ SER CÓPIA LEGÍVEL).
- 3- PARA CONCESSÃO DE LICENÇA PARA REPOUSO A GESTANTE DEVERÁ SER APRESENTADA ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA RÉCENTE E/OU CARTÃO PRÉ-NATAL.
- 4- ESTÁ DISPONÍVEL NO SITE [WWW.PORTALDOSERVIDOR.SC.GOV.BR](http://WWW.PORTALDOSERVIDOR.SC.GOV.BR) (LINK SAÚDE E BEM ESTAR) INFORMAÇÕES SOBRE O BENEFÍCIO AGENDADO E O ENDEREÇO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO SERVIDOR.

## Anexo B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DOS AFASTAMENTOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 2006 A 2016

**Pesquisador:** Paulo Antonio Barros Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79283517.5.0000.5347

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.375.240

**Apresentação do Projeto:**

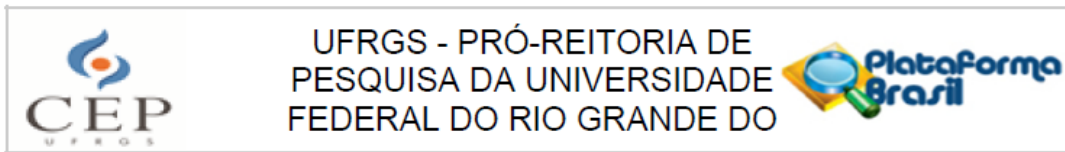
Trata-se de projeto de dissertação do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, voltado à Linha de pesquisa Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde. No âmbito do tema da Saúde do Trabalhador, optou-se por avaliar o absenteísmo dos servidores públicos estaduais lotados na Secretaria do Estado da Saúde, de Santa Catarina.

Considerando que uma das grandes preocupações dos gestores públicos no nosso país, hoje, está em entender o absenteísmo do servidor e poder buscar formas de planejamento que pretendam minimizar os efeitos deste fenômeno no serviço público, o projeto justifica-se em razão da necessidade da análise dos bancos de dados disponíveis para que haja maior segurança na execução de ações preventivas do problema ou, ainda, a melhora no gerenciamento dos recursos humanos do Estado.

O estudo tem a finalidade de pesquisar os afastamentos dos servidores públicos estaduais, por licença para tratamento de saúde, lotados na

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, ocorridos no período de 2006 a 2016, a partir de dados secundários extraídos do SIGRH/SEA através da Gerência de Controle de Benefícios (GECOB), vinculada à Diretoria de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Administração do Estado (SEA). Acredita-se que identificar a situação da saúde-doença dos servidores públicos da saúde poderá instrumentalizar os gestores e instituições para uma adequada aplicação de políticas de saúde,

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.375.240

baseadas em propósitos de prevenção dos agravos identificados como mais frequentes; embasando propostas de intervenção ou planos de ação viáveis à nível local, além de poder envolver o próprio trabalhador no processo de prevenção a saúde e promoção do cuidado.

Como metodologia proposta, está a realização de uma pesquisa de caráter quantitativo, ecológico, exploratório de séries temporais, tendo como cenário de estudo o banco de dados secundários extraídos do SIGRH/SEA, disponibilizado em formato txt. O SIGRH/SEA congrega todas as informações relativas aos dados cadastrais, funcionais e financeiros dos servidores.

A população de estudo será constituída de servidores públicos estaduais do poder executivo de Santa Catarina, lotados na Secretaria do Estado da Saúde e afastados por licença para tratamento de saúde, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2016. As informações sobre os servidores extraídas pelo Estado constam no Comprovante de Agendamento de Avaliação Pericial, documento anexado no projeto apresentado.

Para categorização e análise estatística, os dados serão tabulados no programa StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows. Serão elencadas as seguintes variáveis, as quais se limitam àquelas disponibilizadas no sistema SIGRH/SEA: órgão de lotação, sexo, idade, escolaridade, cor ou raça, estado civil, cargo, faixa salarial, diagnóstico médico, tempo de trabalho e dias de afastamento.

Conforme constante no documento com informações básicas do projeto o tamanho amostral é de 148.134 participantes.

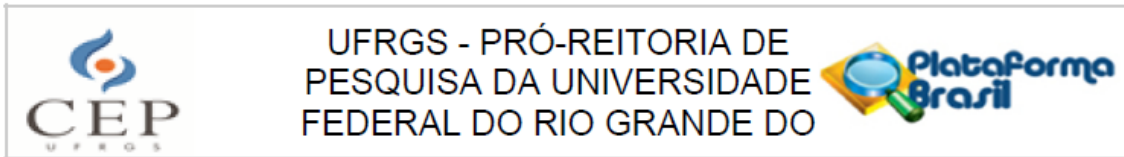
#### **Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos gerais do projeto são os seguintes: Analisar as causas de afastamento, por licença de tratamento de saúde dos servidores públicos estaduais lotados na Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina.

Em relação aos objetivos específicos, estes são os seguintes:

- Identificar as principais causas de afastamento por licença de tratamento de saúde dos servidores públicos estaduais lotados na Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2006 a 2016;
- Relacionar os afastamentos do trabalho por motivo de doença, segundo características sócio-demográficas;
- Contribuir com a construção do conhecimento sobre a causalidade do absenteísmo do servidor público.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.375.240

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios constam apenas no documento de informações básicas sobre o projeto e são descritos da seguinte forma:

**Riscos:**

A pesquisa tem riscos mínimos para trabalhadores do serviço público de Santa Catarina, talvez algum desconforto em ao tomar conhecimento da distribuição de alguns dados em relação à categoria profissional ou distribuição geográfica dos desfechos analisados.

**Benefícios:**

Apesar da disponibilidade de dados junto ao Estado referentes a tais afastamentos, ainda existem poucos estudos estatísticos temporais que identifiquem os grupos nos quais o evento ocorre com maior frequência, bem como sua distribuição no tempo, dados que fomentariam o

planejamento de programas específicos de promoção a saúde do trabalhador. A análise dos bancos de dados disponíveis se faz necessária para que haja maior segurança na execução de ações preventivas do problema ou, ainda, a melhora no gerenciamento dos recursos humanos do Estado.

Justifica-se portanto a realização desta pesquisa para que se busque um entendimento maior dos dados e das razões as quais levam aos afastamentos dos servidores públicos que atuam na Secretaria do Estado da Saúde, bem como para que encontremos meios de intervenção junto

às políticas de prevenção de acidentes de trabalho ou do próprio adoecimento no ambiente do trabalho, melhorando, assim, a visão do gestor da saúde para com seus trabalhadores e podendo, por conseguinte, oferecer um serviço de maior qualidade aos cidadãos.

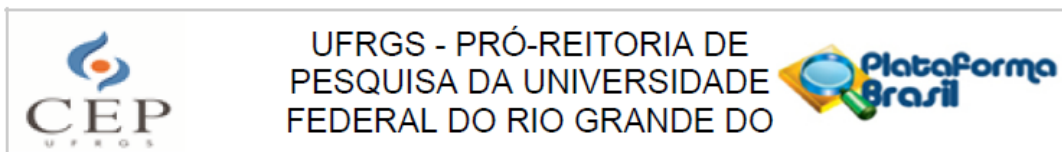
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta com clareza a proposta de trabalho, com justificativa pertinente, objetivos e metodologia bem explicitados, ressaltando a relevância da pesquisa para a área da Saúde do Trabalhador.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- o TCLE foi dispensado por se tratar de análise de dados secundários;
- Termo de compromisso para utilização de dados institucionais, assinado pelo pesquisador principal;

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.375.240

- Declaração de ciência e concordância da instituição envolvida, assinada pelo Secretário de Estado de Administração de Santa Catarina e pelo Diretor de Saúde do Servidor do mesmo estado;
- Termo de compromisso para utilização de dados assinado pelo pesquisador principal.

**Recomendações:**

Sugere-se atenção quando da criação do arquivo pdf, com a retirada das marcas de revisão do texto do projeto original de pesquisa enviado.

Sugere-se incluir os riscos e benefícios no texto do projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando o atendimento às principais exigências do CEP/UFRGS, o projeto está aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1017569.pdf	23/10/2017 12:12:22		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_asinda_Paula.pdf	23/10/2017 12:11:09	Paulo Antonio Barros Oliveira	Aceito
Outros	Parecer_Comissao_de_Pesquisa_Efermagem.pdf	20/10/2017 18:10:31	Paulo Antonio Barros Oliveira	Aceito
Outros	Parecer_consubienciado_.pdf	20/10/2017 18:01:18	Paulo Antonio Barros Oliveira	Aceito
Outros	Anexo_II_2.pdf	20/10/2017 18:00:12	Paulo Antonio Barros Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_Ciencia_e_concordancia.pdf	20/10/2017 17:59:15	Paulo Antonio Barros Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_compromisso_pesquisador.pdf	20/10/2017 17:58:25	Paulo Antonio Barros Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Paula_Correa.pdf	20/10/2017 17:57:42	Paulo Antonio Barros Oliveira	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.375.240

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 10 de Novembro de 2017

---

Assinado por:  
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA  
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



## Anexo C - Termo de Compromisso para utilização de dados institucionais

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS**

**Título do Projeto:** Avaliação dos afastamentos dos servidores públicos Estaduais de Santa Catarina no período de 2006 a 2016.

**Pesquisador Responsável:** Paulo Antonio Barros Oliveira

**Setor/departamento:** Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho (CEDOP)  
Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina

**Instituição:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

**Telefone para Contato:** 051 – 33085291 / 051 - 999113059

**e-mail:** [cedop@ufrgs.br](mailto:cedop@ufrgs.br) / [pbarros@ufrgs.br](mailto:pbarros@ufrgs.br)

Os pesquisadores responsáveis pelo projeto supracitado se comprometem a utilizar as informações fornecidas pela Secretaria de Estado da Administração de Santa Catarina, única e exclusivamente para execução deste, não podendo ser utilizadas para nenhum outro fim, sem autorização individual e expressa do gestor da referida pasta, bem como, manter a confidencialidade sobre os dados coletados e a privacidade se deus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Florianópolis, 09 de Agosto de 2017.

Paulo Antonio Barros de Oliveira / CPF: 199223530-91

Paula Corrêa / CPF: 067.280.949-46



## Anexo D - Termo de Compromisso – Contrapartida

**TERMO DE COMPROMISSO - CONTRAPARTIDA**

**Título do Projeto:** Avaliação dos afastamentos dos servidores públicos Estaduais de Santa Catarina no período de 2006 a 2016.

**Pesquisador Responsável:** Paulo Antonio Barros Oliveira

**Setor/departamento:** Centro de Documentação, Pesquisa e Formação em Saúde e Trabalho (CEDOP)  
Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina

**Instituição:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

**Telefone para Contato:** 051 – 33085291 / 051 - 999113059

**e-mail:** [cedop@ufrgs.br](mailto:cedop@ufrgs.br) / [pbarros@ufrgs.br](mailto:pbarros@ufrgs.br)

Os pesquisadores responsáveis pelo projeto supracitado se comprometem a fornecer três cópias físicas da dissertação, além de cópia em PDF (por e-mail às gerências), em até 90 dias (conforme prazo da banca para alterações/correções), bem como apresentar os resultados da pesquisa às gerências envolvidas e/ou Secretaria de Estado da Administração em eventos pertinentes e conforme a disponibilidade dos pesquisadores.

Florianópolis, 09 de Agosto de 2017.

Paulo Antonio Barros de Oliveira / CPF: 199223530-91

Paula Corrêa / CPF: 067.280.949-46

## Anexo E - Declaração de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida



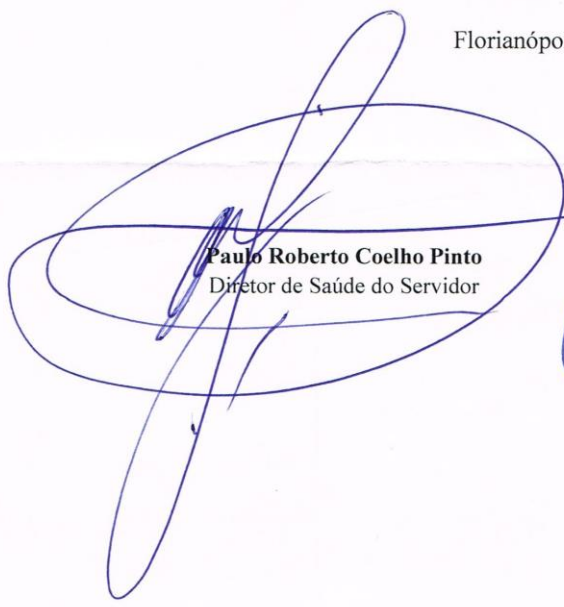
ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO

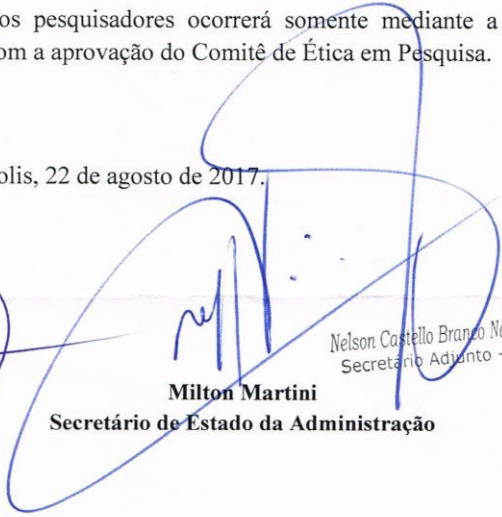
**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO  
ENVOLVIDA**

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, os representantes legais da instituição envolvida no projeto de pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DOS AFASTAMENTOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS DE SANTA CATARINA NO PEÍODO DE 2006 A 2016”, de responsabilidade dos pesquisadores Paula Corrêa (mestranda) e Dr. Paulo Antônio Barros de Oliveira (professor orientador), ambos da UFRGS, declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que na execução do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da Resolução 466/12 (ou 510/2016) do Conselho Nacional de Saúde.

A liberação das informações aos pesquisadores ocorrerá somente mediante a apresentação do parecer consubstanciado com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Florianópolis, 22 de agosto de 2017.

  
**Paulo Roberto Coelho Pinto**  
Diretor de Saúde do Servidor

  
**Milton Martini**  
Secretário de Estado da Administração

  
Nelson Castello Branco Nappi Jr.  
Secretário Adjunto - SEA

## Anexo F - Declaração de Recebimento de Dados Oficiais

**DECLARAÇÃO**

Eu, PAULA CORRÊA, CPF 067.280.949-46, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), RG 4675557, residente no endereço Rua Antonio Pedrassani número 198, Centro, São Miguel do Oeste - SC, DECLARO, para os devidos fins e sob as penas da lei, que recebi da Secretaria de Estado da Administração de Santa Catarina, arquivo em formato “.SAV” contendo dados secundários extraídos do banco de dados do SIGRH, sobre Licença para Tratamento de Saúde de servidores da SES, sem identificação da pessoa, correspondendo ao período de 2010 a 2016 para atender ao disposto no projeto de pesquisa autorizado no Processo SEA 00010619/2017.

Sendo expressão da verdade, sob as penas da lei, assino a presente declaração.

Florianópolis, 18 de Dezembro de 2017.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Paula Corrêa', is written over a horizontal line. Below the line, the name 'PAULA CORRÊA' is printed in a simple, all-caps font.