

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JANE CLÉIA CARDOSO DE BITTENCOURT CUNHA

**ADOCIMENTO E AFASTAMENTO DO TRABALHO DE
SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS DE SANTA CATARINA,
1995 A 2005**

**FLORIANÓPOLIS
2007**

JANE CLÉIA CARDOSO DE BITTENCOURT CUNHA

**ADOCIMENTO E AFASTAMENTO DO TRABALHO DE
SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS DE SANTA CATARINA,
1995 A 2005**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Epidemiologia.

Orientadora: Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank

**FLORIANÓPOLIS
2007**

Revisão: Prof^a. Dra. Vilca Marlene Merízio

C972a Cunha, Jane Cléia Cardoso de Bittencourt

Adoecimento e afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais de Santa Catarina, 1995 a 2005 / Jane Cléia Cardoso de Bittencourt Cunha ; orientadora Vera Lúcia Guimarães Blank. – Florianópolis, 2007.

119 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2007.

Inclui bibliografia

1. Setor Público – Santa Catarina – 1995-2005. 2. Saúde do trabalhador. 3. Servidores públicos estaduais – Santa Catarina – Assistência médica. 4. Trabalhadores – Saúde – Perfil. 5. Absenteísmo. 6. Licença médica. I. Blank, Vera Lúcia Guimarães. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

CDU: 614

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**“ADOCIMENTO E AFASTAMENTO DO TRABALHO DE SERVIDORES
PÚBLICOS ESTADUAIS DE SANTA CATARINA, 1995 – 2005”.**

AUTORA: Jane Cléia de B. Cunha

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Epidemiologia

Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres

Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank (UFSC)
(Presidente)

Profa. Dra. Maria Cristina Marino Calvo (UFSC)
(Membro)

Prof. Dr. Antônio Fernando Boing
(Membro Externo)

Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres (UFSC)
(Suplente)

*Ao meu pai Francisco (in memoriam), que amava tanto o trabalho e que,
por ser assim, nele perdeu parte de sua saúde;*

*à minha mãe Apolônia, que desejou ardentemente ter estudado
e que sempre me incentivou a fazê-lo antes de qualquer outra tarefa;*

aos meus dez irmãos, que não tiveram a oportunidade de chegar até aqui;

*à minha amada filha Júlia, que alegra meus dias com seu sorriso encantador
e que chegou enquanto eu realizava o mestrado.*

AGRADECIMENTOS

A oportunidade de realizar este mestrado e de ser mãe surgiu ao mesmo tempo, e conciliar momentos tão especiais e de tão alta exigência física e mental foi um grande desafio, só superado graças à ajuda de pessoas especiais, às quais agradeço:

À minha querida orientadora, **Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank**, que desde o nosso primeiro encontro me fez acreditar na possibilidade de realização de uma importante pesquisa e que, sobretudo, mostrou-se sensível às dificuldades despontadas em minha vida nesta caminhada, me apoiando, me incentivado a prosseguir e me guiando com sensatez. Obrigada por seus ensinamentos, sua dedicação e seu espírito de voluntariado na educação!

Ao **Dr. Antônio Fernando Boing**, pela fundamental assessoria na análise estatística e importantes contribuições para este estudo.

Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC, pela oportunidade de aprendizado, em especial à **Dra. Marta Verdi**, pelo seu carinho, apoio e compreensão num momento de fragilidade, e ao **Dr. Marco Aurélio Peres**, pelos ensinamentos nas aulas de Epidemiologia, sempre primando pela qualidade da produção científica.

Às professoras **Dra. Maria Cristina Calvo** e **Dra. Eleonora D'Orsi**, por suas relevantes contribuições na banca de qualificação.

Aos **colegas de turma**, pelas calorosas conversas e pelo conhecimento compartilhado. Em especial à **Denise Erig de Souza**, **Rozilda dos Santos**, **Mirvaine Panizzi** e ao **Paulo Barbato**, pelo apoio e amizade.

À **Secretaria de Estado da Administração** de Santa Catarina, pela licença concedida para realização desta pós-graduação e pela cessão do seu banco de dados.

Aos meus **colegas de trabalho**, pelo apoio e incentivo recebido, particularmente à **Jacy Castro Malta**, que valorizou a minha iniciativa de desenvolver esta pesquisa, acreditando que os seus resultados tornem-se profícuos à melhoria da qualidade de vida e trabalho do servidor público; ao **Marcos Castro** e ao **Dr. Jorge Farias**, que me auxiliaram a elucidar as dúvidas sobre as codificações da CID 9.

Aos servidores **Eduardo Moreira** e **Janete Umbelino**, pela essencial ajuda na obtenção dos dados, sempre me atendendo com presteza e cordialidade.

À **Sônia Maria W. de Souza**, que, com seu profissionalismo, me ajudou a reencontrar meu caminho e a me fortalecer para concluir esta etapa de minha vida.

À minha amiga **Denise Krieger Koeche**, minha querida "Dini", pela amizade sincera, pelo estímulo dado na hora certa, pelas reflexões sobre a vida, pelas conversas descontraídas, pelo auxílio na formatação deste trabalho e pela sua habilidade de ajudar mesmo quando tudo parece perdido...

Aos meus **familiares**, que me apoiaram nas horas difíceis e torceram por mim, sempre participando e vibrando comigo a cada vitória, em especial, à minha sobrinha

Kelli Bittencourt, companheira fiel, que não mediu esforços para me ajudar nos detalhes finais e à minha irmã **Janice Pavan**, à cunhada **Margarete Bittencourt** e à sobrinha **Larissa Pavan**.

À **Evelyn Cremonese**, pelo auxílio, como psiquiatra, na apresentação do capítulo V e pelas palavras sensatas na hora certa, como prima e amiga.

Às professoras de minha filha, **Vivi e Mi** (Viviane Teixeira e Michele de Souza), pelo amor a ela dispensado nos momentos em que me dedicava a este trabalho.

À **Andréia Ávila**, que chegou à minha vida quando eu mais precisava, cuidando de minha casa com dedicação e capricho.

Ao meu esposo **Decio Moreira Cunha**, que comigo vivenciou as horas boas e ruins desta fatigante e prazerosa jornada da maternidade e pós-graduação. A você, **Decio**, o meu amor, que nos torna fortes e capazes de vencer obstáculos em busca da felicidade!

O sonho de voltar a cantar no trabalho vale a pena ser sonhado. Talvez não mais através do 'socialismo utópico' de 100 anos atrás ou de outras 'utopias'. Mas o sonho antecede a realidade, e esta somente pode ser transformada se houver o sonho. E a ação. Aqui o sonho é trabalhar sem necessariamente adoecer ou morrer em decorrência do trabalho. Isto é mais que uma crença, um sonho. É uma possibilidade concreta, num mundo em rápida transformação.

René Mendes

RESUMO

O afastamento do trabalho por doença é um fenômeno crescente e preocupante, tanto pelos custos diretos e indiretos que representam para a sociedade, quanto pelos danos que afligem ao trabalhador e à sua família em razão do adoecimento. Muitos países têm procurado compreender esse fenômeno a fim de implantar políticas de melhoria da qualidade de vida e saúde no trabalho. No Brasil, esse tema tem sido pouco investigado entre servidores públicos, predominando os estudos na área da saúde e das universidades. A imagem estereotipada do servidor público como fraudador de licenças médicas, por vezes, ofusca o verdadeiro significado do processo adoecimento-afastamento do trabalho, ditando políticas de concessão de benefícios com base nas exceções. O presente estudo investigou a tendência temporal das taxas de afastamento do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos das Secretarias de Estado da Saúde (SES) e da Administração (SEA) do Estado de Santa Catarina (1995-2005). Os dados foram obtidos do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos da SEA. Foram relacionados os afastamentos segundo variáveis demográficas e sociais, regiões do Estado, variáveis relativas ao trabalho e diagnóstico, conforme capítulos da CID 10. Foram calculadas taxas de afastamento por secretaria, sexo e capítulos da CID 10 para cada ano de estudo. Para análise da tendência, foi utilizado o procedimento de Prais-Winsten. Analisaram-se 40.370 afastamentos, cuja distribuição ocorreu com maior frequência nos grupos de servidores – as mulheres; os de: 41 a 50 anos, ensino médio, ocupações menos qualificadas, até 14 anos de tempo de serviço, cor branca; aqueles com salários de 3,1 a 6 SM, os da área da saúde e da região da Grande Florianópolis e os casados. As taxas de afastamento foram mais elevadas na SES, cuja tendência foi de decréscimo para ambas as secretarias (SEA $p=0,016$; SES $p=0,032$), considerados ambos os sexos. Concomitante ao declínio das taxas, verificou-se o aumento da média de dias concedidos de licença. As taxas foram maiores para o sexo feminino em ambas as secretarias e, excetuando a SEA, em que a tendência foi de estabilidade para o sexo feminino ($p=0,458$), as demais apresentaram tendência de decréscimo. Sobressaíram-se os grupos de transtornos mentais e doenças do sistema osteomuscular dentre as maiores taxas, segundo os capítulos da CID10. A tendência de decréscimo observada nas taxas de afastamento e o concomitante aumento da média de dias de afastamento indicam mudanças no perfil de morbidade dessa população, com predomínio de doenças que exigem maior tempo de recuperação para o retorno ao trabalho, tais como as doenças mentais e osteomusculares. O estudo sugere a investigação dos fatores associados ao adoecimento dos servidores públicos, bem como, que a definição de políticas de promoção, prevenção, reabilitação e reintegração ao trabalho sejam fundamentadas em resultados de pesquisas.

Descritores: Setor Público. Saúde do Trabalhador. Trabalhadores. Perfil de saúde. Absenteísmo. Licença Médica.

ABSTRACT

Sick leave is a growing and ever concerning worldwide phenomenon due to the direct and indirect costs such absences represent, as well as the damages inflicted upon the worker and his/her family resulting from such illness. Many countries have sought to understand this phenomenon to implant measurements to improve quality of life and worker's health on the job. In Brazil, this subject has been little investigated among civil servants, with similar studies predominately concerning health care and universities. The stereotypical image of the civil servant as a fraudulent practitioner of "inventing" justification for sick leave may dim the true significance of its process, dictating concessionary policies with benefits based on exceptions to the rule. This study investigated the temporal tendencies of sick leave rates among civil servants of the State Secretaries of Health (SES) and of Administration (SEA) of Santa Catarina, Brazil, from 1995 to 2005. The data was supplied by the SEA's Integrated System of Human Resources Management. These absences were related according to demographic and social variables, geographic regions, work-related variables, and diagnoses from the CID 10. The absentee rates were calculated annually according to each State Secretary, gender, and chapters of the CID 10. The Prais-Winsten procedure was utilized to analyze the tendencies of the 40,370 absences. Their distribution occurred more frequently among the following groups: women, aged 41-50, married, high school graduates, less qualified occupations, up to 14 years on the job, Caucasian, earning 3.1 to 6 monthly minimum salaries, health care workers, and in the Greater Florianópolis Area. Sick leave rates were higher in the SES, and the sick leave days were decreasing in both Administration and Health ($p=0.016$ SEA; $p=0.032$ SES), considering both genders. With declining rates, an increase in the average duration of sick leave was verified. The rates were greater among women in both the SES and the SEA, with a tendency for stability among women ($p=0.458$), except for the SEA, with the remaining presenting a decreasing tendency. Mental disturbances and osteo-muscular system illnesses were among the greatest frequency rates according to the chapters of the CID10. The decreasing tendency observed in sick leave rates and accompanying increase in average days missed indicate changes in this population's morbidity profile, predominantly concerning illnesses requiring greater recovery periods, such as mental and osteo-muscular illnesses. This study promotes further research in order to investigate factors associated with civil servant illnesses, as well as investigating that policy definition for promotion, prevention, rehabilitation, and reintegration to work be founded upon research results.

Keywords: Public Sector. Occupational Health. Workers. Health Profile. Absenteeism. Sick Leave.

LISTA DE ABREVIATURAS e SIGLAS

ACT	Admitido em Caráter Temporário
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DEINFRA	Departamento Estadual de Infra-Estrutura
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DOU	Diário Oficial da União
DPMSOS	Diretoria de Perícia Médica e Saúde Ocupacional do Servidor
EUROFOUND	Fundação Européia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho
EVPE	Eventos de vida produtores de estresse
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LER	Lesão de Esforços Repetitivos
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NR	Normas Regulamentadoras
Nusat	Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social
OR	Odds Ratio
PAIR	Perda auditiva induzida por ruído
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SEA	Secretaria de Estado da Administração
SED	Secretarias de Estado da Educação
SES	Secretarias de Estado da Saúde
SIGRH	Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos
SM	Salário Mínimo
SSP	Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão
TMC	Transtornos mentais comuns

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

PARTE I

Figura 1	Ocorrência proporcional de agravos à saúde, conforme três grandes grupos de causas de incapacidade temporária para o trabalho. Porto Alegre, 1998.....	33
Figura 2	O processo de adoecer, faltar ao trabalho, melhorar e voltar ao trabalho.....	47
Figura 3	Mesorregiões geográficas do IGE.....	71
Quadro 1	Grupo de doenças relacionadas ao trabalho e respectiva correspondência da Classificação Internacional de Doenças (CID10).....	60
Quadro 2	Instrumentos da investigação das relações saúde, trabalho e doença.....	62
Quadro 3	Categorização das variáveis do estudo.....	70
Quadro 4	Grupo de doenças relacionadas ao trabalho e respectiva correspondência da Classificação Internacional de Doenças - CID10..	73

PARTE II

Figura 1	Taxas de afastamento do trabalho de servidores públicos para tratamento de saúde por secretaria, segundo sexo. Santa Catarina, Brasil, 1995-2005.....	104
Figura 2	Taxas de afastamento do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos estaduais por secretaria e sexo, segundo cinco principais capítulos da CID em magnitude. Santa Catarina, Brasil, 1995-2005.....	105

PARTE III

Figura 1	Taxas de afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais por problemas de saúde, segundo região geográfica do Estado de Santa Catarina, Brasil, 1995-2005.....	116
Quadro I	Categorização dos cargos, segundo órgão de lotação.....	109
Quadro II	Compatibilização dos grupos de patologias da Classificação Internacional de Doenças – CID 9 em relação a CID 10.....	111

LISTA DE TABELAS

PARTE I

Tabela 1	Distribuição de teses e dissertações em saúde do trabalhador no Brasil entre 1970 e 2004, de acordo com o tema de publicação.....	30
Tabela. 2	Quantitativo de servidores afastados por Licença para Tratamento de Saúde, no período de 1995 a 2005, segundo órgãos do Estado de Santa Catarina.....	68

PARTE II

Tabela 1	Distribuição dos afastamentos para tratamento de saúde de servidores públicos estaduais, por órgão de lotação, segundo capítulos da CID 10, no período de 1995 a 2005, Santa Catarina, Brasil.....	103
----------	--	-----

PARTE III

Tabela 1	Distribuição dos afastamentos para tratamento de saúde de servidores públicos estaduais, por órgão de lotação, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas no período de 1995 a 2005, Santa Catarina, Brasil.....	113
Tabela 2	Distribuição dos afastamentos para tratamento de saúde de servidores públicos estaduais, por órgão de lotação, segundo variáveis relacionadas ao trabalho no período de 1995 a 2005, Santa Catarina, Brasil.....	114

SUMÁRIO

PARTE I – CONTEXTUALIZANDO O TEMA DA PESQUISA	13
INTRODUÇÃO	13
1 REVISÃO DE LITERATURA	21
1.1 ASPECTOS LEGAIS RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR – SERVIDOR PÚBLICO.....	21
1.2 ESTUDOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNDO E NO BRASIL	25
1.2.1 Experiências internacionais.....	25
1.2.2 Panorama geral da produção científica no Brasil	27
1.2.3 Estudos nacionais sobre trabalhadores em geral.....	32
1.2.4 Estudos nacionais sobre servidores públicos	36
1.3 ABSENTEÍSMO-DOENÇA.....	45
1.3.1 Conceitualização	45
1.3.2 Absenteísmo-doença e a magnitude dos custos envolvidos	49
1.3.3 Estudos sobre absenteísmo-doença	52
1.4 RELAÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE-DOENÇA	54
1.5 DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO	58
2 OBJETIVO	64
2.1 GERAL.....	64
2.2 ESPECÍFICOS.....	64
3 METODOLOGIA	65
3.1 TIPO DE ESTUDO	65
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO	65
3.3 FONTE DE DADOS	68
3.4 VARIÁVEIS.....	69
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	72
4 QUESTÕES ÉTICAS	74
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	75
PARTE II – RESULTADOS E DISCUSSÃO – MINUTA DE ARTIGO CIENTÍFICO	82
Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995- 2005)	83
PARTE III – APÊNDICES E ANEXOS	107

PARTE I – CONTEXTUALIZANDO O TEMA DA PESQUISA

INTRODUÇÃO

A escolha de um tema tão complexo, que envolve a saúde do servidor público, foi motivada pelas discussões ocorridas em meio ao serviço público sobre adoecimento e afastamento do trabalho dessa população. Os números são preocupantes, em termos de quantitativo de pessoas que se afastam em razão de adoecimento e em termos de custos envolvidos nos subsídios pagos aos “ausentes”.

O mito de que o servidor público ludibria a perícia médica, fazendo-se valer de seus direitos como estabilidade e benefícios para ausentar-se do trabalho, usurpando o dinheiro público, tem acalorado discussões, principalmente quando veiculado na mídia. Recentemente, manchete sobre o tema em jornal de circulação do Estado de Santa Catarina¹ estampou uma “cadeira vazia com teias de aranha”, representando a ausência do servidor público ao trabalho e alertando que os custos com os afastamentos por doença referentes ao ano de 2006 seriam suficientes para construir 3,3 mil casas populares.

No entanto, a questão mais importante é o que representa cada “cadeira vazia” no serviço público em razão do adoecimento. Seria possível

¹ **Diário Catarinense**, 08/07/2007, p. 4.

que tantos servidores estariam, ao mesmo tempo, burlando as leis e enganando médicos e profissionais especializados em avaliação pericial? Ou estariam esses indivíduos realmente doentes e, com isso, sofrendo por não gozarem de uma vida prazerosa e saudável e por não conseguirem desempenhar bem seus papéis, tanto no trabalho quanto na vida privada? Sobre essa problemática, Carneiro (2006, p.25) salienta que “a idéia do servidor como fraudador de licenças médicas é muito propagada na administração pública e, facilmente, as exceções possibilitam a edição de regras e normas restritivas de direito para todos”.

Ao negar a realidade de que servidores públicos são pessoas que estão adoecendo por múltiplas causas, incluindo aquelas relacionadas ao trabalho, a administração pública retroalimenta o processo de adoecimento-afastamento e negligencia a atenção à saúde do trabalhador.

Outro aspecto a ser considerado é a culpabilização do trabalhador pelo seu adoecimento, transferindo-se para o mesmo a responsabilidade de recuperação de sua saúde e da adoção de práticas saudáveis que previnam as doenças, seja no local de trabalho ou na vida pessoal. Foi observado por Carneiro que

as doenças, particularmente aquelas desencadeadas ou agravadas pelo trabalho, são comumente tidas como controláveis pelo trabalhador. É como se a doença fosse, de alguma forma, voluntária e reveladora de indivíduo passivo, que tem que se desculpar pelo adoecer. (CARNEIRO, 2006, p. 25).

Amparado nesse preceito, o administrador público pode se eximir de sua responsabilidade para com a saúde de seus trabalhadores, voltando-se apenas para a implantação de ações de controle de benefícios, pautadas nas “exceções”.

Em muitos países, o afastamento do trabalho por doença tem preocupado a sociedade de forma geral e, em particular, autoridades, empregadores, empregados, sindicatos e profissionais que atuam na área de saúde do trabalhador, uma vez que representa prejuízos para cada uma das partes. Nesse sentido, são considerados os custos envolvidos com o pagamento de subsídios aos trabalhadores, os cuidados de saúde, a substituição do trabalhador ausente, a redução da produtividade da empresa e com o conseqüente efeito negativo na economia (FUNDAÇÃO EUROPEIA, 1997).

Para os trabalhadores, além dos aspectos financeiros, as principais conseqüências desses afastamentos são os danos gerados a si próprios e à sua família, decorrentes da redução de rendimentos e do sofrimento moral e físico causado pelo processo de adoecimento.

A compreensão desse fenômeno deve permear as discussões na administração pública, a fim de que sejam conhecidos os fatores que levam ao adoecimento de seus servidores, visando, principalmente, implantar medidas de promoção e prevenção da saúde nos locais de trabalho, reduzir taxas de morbidade e mortalidade, recuperar a saúde, reabilitar para o retorno mais breve possível ao trabalho e, conseqüentemente, reduzir as taxas de absenteísmo.

Na Europa, principalmente no Reino Unido, Noruega e Suécia, grupos de pesquisadores como os de Feeney et al (1998), Stansfeld et al (1997), Bliksvaer e Helliesen (2007), Heijbel et al (2005) e Vingard et al (2005), têm se debruçado sobre o tema a partir de vários enfoques, tais como, investigação de causas do absenteísmo, redes de apoio social, associação com variáveis

socioeconômicas e demográficas, política de benefícios, medidas de redução de absenteísmo, reabilitação profissional, dentre outros.

No Brasil, segundo Gomez e Lacaz (2005), as pesquisas sobre saúde do trabalhador cresceram principalmente desde a década de 1990, abordando questões da relação trabalho-saúde de forma fragmentada, dispersa, tecnicista e unidisciplinar, concentrando-se em uma única área, como da epidemiologia, da engenharia, da toxicologia, das ciências sociais e humanas, por exemplo.

O estudo realizado por Santana (2006) sobre produção de teses e dissertações em saúde do trabalhador apontou que doenças osteomusculares e saúde mental de trabalhadores da área da saúde figuraram entre os temas mais pesquisados. Além disso, a autora destacou que “apenas mais recentemente a pesquisa começou a ser valorizada e empregada como evidência para as decisões nas instituições formuladoras de políticas e encarregadas da gestão dos programas dessa área” (SANTANA, 2006, p. 107-108).

Pesquisas epidemiológicas sobre o absenteísmo de servidores públicos no Brasil são escassas e os estudos publicados referem-se principalmente a trabalhadores da área da saúde como os de Silva e Marziale (2000), Barboza e Soler (2003), Isosaki (2004), Alves e Godoy (2001) e Guimarães (2005). Foi encontrado um estudo sobre servidores de universidade, conduzido por Santo et al (1992).

A saúde dos servidores públicos do Estado de Santa Catarina, cenário deste estudo, tem sido uma preocupação constante, principalmente para os profissionais que atuam nas áreas de recursos humanos e de saúde do trabalhador, face ao elevado quantitativo de servidores afastados de suas

atividades laborais para tratamento de saúde, aos dias de trabalho perdidos e aos custos que representam aos cofres públicos. Contudo, não há estudos epidemiológicos que comprovem o crescimento das taxas de afastamento, o que poderia significar aumento da morbidade no serviço público, tampouco, os custos que tais afastamentos representam realmente ao Estado. Essa dificuldade também é observada no cenário nacional, em que a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) destaca:

a escassez e inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores dificultam a definição de prioridades para as políticas públicas, o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador, além de privar a sociedade de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho. (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2004, p.6).

O ingresso no campo de saúde do servidor do Estado de Santa Catarina me oportunizou vivenciar diversas gestões político-administrativas com mudanças contundentes na área em busca de novos rumos para melhorar a saúde e a qualidade de vida no trabalho dos servidores públicos. Nessa caminhada, foi possível observar a necessidade de o serviço dispor de estudos epidemiológicos sobre a saúde dos seus servidores, a fim de subsidiar políticas e programas voltados para a saúde do trabalhador, o que motivou a realização deste estudo.

Salienta-se que a área de saúde do servidor público no Estado de Santa Catarina é de responsabilidade da Secretaria de Estado da Administração (SEA), cujas competências incluem a normalização, 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 (SANTA CATARINA, 2006).

Para dar conta dessas atribuições, foi criada na 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 (SANTA CATARINA, 2005_b).

O Regimento Interno da SEA estabelece em seu artigo 41 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, p. 25).

Dentre os dados disponíveis na SEA², em 2002, a maior causa de afastamento dos servidores estaduais foi por “transtornos mentais e comportamentais”, correspondendo a 34,88% das licenças para tratamento de saúde concedidas, seguido de “doenças do sistema osteomuscular do tecido conjuntivo” (15,44%). Os demais afastamentos foram motivados por diversos grupos de patologias, em percentuais menores.

Em 2005, as licenças para tratamento de saúde afastaram 7.087 servidores do trabalho, totalizando 558.020 dias de afastamento. Igualmente, os principais motivos dos afastamentos foram “transtornos mentais e comportamentais” (28,3%) e “doenças do sistema osteomuscular” (19,1%). Desse total, o maior número de servidores licenciados correspondia às áreas da educação, saúde e segurança pública.

Apesar de a SEA dispor de banco de dados sobre os afastamentos do trabalho de servidores públicos para tratamento de saúde, há carência de análises epidemiológicas que identifiquem grupos em que o evento é mais

² SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO. Núcleo de Saúde do Servidor. Disponível em <www.sea.sc.gov.br>. Acesso em: 25 de maio de 2005.

freqüente e que poderão participar de programas específicos de atenção à saúde no trabalho.

A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde³, fonte orientadora e de inspiração para a promoção da saúde, recomenda a criação de ambientes favoráveis à saúde, incluindo os ambientes de trabalho. O documento aponta que “o trabalho e o lazer devem ser fonte de saúde para a população. O modo como a sociedade organiza o trabalho deve contribuir para a criação de uma sociedade saudável”, porque “a promoção da saúde gera condições de trabalho e vida gratificantes, agradáveis, seguras e estimulantes”. Ainda ressalta a importância de avaliações do impacto das mudanças do meio ambiente sobre a saúde, em diversos setores, incluindo o trabalho, que devem ser acompanhadas de medidas que revertam os efeitos negativos dessas mudanças na saúde pública.

Considerando que a saúde do trabalhador constitui uma área da saúde coletiva, a relevância da presente pesquisa reside no fato de que se debruça sobre um grupo específico de trabalhadores, os servidores públicos estaduais, indivíduos que estão adoecendo de forma alarmante, por causas diferenciadas da população de trabalhadores em geral e que constituem o maior “recurso” da organização pública, o capital humano.

Assim, a contribuição deste estudo está na análise de tendência das taxas de afastamento de servidores públicos estaduais, série histórica de 11 anos, constituindo-se em documento que poderá servir de referência para a

³ 1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Ottawa, Canadá, 17-21 nov. de 1986. In MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da Saúde**, Brasília, ano 1, n.11, p.38, ago./out., 1999.

formulação de políticas de promoção de saúde e planejamento dos serviços de atenção à saúde do servidor público do Estado de Santa Catarina.

Esta dissertação é estruturada em três partes. A primeira parte refere-se à revisão da literatura, discorrendo acerca de estudos sobre saúde do trabalhador, com ênfase àqueles que analisaram a população de servidores públicos, as relações de trabalho e saúde-doença, as doenças relacionadas ao trabalho e o absenteísmo-doença. Ainda, são descritos os objetivos e o método do estudo. Na segunda parte, estão apresentados os resultados e a discussão na forma de uma minuta de artigo científico, conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. O artigo científico será submetido ao periódico **Revista de Saúde Pública**. Na última parte, estão os apêndices e anexos.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 ASPECTOS LEGAIS RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR – SERVIDOR PÚBLICO

Para contextualizar melhor o cenário deste estudo, buscou-se conhecer os dispositivos legais concernentes às questões relacionadas à saúde do trabalhador no Brasil e à sua aplicação ao servidor público.

A **Constituição Federal de 1988**, em seu artigo 7^o, define:

são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais além de outros que visem à melhoria de sua condição social: redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. (BRASIL, 1988).

Assim, para que esse direito seja garantido, dentre outras ações, a realização de pesquisas no campo da saúde do trabalhador é imprescindível para apontar os novos rumos que devem seguir as políticas da área no setor público e privado.

A Lei 8080⁴ dispõe sobre a conceituação de saúde do trabalhador como sendo

um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990_a, p. 3).

⁴ Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 – Lei orgânica de saúde – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU de 20/09/1990.

A produção científica está amparada nessa legislação que, dentre outras ações, inclui no seu bojo a realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho e avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde (BRASIL, 1990_a).

Para melhor entendimento do contexto aqui apresentado, é necessário conceituar o termo **trabalhador**; adotaremos a definição apresentada no documento da PNSST:

são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; **servidores públicos**; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego. (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2004, p.4). (Negrito nosso).

Ressalta-se a inclusão de **servidores públicos** no amplo conceito apresentado, os quais “são os agentes relacionados com o Estado por vínculo jurídico de direito público⁵, abrangendo os servidores civis e militares” (JUSTEN FILHO, 2005, p. 569).

⁵ Os servidores com vínculo jurídico de direito público são aqueles aos quais se reserva o exercício das competências estatais mais essenciais, que traduzem de modo direto e imediato os poderes próprios do Estado e se orientam à promoção dos direitos fundamentais dos integrantes da sociedade (JUSTEN FILHO, 2005, p.570). Esses se diferenciam em agentes estatais políticos e não-políticos, sendo a grande maioria composta de não-políticos, os quais em razão da natureza das competências que lhe são atribuídas, diferenciam-se em agentes civis e militares. Por sua vez, os agentes civis podem integrar as diversas órbitas federativas – federais, estaduais, distritais e municipais. No âmbito de cada uma delas, diferenciam-se os agentes estatais civis do Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judiciário (excluída a órbita municipal). Finalmente, os agentes estatais não-políticos civis do Poder Executivo dividem-se em dois grupos: servidores e não-servidores, em que os primeiros ainda podem ser vinculados ao regime estatutário (Regime Jurídico Próprio) e não-estatutário (emprego público e contratação temporária) (JUSTEN FILHO, 2005). (Sublinhado nosso).

Embora na legislação aqui apresentada esteja explícita a garantia não só do direito à saúde do trabalhador, como também de uma série de ações que vise proporcionar melhores condições de vida e trabalho, os servidores públicos – trabalhadores na acepção da PNSST –, são “desrespeitados, pela carência de políticas públicas que viabilizem ações preventivas no que diz respeito à saúde e à segurança do trabalhador – servidor público” (PEREIRA, 2003, p. 14).

Fundamentalmente, essa situação emergiu com a instituição do regime jurídico único⁶ para os servidores civis da Administração Pública direta, autárquica e fundacional pela Constituição vigente, afastando o regime trabalhista, utilizado por algumas administrações na contratação de pessoal e, conseqüentemente, deixando-os à parte das ações e dos serviços em matéria de saúde, higiene e segurança no trabalho, previstos nas Normas Regulamentadoras - NR⁷.

Assim, o Estado, ao mesmo tempo em que tem o poder de fiscalizar a aplicação da legislação vigente de saúde do trabalhador, não a faz cumprir no âmbito do serviço público, privando seus trabalhadores – servidores públicos – do direito à saúde no trabalho. Nas palavras de Carneiro:

⁶ Regime jurídico único é o estabelecido pela entidade estatal – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – no âmbito de sua competência, para todos os servidores de sua Administração direta, autárquica e fundacional, excluídas desse regime as empresas públicas e sociedades de economia mista. Pressupõe preceitos de ingresso no serviço público (por concurso), forma e limites de remuneração, direitos e deveres dos servidores, planos de carreira, investidura em cargos de comissão e funções de confiança e, ainda, casos de contratações por tempo determinado, disposições estas que constituirão o *estatuto* dos servidores públicos civis de cada uma das entidades aplicáveis às suas autarquias e fundações (MEIRELLES, 1990).

⁷ As Normas Regulamentadoras - NR, relativas à segurança e à medicina do trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2007).

o fato de haver um vácuo de responsabilização legal pelo não-cumprimento da legislação de saúde e segurança do trabalho favorece um contínuo postergar no cumprimento das legislações trabalhistas para os servidores estatutários, como a realização de exames periódicos. (CARNEIRO, 2006, p. 28).

A mesma lacuna foi evidenciada por Morrone et al (2004) ao descreverem o processo de estruturação do programa de saúde do trabalhador para servidores públicos estaduais em São Paulo, quando afirmaram:

apesar de todos esses dispositivos legais e das necessidades percebidas pela maioria dos gestores de recursos humanos dos principais órgãos da administração pública estadual, nenhuma estrutura existe no Serviço Público que realize as ações nelas previstas para os funcionários públicos estaduais. (MORRONE et al, 2004, p.95).

Paula (2006), em seu estudo sobre condições de trabalho e referência a agravos de servidores públicos federais, também pontuou sobre essa questão:

não há políticas consistentes para a proteção da saúde dos servidores públicos federais, não havendo regulamentações nos estatutos que prevêm mecanismos de controle, notificação e vigilância nos locais de trabalho à maneira do que é previsto na Consolidação das Leis Trabalhistas. (PAULA, 2006, p.22).

Da mesma forma, no serviço público estadual de Santa Catarina, tal questão não está contemplada no estatuto dos servidores, que se restringe a tratar de temas pontuais como licença para tratamento de saúde, aposentadoria por invalidez, remoção por motivo de saúde, readaptação, exame admissional, acidente em serviço, dentre outras. Enfim, ações que estão em sua maioria relacionadas com a atividade pericial (SANTA CATARINA, 1985).

1.2 ESTUDOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNDO E NO BRASIL

Nesta seção apresentaremos os estudos encontrados na literatura que apresentam uma contribuição importante para a discussão e compreensão do processo de adoecimento e afastamento dos servidores públicos.

1.2.1 Experiências internacionais

Na Inglaterra, o estudo Whitehall II, realizado em uma população de funcionários públicos ingleses, investigou o papel de fatores sociais e ocupacionais sobre a saúde dessa população e, em uma das publicações resultantes desse estudo, destaca que:

... pessoas são o maior e o mais importante recurso dos serviços civis. A sua saúde e o seu bem estar são de importância fundamental para os próprios servidores civis, suas famílias, departamentos de empregados, governo e comércio. Garantir a saúde dos trabalhadores é essencial para prover a qualidade dos serviços públicos do Reino Unido. É importante que qualquer debate sobre a saúde dos trabalhadores civis ou qualquer outro grupo de trabalhadores seja baseado em fatos tirados de pesquisas reais. (FERRIE et al, 2004, p. 2). (Tradução nossa).

Os estudos Whitehall foram conduzidos para mostrar que a saúde e seus determinantes devem ser vistos de forma mais ampla e que as circunstâncias em que as pessoas vivem e trabalham não são somente importantes para seu bem-estar, como também exercem grande influência sobre a saúde. O estudo Whitehall I mostrou que homens com ocupações menos qualificadas tinham mais probabilidade de morrer prematuramente do que aqueles com ocupações mais qualificadas (FERRIE et al, 2004).

Em decorrência disso, foi conduzido o Whitehall II, cuja maior contribuição foi testar as hipóteses que explicam os gradientes sociais da

saúde em funcionários públicos, incluindo as mulheres (MARMOT e BRUNNER, 2004). Os mesmos autores revelam que análises recentes com dados de 15 anos confirmam a inversa relação entre a situação socioeconômica e doenças coronárias, diabetes e síndromes metabólicas. Além disso, destacam que os estudos forneceram evidências de processos psicossociais, comportamentais e fisiopatológicos específicos, incluindo mecanismos neuroendócrinos, inflamatórios e hemostáticos, que contribuíram para as desigualdades em saúde. Como exemplo, demonstraram que demanda no trabalho – *job strain* – prediz doenças coronarianas, desordens mentais comuns e ausências do trabalho por doença. As pesquisas incluíram também a investigação do papel dos fatores psicossociais no trabalho, no lar e na comunidade sobre o processo de adoecimento (MARMOT e BRUNNER, 2004). Estudos dessa natureza são de extrema relevância, uma vez que seus resultados podem conduzir a decisões políticas que possibilitem a redução das desigualdades sociais em saúde.

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho⁸, sediada em Dublin, executou o projeto “Doença e Absentismo no trabalho: iniciativas de prevenção”, cujo objetivo foi avaliar e documentar as iniciativas em matéria de organização, saúde, reabilitação e outras destinadas a melhorar a saúde dos trabalhadores e seu comparecimento ao trabalho. No relatório-síntese, foram relatadas experiências de países da União Europeia e estratégias para reduzir o absenteísmo e a doença dos trabalhadores,

⁸ É um órgão tripartido da União Europeia, instituído em 1975, no intuito de contribuir para a planificação e o estabelecimento de melhores condições de vida e de trabalho na Europa. Mais em concreto, avalia e analisa as condições de vida e de trabalho, dá pareceres autorizados e conselhos aos responsáveis e principais agentes da política social, contribui para a melhoria da qualidade de vida e informa sobre as evoluções e as tendências, em especial, as que provoquem mudanças. (EUROPA, 2007).

evidenciando a preocupação com esse crescente fenômeno (FUNDAÇÃO EUROPEIA, 1997).

1.2.2 Panorama geral da produção científica no Brasil

A literatura encontrada aponta para o crescimento de estudos sobre a saúde do trabalhador no Brasil, que, embora recentes, emergem com a multiplicação dos cursos de pós-graduação no país, principalmente aqueles da área da saúde coletiva, abrangendo temas de diversas áreas de conhecimento.

Sobre a questão, Rêgo et al discorrem:

a produção de conhecimento na área de Saúde do Trabalhador se desenvolveu principalmente a partir de 1988, com a sua inclusão na **Constituição Federal**, como resultado do movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Diversos programas de atenção à saúde dos trabalhadores foram criados e, aos poucos, a área vem se tornando parte integrante das ações de saúde em vários estados brasileiros. Durante esse período, a Saúde do Trabalhador vem se reincorporando ao campo da Saúde Pública, consolidando-se, também, como produtora de conhecimento, apoiada nos paradigmas das Ciências Sociais e da Epidemiologia, dentre outras. (RÊGO et al, 2005. p.70).

Alguns estudos avaliaram a produção científica no Brasil como os de Gomes e Lacaz (2005), Louzada (2005), Santana (2006) e Rêgo et al (2005).

Gomes e Lacaz (2005), ao analisarem um levantamento sobre a produção científica brasileira acerca da saúde e do trabalho, publicada sob forma de dissertações e teses, observaram que a imensa maioria dos problemas de saúde abordados refere-se a trabalhadores industriais. Ao longo dos anos de 1950-2002, os temas investigados incluíram patologias como saturnismo, pneumoconioses, surdez e, mais recentemente, doenças do sistema musculoesquelético. Sobressaíram, ainda, análises sobre exposição a agentes químicos (agrotóxicos e solventes) e, na última década, predominaram estudos sobre ergonomia. Recentemente, apareceram estudos do setor de

serviços com ênfase nas questões relativas à organização do trabalho. Destacaram-se ainda, estudos sobre profissionais da área da saúde, predominantemente acerca de enfermeiros(as), e temas como saúde mental e Lesão de Esforços Repetitivos (LER). Dentre os temas pouco abordados nos estudos por eles analisados, incluem-se os acidentes de trabalho e as doenças de grande período de latência, como câncer, ainda acusam a escassez de estudos mais abrangentes de cunho epidemiológico e relativos a trabalhadores terceirizados e do setor informal.

Louzada (2005) realizou estudo sobre as práticas de pesquisa no campo de saúde do trabalhador no país e concluiu que os grupos de pesquisas concentram-se, em grande parte, na região sudeste e que, apesar de recente, esse campo está em crescimento no Brasil. Destaca que da totalidade, 41,5% se inserem na saúde coletiva, 17% na área de enfermagem e 13% na de psicologia.

Santana (2006) estudou as tendências da produção de teses e dissertações em saúde do trabalhador no Brasil e foram encontrados 1025 documentos; desses, sete foram anteriores a 1970; 31 foram publicados na década de 1970; 121 na de 1980; 533, na de 1990 e 333, entre 2000 e 2004. É evidente o crescimento da produção científica na área de saúde do trabalhador, principalmente a partir dos anos 90, o que “reflete o aumento do número de programas de pós-graduação em saúde coletiva, nos quais grande parte dos alunos focaliza seus trabalhos de conclusão de estudos na área de saúde do trabalhador” (SANTANA, 2006, p.103).

A autora destaca a crescente tendência para abordagem de temáticas como doenças osteomusculares, doenças mentais, em especial entre os

trabalhadores da saúde, e outras enfermidades ou desfechos como obesidade, fadiga, envelhecimento, alterações vocais, entre outros - raras em décadas anteriores - enquanto decrescem os estudos sobre acidentes e silicose⁹ (SANTANA, 2006).

Na Tabela 1, deste estudo, estão relacionados os temas pesquisados nas teses e dissertações em saúde do trabalhador no Brasil, conforme levantamento realizado por Santana (2006). Predominaram, no período estudado, pesquisas acerca dos temas de ergonomia e doenças musculoesqueléticas; políticas, programas de intervenção e desigualdades sociais e trabalhadores da área da saúde. Destacaram-se, ainda, estudos sobre perfil de saúde e riscos dos trabalhadores, ruído e perda auditiva, saúde mental e trabalho, acidentes e violência no trânsito e exposições ocupacionais.

Rêgo et al (2005) descreveram o perfil das investigações epidemiológicas produzidas na área da saúde do trabalhador, publicadas em resumos de anais de congressos de epidemiologia. Entre os principais achados, encontraram como temas mais comuns intoxicações, lesões por esforços repetitivos, doença mental, doenças cardiovasculares, tumores, perda auditiva induzida por ruído e doenças respiratórias. Os ramos de atividades mais investigados foram estabelecimentos de saúde, agricultura e atividades de ensino. Quanto aos Estados de origem dos estudos, destacaram-se São Paulo (22,0%), Rio de Janeiro (20,6%) e Bahia (16,2%), e, dentre as instituições executoras, estiveram universidades (58%), em sua maioria de âmbito federal (46,3%) e de natureza pública (89%).

⁹ Silicose é uma pneumoconiose caracterizada pela deposição de poeiras no pulmão, com reação tissular decorrente causada pela inalação de sílica livre (quartzo, SiO₂ cristalizada) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 340).

Tabela 1 - Distribuição de teses e dissertações em saúde do trabalhador no Brasil entre 1970 e 2004, de acordo com o tema de publicação.

TEMAS	Total	
	N=1018	100,0%
Ergonomia e doenças osteomusculares	141	13,9
Políticas, programas de intervenção, desigualdades sociais	126	12,4
Trabalhadores de saúde	106	10,4
Perfil de saúde e de riscos de trabalhadores	96	9,4
Outros temas	70	6,9
Saúde mental e trabalho	55	5,4
Ruído e perda auditiva	54	5,3
Acidentes e violência no trabalho	50	4,9
Exposições ocupacionais	50	4,9
Outras enfermidades	35	3,4
Agrotóxicos e efeitos sobre a saúde	26	2,6
Serviços de saúde para o trabalhador	24	2,4
Silicose e outras doenças respiratórias ocupacionais	22	2,2
Riscos biológicos e doenças infecciosas	19	1,9
Gênero, mulher e trabalho	18	1,8
Trabalho rural	18	1,8
Ambiente e trabalho	17	1,7
Chumbo e saturnismo	16	1,6
Trabalho de turno e noturno	14	1,4
Direito e trabalhador, legislação	12	1,2
Benzeno e solventes	11	1,1
Mercúrio	11	1,1
Trabalho infantil e do adolescente	8	0,8
Nutrição e trabalho	7	0,7
Absenteísmo e aposentadorias	6	0,6
Câncer e ocupação	6	0,6

Fonte: Adaptado de Santana, 2006.

Evidencia-se nesse contexto que a produção científica na área de saúde do trabalhador no Brasil é relativamente nova e que, apesar do incremento observado nas últimas décadas, ainda é pouco expressiva, fato apontado por Wunsch Filho:

estima-se que anualmente são publicados cerca de 1 milhão e 150 mil artigos científicos com enfoque nas relações entre trabalho e saúde. A produção brasileira representa menos que 1% desse total. Essa porcentagem é desproporcional ao volume da mão-de-obra, ao número de profissionais envolvidos com esse campo e, especialmente, à dimensão dos problemas de saúde vinculados ao trabalho no país. (WÜNSCH FILHO, 2004, p. 113).

Outro aspecto que merece consideração é a aplicação da pesquisa com vistas ao estabelecimento de políticas que busquem a melhoria das condições de vida e saúde dos trabalhadores. Tal questão,

justaposta à anterior, diz respeito ao uso do conhecimento gerado por esses estudos para o desencadeamento de ações de prevenção. No Brasil, a conexão entre pesquisa e aplicação prática nos serviços públicos e privados não apresenta fluxo constante. Isto é particularmente observado na área da saúde do trabalhador. (WÜNSCH FILHO, 2004, p. 113).

Na mesma direção, Gomez e Lacaz (2005) apontam:

o que mais existe na produção de nossa área é um forte investimento na aplicação correta dos métodos, o que ocorre, por exemplo, em estudos com base na abordagem epidemiológica de dados primários e secundários, sem a preocupação de se contextualizar o problema no quadro situacional dos trabalhadores e sem discutir a pertinência e significância do objeto estudado e sua contribuição para o avanço do conhecimento ou para o desencadeamento de ações práticas. (GOMEZ e LACAZ, 2005, p. 803).

Vale destacar o entendimento do Ministério da Saúde acerca das informações sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, que retrata a falta de políticas de gestão da informação e de investigações epidemiológicas sobre a saúde dos trabalhadores. Assim, publicadas,

atualmente, as informações disponíveis não permitem conhecer de que adoecem e morrem os trabalhadores no Brasil, ou o perfil de morbimortalidade, em linguagem epidemiológica, informação essencial para a organização da assistência aos trabalhadores e o planejamento, execução e avaliação das ações, no âmbito dos serviços de saúde. Essas informações também são importantes para a orientação das ações sindicais em saúde e para os sistemas de gestão de saúde, segurança e ambiente pelas empresas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 20).

O Ministério da Saúde também apontou que as análises da situação de saúde disponíveis são deficientes, principalmente ao que tange o diagnóstico das condições de saúde dos trabalhadores e sua relação com o trabalho, à identificação de riscos e ao dimensionamento da população trabalhadora exposta, pois “limitam-se à avaliação do perfil de morbimortalidade da

população em geral, ou de alguns grupos populacionais específicos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.21), impedindo o planejamento de ações. Ainda destacou que são “isolados os estudos sobre a situação de saúde de trabalhadores em regiões específicas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.21).

1.2.3 Estudos nacionais sobre trabalhadores em geral

A pesquisa em bases bibliográficas para fins deste estudo primou pela busca de produções científicas que fundamentassem a investigação do campo da saúde do servidor público. Nesse percurso, poucos estudos foram encontrados que abordassem o tema, evidenciando a importância da realização de investigações nessa área. Estão apresentados a seguir estudos sobre trabalhadores em geral que permitiram conhecer melhor seu perfil de saúde e adoecimento.

Boff et al (2002) analisaram a morbidade subjacente à concessão do auxílio-doença previdenciário, no ano de 1998, aos trabalhadores de Porto Alegre-RS, considerando que as características do mesmo fazem dele um bom indicador das principais causas de adoecimento presente na população adulta trabalhadora. Concluíram que as três principais causas de incapacidade identificadas (acidentes e violências, doenças osteomusculares e doenças mentais) estão potencialmente associadas à piora da qualidade de vida e trabalho.

A Figura 1 apresenta os três grandes grupos de causas encontrados no referido estudo. Dentre as causas externas, destacaram-se fraturas, entorses e distensões. Já a convalescença após cirurgia foi, isoladamente, o código de

maior freqüência, sendo essa codificação confirmada em pesquisa de campo, revelando que 34% foram relativas a cirurgias do aparelho digestivo, 26% do aparelho geniturinário, 11% do sistema osteomuscular e 10% de condições decorrentes de causas externas.

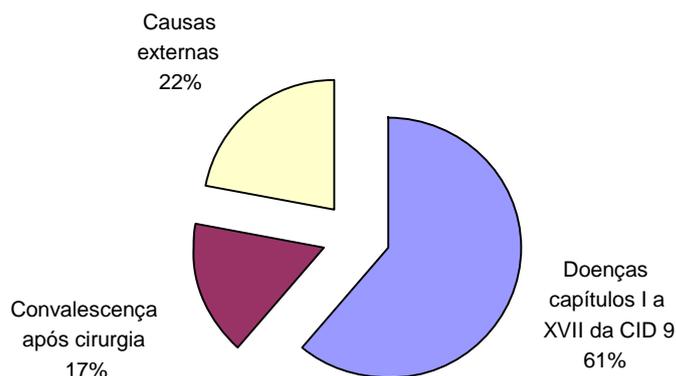


Figura 1 – Ocorrência proporcional de agravos à saúde, conforme três grandes grupos de causas de incapacidade temporária para o trabalho. Porto Alegre, 1998.
Fonte: BOFF et al, 2002.

Os autores verificaram que dentre as doenças agrupadas por capítulos da CID-9 – I a XVII – as causas mais freqüentes de afastamentos do trabalho foram doenças do sistema osteomuscular (24,8% das doenças e 14,8% do total), seguidas de transtornos mentais e comportamentais (18,9% e 11,3%); e doenças cardiovasculares (16,2% e 9,7%, respectivamente), sendo esses grupos “responsáveis por 60% das doenças e por quase 40% dos agravos com repercussão moderada à severa na saúde dos trabalhadores pesquisados” (BOFF et al, 2002, p. 340).

Em menor freqüência (5,5 a 6,0% das doenças e 3,0 a 3,5% dos agravos), o referido estudo mostrou que apareceram como causas de

afastamento do trabalho doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, complicações da gravidez, parto e puerpério, doenças das glândulas endócrinas e transtornos imunitários (BOFF et al, 2002).

Na análise dos dados, os autores consideraram que a mais importante modificação no perfil de morbidade foi o surgimento de causas externas como principal “causa de agravos com repercussão moderada à severa na saúde da população em idade produtiva” (BOFF et al, 2002, p. 341).

Dentre os temas pesquisados, a LER tende a estar em evidência, como já apresentado anteriormente; foram selecionados dois estudos que investigaram o perfil de trabalhadores acometidos por essa patologia.

Salim (2003) analisou a evolução das características sociodemográficas das LER e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT¹⁰, na Região Metropolitana de Belo Horizonte – RMBH, na década de 90, com dados do Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social – Nusat. Os resultados indicaram a predominância de casos de LER/DORT na faixa etária de 30 a 39 anos, atingindo mais as mulheres de

¹⁰ LER/DORT são um grupo de doenças que estão incluídas nas Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo Relacionadas ao Trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). “Entende-se LER/DORT como uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, mas podendo acometer membros inferiores. Entidades neuro-ortopédicas definidas como tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos, síndromes miofaciais, que podem ser identificadas ou não. Frequentemente são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultado da combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular com a falta de tempo para sua recuperação. A sobrecarga pode ocorrer seja pela utilização excessiva de determinados grupos musculares em movimentos repetitivos com ou sem exigência de esforço localizado, seja pela permanência de segmentos do corpo em determinadas posições por tempo prolongado, particularmente quando essas posições exigem esforço ou resistência das estruturas músculo-esqueléticas contra a gravidade. A necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho, são fatores que interferem de forma significativa para a ocorrência das LER/DORT” (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2003).

forma ascendente – interpretada como uma questão da segregação social por gênero. Além disso, os registros de LER/DORT em trabalhadores com menos de oito anos de estudo regular aumentou, enquanto diminuiu naqueles de nível superior; similarmente, a medição da variável salário revelou tendência de maior incidência entre os trabalhadores situados na base da pirâmide social, evidenciando o caráter social excludente desse agravo.

Segundo o ramo de atividade e ocupações, o estudo mostrou que se sobressaiu o setor serviços na maior parte dos casos diagnosticados, destacando-se as instituições financeiras, comércio varejista e prestação de serviços voltados às empresas que, juntos, responderam por 39,4% dos casos. O setor serviços de saúde também se destacou, passando do oitavo para o quarto lugar no período analisado, resultado de impactos sofridos na sua reestruturação produtiva. Constataram, ainda, que houve mudanças expressivas no tocante às ocupações mais acometidas por LER/DORT, uma vez que no início dos anos 90, o evento concentrava-se nas categorias de digitadores, auxiliares de produção da indústria eletrônica, auxiliares administrativos, telefonistas e caixas bancários (SALIM, 2003).

Outro estudo, conduzido por Reis et al (2000), caracterizou também o perfil da demanda atendida em um ambulatório de doenças profissionais quanto à presença da LER. Dentre os principais resultados apontaram o predomínio de mulheres na faixa etária de menos de 40 anos e com escolaridade superior a 10 anos de estudo. As ocupações que apareceram com maior proporção foram os administrativos, operários e prestadores de serviços, majoritariamente pertencentes ao ramo de atividade econômica de

serviços. No que se refere ao diagnóstico, 64% do total de diagnósticos efetuados reportaram-se a LER – definida e indefinida.

Segundo Wünsch Filho (2004), de nove serviços ambulatoriais de saúde do trabalhador da capital e de outros quatro municípios do Estado de São Paulo, de janeiro a julho de 1997, as principais causas de atendimento foram doenças do sistema osteomuscular (56,0%), doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido (20,8%), lesões em geral (6,7%), doenças do aparelho circulatório (3,0%), doenças de pele (2,1%) e transtornos mentais (2,0%). O autor ressalta a importância de tais dados, uma vez que tiveram o nexo causal com o trabalho estabelecido e pela predominância da LER e do aparecimento de transtornos mentais.

1.2.4 Estudos nacionais sobre servidores públicos

Os estudos aqui apresentados versam sobre aspectos relacionados à saúde, adoecimento, incapacidade para o trabalho e estresse no trabalho.

Dentre os trabalhos encontrados, Nascimento e Mendes (2002) descreveram o perfil de saúde dos trabalhadores de um centro de saúde-escola, identificando características pessoais associadas ao autocuidado. Investigaram aspectos relativos à biologia dos trabalhadores (índice de massa corporal, pressão arterial, práticas de auto-exame das mamas, preventivo de câncer do colo do útero e de próstata), ao estilo de vida (hábitos alimentares, padrões de eliminação, atividade física, hábito do fumo e outros) e ao atendimento à saúde (utilização de serviços de saúde e uso de medicamentos). Destacaram, dentre outros achados, que 26,6% estavam com sobrepeso,

35,3% eram obesos e 33,1% apresentavam hipertensão arterial. Concluíram que a presença de riscos auto-criados, doenças já instaladas e aspectos da biologia dos trabalhadores identificados na pesquisa são potencialmente capazes de agir negativamente sobre os determinantes da saúde da população estudada.

Bellusci e Fischer (1999) preocuparam-se com a questão do envelhecimento funcional e condições de trabalho numa instituição judiciária federal. Os resultados mostraram que 61,1% dos servidores necessitavam ter sua capacidade para o trabalho melhorada ou restaurada. Entre eles, as doenças auto-referidas com mais freqüência foram alergia, gastrite ou irritação duodenal, lesão nas costas, distúrbio emocional leve, hipertensão arterial, lesão nos braços e mãos, infecções repetidas de trato respiratório, doença da parte superior das costas e região do pescoço, obesidade, lesão nas pernas ou pés e doença da parte inferior das costas com dores freqüentes.

A análise de regressão logística realizada no estudo mostrou que os servidores do sexo feminino, aqueles com maior tempo de serviço, os ocupantes de cargo de auxiliar operacional de serviços diversos e aqueles com faixa etária compreendida entre 40-50 anos têm maiores chances de ter o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)¹¹ baixo ou moderado. Os autores, considerando o perfil das doenças e as análises efetuadas – ICT, ergonômicas e estatísticas –, afirmaram que as doenças relatadas com mais freqüência pelos servidores podem guardar nexos causais com o trabalho e salientaram a importância de melhorar as condições de trabalho com vistas a evitar os

¹¹ Método desenvolvido por Tuomi et al, pesquisadores do Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, no início da década de 80. Consiste de questionário para avaliar a capacidade para o trabalho, ou seja, quão bem um trabalhador é capaz de realizá-lo (apud RAFFONE e HENNINGTON, 2005; apud BELLUSCI e FISCHER, 1999).

afastamentos temporários ou aposentadorias precoces por incapacidade para o trabalho.

O artigo descritivo de trabalhadores aposentados por invalidez permanente da Universidade Federal de Minas Gerais, elaborado por Sampaio et al (2003), foi selecionado para constar desta revisão, considerando que os resultados apresentados constituem subsídios para avaliar as condições de saúde desse grupo populacional. Se considerarmos que a aposentadoria por invalidez é concedida, por conta de dispositivos legais, em geral, após 24 meses de afastamento do trabalho por licença médica¹², a doença que a motiva é a mesma que causa os afastamentos antecedentes.

Dentre os principais achados, o estudo revelou que 56% dos aposentados por invalidez eram homens e 44% mulheres, com a média de idade de 51 anos (DP=9,5), para ambos os sexos; o tempo antecedente à aposentadoria era, em média, de 2,5 anos (DP=1,2), variando de acordo com o diagnóstico, sendo o maior tempo médio ocasionado por doenças endócrinas, e o menor, devido a doenças infecciosas e parasitárias. Quanto à ocupação, 35% das aposentadorias pertenciam a trabalhadores de serviços gerais, seguido de profissões científicas e técnicas (32%), administrativos (23%), operadores e condutores de máquinas (10%), agropecuários e florestais (1%). A distribuição das aposentadorias, segundo o agrupamento de doenças,

¹² Sobre o tempo de afastamento que antecede à aposentadoria por invalidez, o regime jurídico único dos servidores públicos da União, autarquias e das fundações públicas federais dispõe em seu art.188, § 1º “a aposentadoria por invalidez será precedida de licença para tratamento de saúde, por período não excedente a 24 (vinte e quatro) meses” (BRASIL, 1990^b). De forma análoga à legislação federal, o Estatuto dos Servidores Civis Estaduais de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 1985) estabelece em seu art. 64: “ao funcionário que, por motivo de saúde, esteja impossibilitado de exercer o seu cargo, será concedida licença com remuneração, mediante inspeção do órgão médico oficial, até 24 (vinte e quatro) meses, prorrogáveis por idêntico período, guardado o sigilo médico”. Em seu art. 110 e parágrafos seguintes, dispõe sobre a aposentadoria por invalidez, concedida mediante inspeção médica, depois de verificada a impossibilidade de transferência ou readaptação do servidor.

mostrou que as mais freqüentes foram doenças do aparelho circulatório (32%), doenças mentais (29%) e osteomusculares (16,2%) (SAMPAIO et al, 2003).

Os autores ressaltaram a ausência de informações sobre as causas de aposentadorias por invalidez, tanto no serviço público federal quanto na previdência social, o que impossibilitou comparações, concluindo que o estudo fornece pistas para futuras investigações. Salientaram ainda que “a identificação de fatores que possam predizer as aposentadorias por invalidez constitui um grande avanço, pois possibilita uma melhor fundamentação das políticas de promoção e proteção à saúde do trabalhador” (SAMPAIO et al, 2003, p. 63).

Destaca-se o estudo Pró-Saúde¹³, por se tratar de uma investigação pioneira no Brasil, dirigida a uma população de servidores públicos com desenho semelhante aos estudos Whitehall. Esse estudo tem como objetivo investigar o papel de marcadores de posição social - condições sócio-econômicas, gênero, raça/etnia e de outras dimensões da vida social, tais como eventos da vida, mobilidade geográfica e social, estresse no trabalho, padrões de rede e apoio social, em diversos domínios da morbidade e de outros comportamentos relacionados à saúde. Em 2005, já haviam sido conduzidas duas fases de coleta de dados, com a terceira fase prevista para 2006 (FAERSTEIN et al, 2005).

Em relação ao estresse no trabalho, alguns resultados do Pró-Saúde já foram publicados, como o de Lopes et al (2003), que investigaram a associação entre eventos de vida produtores de estresse (EVPE) e transtornos

¹³ Estudo longitudinal de uma população de funcionários públicos de uma universidade pública do Rio de Janeiro, registrado no CNPq como: “Pró-saúde UERJ: Determinantes Sociais de Saúde e Doença”, coordenado por docentes dos departamentos de Epidemiologia do IMS/UERJ e da ENSP/Fiocruz. Duas fases já foram conduzidas: 1 e 2 (1999-2001) e a fase 3 está prevista para 2006-2007 (FAERSTEIN, 2005).

mentais comuns (TMC). Nesse estudo, a prevalência de TMC foi de 29% (22,2% dos homens e 34,4% das mulheres). A avaliação da associação entre a presença do evento e características sócio-demográficas mostrou que apenas sexo ($p < 0,001$), renda ($p = 0,001$) e situação conjugal ($p = 0,03$), apresentaram associação estatisticamente significativa com TMC. Quanto à associação entre a ocorrência de EVPE e a presença de TMC, o estudo mostrou que “ter passado por dificuldades financeiras graves” foi o evento mais fortemente associado (OR = 2,60), seguido de: “ter sido vítima de agressão física” (OR = 2,13), “rompimento de relação amorosa” (OR = 1,94), “mudança forçada de moradia” (OR = 1,90) e “problema sério de saúde” (OR = 1,81). Enfatizaram que achados semelhantes são descritos nas literaturas nacional e internacional.

Noutra pesquisa, inserida no Pró-Saúde, Macedo et al (2007) investigaram a associação entre estresse no trabalho e a interrupção das atividades habituais por problemas de saúde. Verificaram que os homens em atividades com alta exigência¹⁴ apresentaram prevalência da interrupção das atividades habituais duas vezes maior do que aqueles cujas atividades não foram classificadas nessa categoria (baixa exigência; ativo; passivo). Entre as mulheres, a prevalência do desfecho foi 45% maior. Após terem ajustado pela

¹⁴ Modelo de avaliação do estresse percebido no ambiente de trabalho, concebido por Karasek, composto de duas dimensões: demandas psicológicas e controle. Demandas psicológicas se referem à sobrecarga de trabalho, ao grau de dificuldade para a execução de tarefas, ao tempo disponível e ao ritmo empreendido para tal, assim como à existência de ordens contraditórias ou discordantes. Controle se refere à autonomia sobre as próprias tarefas e à motivação advinda da possibilidade de ser criativo e de usar, desenvolver e adquirir novas habilidades. Karasek elaborou uma escala de medida do estresse no trabalho com 49 questões, posteriormente reduzida para 17 itens por Theorell et al, as quais possibilitam classificar as atividades laborais em **quatro situações**: alta demanda e baixo controle (**alta exigência**); baixa demanda e alto controle (**baixa exigência**); alta demanda e alto controle (**trabalhos ativos**); e baixa demanda e baixo controle (**trabalhos passivos**). Segundo esse modelo, atividades de alta exigência representariam o maior risco para os desfechos de saúde (apud MACEDO et al, 2007). (Negrito nosso).

presença de TMC, houve importantes reduções nas prevalências; no entanto, os homens com atividades de alta exigência apresentaram prevalência 70% maior de interrupções de suas atividades; para as mulheres essa prevalência foi 23% maior.

Finalmente, destacamos neste tópico, alguns estudos realizados em Santa Catarina os quais investigaram temas referentes à saúde de servidores públicos federais (PAULA, 2006) e estaduais (SILVA, 2004; CAMPOS, 2006).

Paula (2006) conduziu a pesquisa “Condições de trabalho e referências a agravos: um estudo em servidores públicos federais de Santa Catarina”, dissertação de mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, que resultou em dois artigos (não publicados). O primeiro refere-se ao estudo do perfil epidemiológico dos servidores com dados oriundos de pesquisa organizada pelo Ministério do Planejamento e Gestão, no ano de 2003. O segundo descreve as referências a acidentes, doenças, afastamentos e exposição a riscos auto referidos no âmbito do trabalho e as associações com condições de trabalho e insatisfação com aspectos organizacionais.

No primeiro artigo, os resultados mostraram que os servidores ligados aos órgãos do Ministério da Educação relataram mais acidentes típicos (18,3%) e doenças do trabalho (46,9%); os servidores do Ministério da Justiça relataram mais acidentes de trajeto (28,6%); já os servidores da Previdência referiram mais afastamentos com mais de 30 dias por motivos de doença (26,2%). O gênero masculino apresentou maior resposta para acidentes de trajeto. Quanto à atividade, aqueles categorizados como intermediário técnico apresentaram maior resposta para acidente de serviço; a categoria auxiliar administrativo

apresentou 47% das respostas para uso de perícia médica e 27% para licenças com mais de trinta dias, enquanto auxiliar técnico apresentou 25% das respostas para acidente típico e maior taxa para licenças com menos de trinta dias. O perfil dos agravos auto-referidos revelou que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo corresponderam a 12,7% , seguido dos transtornos mentais e comportamentais (5,6%) e doenças do sistema respiratório (2,3%). As doenças do sistema osteomuscular foram mais referidas por mulheres, por servidores da Previdência Social e por aqueles com atividade categorizada como intermediária administrativa (PAULA, 2006).

Paula (2006), no segundo artigo, mostrou a associação estatisticamente significativa entre condições de trabalho e as variáveis organização, idade, doenças profissionais, riscos ocupacionais, com ênfase para risco organizacional, assédio moral, insatisfação, qualidade ruim/péssima do lazer e do sono; por outro lado, não houve associação com atividade, acidentes típicos, acidentes de trajeto e afastamentos, bem como, com as variáveis escolaridade e sexo. O autor fez reflexões acerca da necessidade de realizações de pesquisas para aprofundar algumas questões como sofrimento psíquico, controle, suporte social, bem como investigações da relação entre fatores psicossociais e a organização do trabalho.

Enfatizou que

há evidências de que as organizações locais são determinantes para o processo saúde/doença mais do que as condições macro, o que indica ações locais inclusive com participação da população atendida, de maneira a construir modelos democráticos de gestão e melhorar, assim, a qualidade do trabalho e dos trabalhadores e clientes. (PAULA, 2006. p.74).

Silva (2004) realizou um estudo de caso sobre a implementação de um programa específico denominado “Programa Transforma: Fortalecendo as

Redes Humanas” para os servidores das Secretarias da Administração e da Fazenda do Governo de Estado de Santa Catarina, a fim de verificar as transformações obtidas com relação aos afastamentos do trabalho por motivo de saúde com enfoque no estresse no trabalho.

O referido programa, implantado em parceria com o Instituto Visão Futuro¹⁵, está fundamentado na biopsicologia e propõe o autocontrole das emoções negativas e seus reflexos na saúde e na vida, visando à harmonização psíquica, física e energética por meio de técnicas específicas. É composto de dois *workshops*: “Stress a seu favor” e “Abrindo o coração”, cujas atividades se constituem de palestras, vivências dirigidas aos temas específicos, dinâmicas acerca dos comportamentos coletivos, teatro, psicodramas e exercícios de biopsicologia. O programa visa também à formação de redes humanas (multiplicadores no local de trabalho) e o desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada para a integração entre o indivíduo, a equipe e a instituição.

Na investigação sobre as causas – doenças que motivaram os afastamentos para ambas as secretarias, de 1995 a 2003 – o estudo apontou como principais os “transtornos mentais e comportamentais” e as “doenças do sistema osteomuscular”. O estudo investigou também as mudanças de atitudes, provocadas pela implantação do programa frente aos agentes estressores, em servidores que participaram do programa, e constatou que houve mudanças tanto em relação aos aspectos físicos quanto emocionais, tais como, percepção de fatores estressores, equilíbrio emocional perante os

¹⁵ ONG voltada para a transformação pessoal e social com sede em Porangaba – SP, coordenado pela Dr^a Susan Andrews, idealizadora do Programa Transforma.

problemas diários e diminuição da tensão, dos problemas digestivos, das dores de cabeça, da insônia e da perda ou excesso de apetite.

Campos (2006) caracterizou o perfil demográfico, clínico e ocupacional do servidor público estadual de Santa Catarina e as relações do adoecimento psicológico com as características do seu trabalho numa amostra de servidores das Secretarias de Estado da Saúde - SES, Educação - SED, Segurança Pública - SSP e Administração - SEA com diagnóstico de TMC e outras comorbidades (como patologias do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo). Os resultados revelaram o predomínio da faixa etária de 41 a 50 anos (50,7 %), sexo feminino (70%), casados (53,6%), ocupações com cargo de nível superior (47,7%) – dessas, os pedagogos/professores totalizaram 84,6%, funções desempenhadas predominantemente da área técnica (91,7%) e lotação na área finalística (80%). No que se refere ao percentual de afastamentos por TMC, destacaram-se a SED e SES com 44,3% e 42,7% do total, respectivamente, englobando doenças como depressão, estresse, fobias, dependência química e outras doenças associadas. Destacou-se ainda que 91,4% dos servidores afastados com TMC tinham dedicação exclusiva ao serviço público (91,4%) e que, no período de 2001 a 2005, prevaleceram os afastamentos de 31 a 180 dias (39,7%).

A autora constatou que há relação entre a característica do trabalho (condições; organização; relações sociais; exigências dos postos de trabalho; demandas da alternância do poder) e o adoecimento do servidor - aparecimento de TMC e outras doenças. Sugeriu a realização de novos estudos de caráter interdisciplinar e com o envolvimento das diversas partes – servidores, profissionais da saúde e dirigentes – a fim de aprofundar o

conhecimento na área e propor políticas de recuperação, prevenção e promoção da saúde.

1.3 ABSENTEÍSMO-DOENÇA

No decorrer da trajetória de busca na literatura de embasamento teórico para esta pesquisa, deparamo-nos com a necessidade irrefutável de compreender o significado de **absenteísmo-doença**, no que diz respeito aos aspectos conceituais, magnitude do problema e experiências de outros pesquisadores, tendo em vista que os estudos que se referem ao afastamento do trabalho convergem para esse tema.

1.3.1 Conceitualização

Para Chiavenato (1986), absenteísmo, também denominado de ausentismo ou absentismo, é a falta do empregado ao trabalho, devido principalmente à doença efetivamente comprovada, à doença não comprovada, a razões diversas de caráter familiar, a atrasos involuntários e a faltas voluntárias por motivos diversos.

Segundo Quick e Lapertosa (1982 apud SILVA e MARZIALE, 2000, p. 44), o absenteísmo está assim dividido:

absenteísmo voluntário (ausência no trabalho por razões particulares não justificada por doença); **absenteísmo por doença** (inclui todas as ausências por doença ou por procedimento médico, excetuam-se os infortúnios profissionais); absenteísmo por patologia profissional (ausências por acidentes de trabalho ou doença profissional); absenteísmo legal (faltas no serviço amparadas por leis, tais como: gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar) e absenteísmo compulsório (impedimento ao trabalho devido a suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que

não permita o trabalhador chegar ao local de trabalho. (Negrito nosso).

Com fundamento nessas conceituações, temos que **absenteísmo-doença** é a ausência do empregado ao trabalho em razão de seu adoecimento. Para a FUNDAÇÃO EUROPEIA, o absenteísmo-doença é definido como a “incapacidade temporária, prolongada ou permanente para trabalhar em resultado de doença ou enfermidade” (FUNDAÇÃO EUROPEIA, 1997. p. 11).

Mazzili (2004), citando Midorikawa (2000), considera dois tipos de absenteísmo, a saber: o tipo I que significa a falta pura e simples do empregado ao trabalho, com perda da produtividade das horas não trabalhadas, sendo mais fácil de ser mensurado e ter os custos calculados. O tipo II diz respeito aquele em que o trabalhador comparece ao trabalho, mas tem seu desempenho comprometido em decorrência de algum problema de saúde.

Assim sendo, a doença não implica necessariamente em absenteísmo laboral, contudo, continua sendo a principal razão do mesmo, pois os trabalhadores com problemas de saúde geralmente faltam mais ao trabalho e por tempo mais longo do que aqueles considerados saudáveis (FUNDAÇÃO EUROPEIA, 1997).

Apesar de o absenteísmo se referir a uma ação empreendida pelo trabalhador, qual seja, a ausência ao trabalho, as razões que o motivam nem sempre são devidas a ele, mas, 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 e aos impactos psicológicos de uma administração deficiente

(CHIAVENATO,1986). Essa questão foi apresentada pela FUNDAÇÃO EUROPEIA (1997) e Graça (1999), em que o processo de adoecer, faltar ao trabalho, melhorar de saúde e retomar ao trabalho decorre de um desequilíbrio entre aspectos relativos à pessoa e ao ambiente em que está inserida.

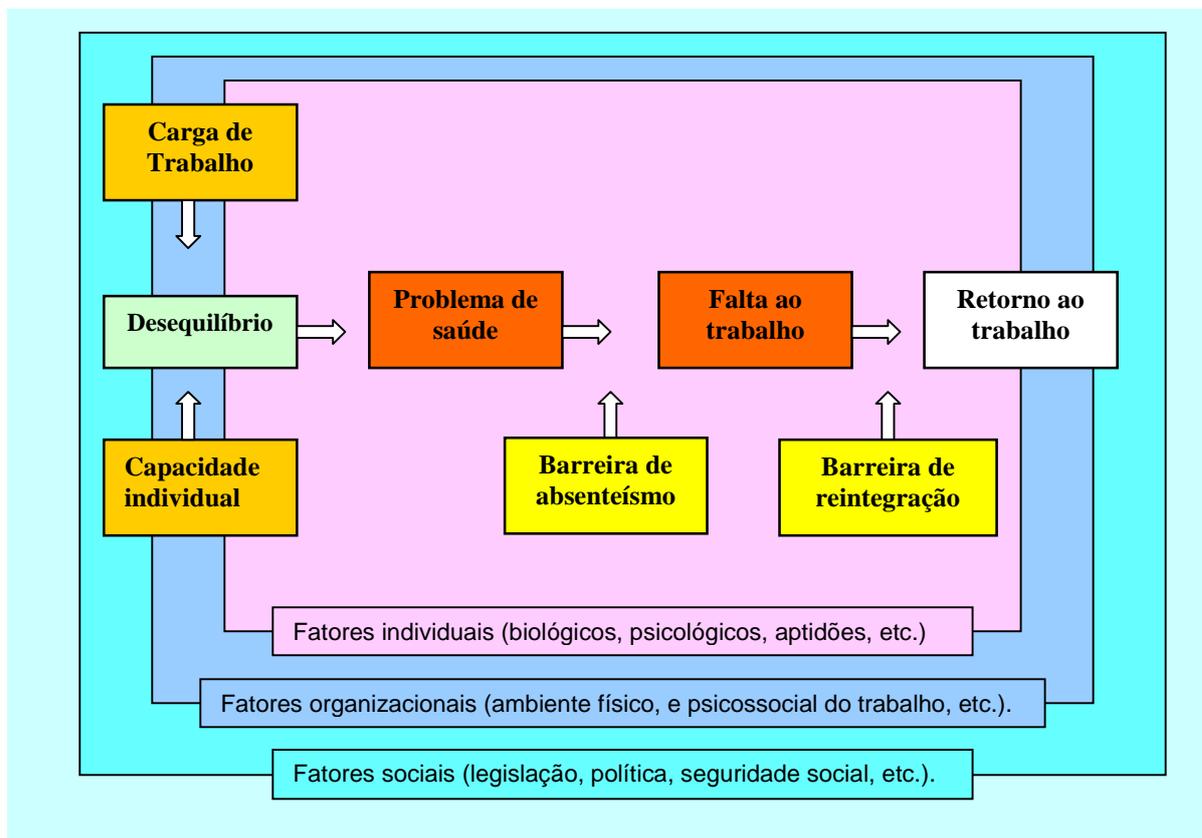


Figura 2 - O processo de adoecer, faltar ao trabalho, melhorar e voltar ao trabalho.

Fonte: adaptado de Fundação Europeia, 1997; Graça, 1999.

A Figura 2 representa o processo do absenteísmo-doença, no qual os problemas de saúde podem surgir em decorrência do desequilíbrio entre a carga de trabalho – entendida como as exigências físicas, mentais, cognitivas, psicológicas, entre outras – e a capacidade individual de dar respostas às mesmas, que envolve motivação, satisfação, qualificação, desenvolvimento técnico, humano e relacional, características sociodemográficas e outras.

Dado o adoecimento, faltar ou não ao trabalho será uma decisão tomada frente à barreira do absenteísmo, que diz respeito à relação custo-benefício para o trabalhador, abrangendo, dentre outras, a seriedade da doença, o clima organizacional da empresa, a pressão de colegas e chefia, as perdas de remuneração e de outros benefícios laborais, a política de seguridade social, a necessidade de avaliações periciais e o grau de motivação e satisfação com o trabalho (FUNDAÇÃO EUROPEIA, 1997; GRAÇA, 1999).

Uma vez rompida essa barreira, a duração do afastamento e o retorno ao trabalho dependerá também de múltiplos fatores - individuais, sociais, organizacionais – que constituem, por sua vez, a barreira de reintegração. Destacam-se, dentre eles, a gravidade do problema de saúde e suas seqüelas, a disponibilidade de tratamento e recuperação, as medidas periciais de acompanhamento da incapacidade, as pressões da empresa e da família, a motivação para retornar ao trabalho, o acolhimento e apoio de colegas e chefia, a oferta de programas de reabilitação e reintegração ao trabalho (FUNDAÇÃO EUROPEIA, 1997; GRAÇA, 1999).

O processo de adoecimento do trabalhador, entendido a partir desse prisma multidimensional, envolve vários aspectos da vida humana – individuais, sociais e organizacionais –, os quais podem contribuir de forma igualitária ou distinta. Assim, o adoecer não é um processo resultante apenas das atitudes ou decisões tomadas pelo trabalhador em relação a sua vida pessoal ou a sua atuação no trabalho, e sim, de uma série de fatores interrelacionados que configuram o ambiente onde vive e trabalha.

Embora a decisão de afastar-se do trabalho, em razão do adoecer, dependa do trabalhador, não há como culpabilizá-lo pelo adoecimento, e as

medidas organizacionais precisam estar fundamentadas nas causas do adoecimento e não apenas nos índices de absenteísmo-doença.

Assim, depreende-se desse contexto que absenteísmo-doença é um fenômeno complexo com implicações individuais, sociais e organizacionais, que demandam ações interdisciplinares e interinstitucionais capazes de investigar as suas causas e propor medidas de redução, incluindo ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e reintegração do indivíduo ao trabalho, com a ampla participação do trabalhador.

1.3.2 Absenteísmo-doença e a magnitude dos custos envolvidos

O absenteísmo-doença tem preocupado muitos países, como Suécia, Dinamarca, Finlândia, Noruega e Portugal, resultando em ações conjuntas de governos, organizações sindicais e sociais com vistas à sua redução (FUNDAÇÃO EUROPÉIA, 1997). É considerado um crescente e dispendioso problema ocupacional, como apontam estudos de pesquisadores suecos (HEIJBEL et al, 2005; VINGARD et al, 2005) e britânicos (STANSFELD et al, 1997; FEENEY et al, 1998).

A FUNDAÇÃO EUROPÉIA (1997), em sua investigação acerca do absenteísmo na União Européia, destacou os elevados custos diretos e indiretos, nos seguintes países: Bélgica, 1995 (2,4 bilhões de euros), Alemanha, 1995 (2,4 bilhões de euros), Países Baixos, 1995 (4,1 bilhões de euros) e Reino Unido, 1994 (13,2 bilhões de euros). Excetuando os valores referentes ao Reino Unido, que são atribuídos às perdas de produtividade, tais cifras referem-se aos subsídios pagos pelo sistema de seguridade social.

Os custos diretos incluem o pagamento de benefícios por doença, com a substituição do trabalhador e com a perda da produtividade. Os custos indiretos ou custos ocultos compreendem aspectos mais difíceis de serem mensurados, tais como a repercussão negativa do absenteísmo-doença aos demais funcionários pela demanda adicional de trabalho, os custos com o gerenciamento do absenteísmo e o impacto sobre o treinamento e o desenvolvimento que atingem todos os níveis de produção da organização (BARHAM e BEGUM, 2005). Em relação aos custos indiretos, Guimarães (2005) afirmou que são quatro vezes maiores que os custos diretos, na maioria dos casos.

A política de pagamento da ausência temporária do trabalho por doença, que tem grande impacto no orçamento público, pode, por um lado, favorecer os empregados frente à possibilidade de expansão de seus direitos e, por outro, ter influências sobre o próprio mercado de trabalho onde empregadores podem deixar de empregar os grupos mais vulneráveis ao adoecimento (BLIKSVAER e HELLIESEN, 1997).

Os mesmos autores registraram certa correspondência entre a taxa de ausência e a facilidade de aquisição do benefício seguro-doença. Ou seja, entre as taxas de absenteísmo e a “generosidade” da política de benefícios, em que os Estados Unidos e a Suécia se enquadram como exemplos. A comparação entre 11 países mostrou dois extremos. De um lado, os EUA com baixas taxas de absenteísmo e ausência de um sistema público de benefício-doença, e, de outro, a Suécia, com altas taxas de absenteísmo e a presença de um sistema público, amplo e relativamente generoso de benefício-doença.

A “generosidade” a que se referem diz respeito às características do sistema de seguridade social relacionadas à incapacidade temporária para o trabalho, tais como, exigência de atestado médico, continuidade do vencimento integral, nível de subsídios pagos, duração máxima do benefício.

Mesa e Kaempffer (2004) destacaram essa questão ao analisarem o absenteísmo-doença no Chile, apontando que o subsídio por enfermidade foi o mais relevante devido à quantidade de dias utilizados e pelos custos financeiros envolvidos, e, ainda, que existe um forte debate sobre mudanças possíveis de serem realizadas no sistema de benefícios para absenteísmo-doença.

No Brasil, a magnitude do problema pode ser dimensionada a partir dos custos diretos que representaram os afastamentos por doença aos cofres públicos, em que os valores correspondentes ao auxílio-doença previdenciário, concedido em 2005, alcançaram R\$1,1 bilhão (397 milhões de euros)¹⁶; no serviço público federal, contabilizaram-se R\$ 300 milhões (108 milhões de euros) por ano¹⁷ e, no serviço público estadual de Santa Catarina, giraram em torno de R\$12 milhões (6,5 milhões de euros) em 2001 (considerando apenas as áreas da saúde, educação e segurança pública)¹⁸.

Os estudos aqui apresentados mostram que os gastos com absenteísmo são substanciais e preocupantes e que, mesmo em países com políticas

¹⁶ Dados obtidos em: MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/aeps2005/14_01_02_01.asp. Acesso em: 22 de junho de 2006.

¹⁷ Dados obtidos em: MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Boletim Contato Nº 43. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.servidor.gov.br/publicação/boletim_contato_05/contato_43.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2006.

¹⁸ SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO. Núcleo de Saúde do Servidor. Disponível em: <www.sea.sc.gov.br> Acesso em: 25 de maio de 2005.

coibitivas, o absenteísmo pode assumir proporções alarmantes, revelando a sua complexidade e a necessidade de cautela na formulação de políticas.

Embora a maior preocupação, em geral, sejam os custos que o absenteísmo representa e o fato de todas as partes envolvidas - governos, empregadores, empregados, companhias de previdência e a sociedade como um todo – arcarem, de alguma forma, com os prejuízos, se o absenteísmo for analisado apenas pelo enfoque financeiro, deixa à parte a compreensão do sofrimento humano que perpassa esse fenômeno.

1.3.3 Estudos sobre absenteísmo-doença

Pesquisa realizada na base de dados *Medline*, *Scielo* e LILACS para fins deste estudo, utilizando os descritores setor público, saúde do trabalhador, trabalhadores, perfil de saúde, absenteísmo e licença médica, mostrou escassez de estudos sobre afastamentos do trabalho por doença em servidores públicos no Brasil. Os estudos que aparecem restringem-se a alguns grupos de profissionais, tais como os servidores de universidades (SANTO et al, 1992) e de hospitais (GUIMARÃES, 2005; ISOSAKI, 2004; ALVES e GODOY, 2001; SILVA e MARZIALE, 2000).

Acerca do impacto do absenteísmo sobre os serviços de nutrição e dietética em unidades hospitalares, Isosaki (2004) destaca que esse é um dos principais problemas, pois afeta a eficácia e, principalmente, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, de igual maneira em instituições públicas e privadas.

Alves e Godoy (2001) também fazem reflexões sobre as implicações do absenteísmo-doença nos hospitais, que têm assumido crescente significância diante do enxugamento do quadro de pessoal, e dos custos diretos – auxílio-doença e indiretos –, desorganização no trabalho em equipe, alterações na qualidade e quantidade da assistência prestada ao paciente, sobrecarga de trabalho e problemas administrativos.

Em consequência desses problemas, Marziale e Silva (2000) também apontaram a mesma preocupação envolvendo trabalhadores de enfermagem, uma vez que constituem obstáculos para as chefias de enfermagem manterem a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Foram encontrados, da mesma forma, alguns estudos internacionais sobre absenteísmo-doença, como aqueles conduzidos pelo grupo de pesquisadores dos estudos Whitehall, numa população de servidores públicos britânicos (FEENEY et al, 1998; STANSFELD et al, 1997; FERRIE et al, 2007) e outros realizados na Suécia (VINGARD et al, 2005; HEIJBEL et al, 2005).

O número de pesquisas, utilizando registros de absenteísmo-doença como indicador de saúde entre trabalhadores, aumentou na Inglaterra, mostrando uma forte associação entre tal indicador e diversas medidas de adoecimento. Uma das vantagens da utilização desse indicador reside no fato de que os dados são coletados de forma rotineira, adequando-se ao estudo de tendências e eliminando, além disso, o viés de recordação. Por outro lado, qualquer erro no registro das doenças, no que diz respeito à gravidade ou sub-registros pode implicar em distorções (FERRIE et al, 2007).

Variáveis relacionadas aos registros de absenteísmo de servidores públicos britânicos têm sido investigadas, incluindo as socioeconômicas e

demográficas (FEENEY et al, 1998), além de investigações de patologias específicas, como problemas mentais, por exemplo, por estarem se tornando a mais importante causa de absenteísmo-doença, caracterizada por ausências repetidas e de períodos longos (STANSFELD et al, 1997).

Os estudos referenciados da Suécia concentraram-se principalmente ao absenteísmo-doença em mulheres, que, nesse país, representam 21% da força laboral do setor público, constituindo-se em um problema de grande relevância, pois as taxas de afastamento têm aumentado dramaticamente. Há nesse contexto um descompasso, uma vez que os habitantes da Suécia apresentam uma situação de saúde muito boa e uma expectativa de vida alta. Por outro lado, há o envelhecimento da força laboral, elevadas taxas de emprego, tanto entre homens e mulheres, e um sistema de seguridade social bastante generoso (VINGARD et al, 2005; HEIJBEL et al, 2005).

Considerando os aspectos destacados nesses estudos, reafirma-se a necessidade de realizar mais investigações sobre o tema proposto, utilizando-se como indicador os registros oficiais de afastamento do trabalho por motivo de doença.

1.4 RELAÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE-DOENÇA

No trabalho, o indivíduo passa grande parte de seu tempo vivenciando situações diversas para desempenhar seu papel – exigências físicas e mentais, condições inadequadas de trabalho, conflitos gerenciais, interações pessoais, mudanças políticas e organizacionais – que podem interferir na sua condição de saúde. Assim, “a relação saúde e trabalho não diz respeito apenas ao

adoecimento, aos acidentes e ao sofrimento. Para os trabalhadores, a saúde é construída no trabalho” (ASSUNÇÃO, 2003, p. 1014).

O Ministério da Saúde (2001) aponta a multiplicidade dos fatores determinantes da condição saúde-doença dos trabalhadores, compreendendo os 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.

Reconhecidamente 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.

A depender da forma como o processo de trabalho é organizado, o cotidiano no local de trabalho é configurado por contextos nos quais os modos de se trabalhar, de se relacionar, de lidar com o tempo, com o espaço e com os equipamentos são sabidamente danosos à saúde (SATO, 2002, p. 1148).

Sato (2002) discorre sobre a necessidade de replanejar o trabalho, a fim de prevenir agravos à saúde do trabalhador, com a participação do mesmo nas negociações e dos diversos atores envolvidos no processo produtivo, constituindo processos de negociação. Ao falar sobre replanejar o trabalho, está se referindo a um tema que se insere nas ações relacionadas à saúde do trabalhador, voltadas à prevenção de determinados problemas de saúde, tais como os problemas mentais, osteomusculares e acidentes de trabalho. Implica também, na reflexão sobre o que é o local de trabalho, como é construído, quais são seus elementos e qual é o papel das pessoas, sem deixar de lado

sua verdadeira significância como parte das organizações, entendendo-as como:

processos de interação social onde pessoas, também investidas de papéis de trabalho, procuram fazer valer seus interesses, seus valores e crenças; onde, para decifrá-la, devemos ter, sobretudo, a certeza de que no local de trabalho, apesar de o corpo gerencial e o capital buscarem “recursos humanos”, **as pessoas continuam sendo pessoas**, apesar das exigências das condições de trabalho e de processos de trabalho organizados para aqueles “recursos”. (SATO, 2002, p. 1155). (Negrito nosso).

Nesse contexto, é preciso considerar que as pessoas possuem limitações, estão sujeitas ao adoecimento, ao sofrimento e ao desgaste que o trabalho pode provocar, sem desconsiderar a influência que outros fatores exercem sobre a sua saúde, como os políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos.

Assim, emerge a necessidade de preservar a saúde dos trabalhadores, em que:

a construção da saúde é a mobilização consciente ou não das potencialidades de adaptação do ser humano, permitindo-lhe interagir com o meio de trabalho, lutando contra o sofrimento, contra a morte, as deficiências, as doenças e a tristeza. (ASSUNÇÃO, 2003, p.1014).

Em minha vivência prática, participando de reuniões com setoriais de recursos humanos, foi possível observar a partir de relatos de casos, que o servidor público também adoece em decorrência de conflitos vivenciados no local de trabalho, tais como adaptação às novas tecnologias, mudanças governamentais, reformas administrativas, assédio moral, conflitos gerenciais e pessoais e, também, de condições de trabalho inadequadas. O enfrentamento desses conflitos pode ser penoso ao servidor e acaba por interferir na sua saúde ou desestimular seu retorno ao trabalho após um período de afastamento.

Essa questão foi bem retratada recentemente em pesquisa, realizada com servidores públicos catarinenses portadores de TMC, e assim observada:

variáveis relacionadas às condições, organização e relações sociais do trabalho são fatores constitutivos do adoecimento psicológico ou físico desses trabalhadores: o ritmo do trabalho, pressão para a realização das tarefas, grau de responsabilidade dos servidores, tensão muscular, postura desconfortável, tempo de exposição ao computador, equipamentos obsoletos, relacionamentos interpessoais frágeis com chefias e colegas, frequência de sintomas visuais e musculares relacionados ao estresse, insatisfação com o trabalho, fadiga física e mental, uso de álcool e outras drogas, distúrbios do sono e alimentares, ansiedade, nervosismo e apatia. (CAMPOS, 2006, p.137).

Conclusões semelhantes foram obtidas ao ser investigado o tema “trabalho e riscos de adoecimento” numa população de servidores públicos – Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira –, em 2002, por meio de indicadores de adoecimento e de prazer-sofrimento no trabalho. Os resultados permitiram aos autores inferirem que

possivelmente a precariedade das condições de trabalho, o controle exercido pela organização do trabalho, o desgaste e a insegurança, mesmo em níveis moderados, assumem força no grupo pesquisado, podendo ser responsáveis pelos sintomas de adoecimento. (FERREIRA e MENDES, 2003, p. 95).

Os autores apontam para a necessidade de se oferecer suporte institucional para evitar o adoecimento, o que significa investir em medidas que melhorem as condições, a organização e as relações de trabalho.

Pesquisando a relação entre satisfação, aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores, Martinez, Paraguay e Latorre (2004) concluíram que a satisfação no trabalho está relacionada à saúde dos trabalhadores no que se refere aos aspectos saúde mental e capacidade para o trabalho, sugerindo diretrizes para as mudanças na concepção e organização do trabalho.

O grande desafio é buscar a transformação da organização, dos processos e das condições de trabalho; é superar os impactos das novas

tecnologias; é encontrar formas saudáveis de adaptar-se às mudanças impostas pelo mundo globalizado. Para os profissionais que atuam nessa área, é ver o trabalhador desempenhar o seu papel em um ambiente que não ofereça riscos à sua saúde, sem adoecimento, sem sofrimento e sem morte em decorrência do trabalho.

1.5 DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

No tópico anterior, destacou-se que os fatores resultantes da organização do trabalho podem ser determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores. Assim, é possível deduzir que algumas doenças que motivam o afastamento dos trabalhadores podem estar relacionadas ao trabalho, com “implicações éticas, técnicas e legais que se refletem sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse segmento da população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 27).

Além disso, essas doenças afligem de maneira distinta a sociedade como um todo, e não apenas aos trabalhadores. Às empresas preocupam os custos da produção, que acabam refletindo na economia pela elevação dos preços de bens e serviços. Ao Estado, preocupam os custos com a previdência e com a atenção à saúde dos trabalhadores. Conquanto esses custos para a sociedade sejam altos, os maiores prejuízos, ainda, recaem sobre os trabalhadores e suas famílias, pela redução da renda, interrupção do emprego, gastos com a acomodação no domicílio (WÜNSCH FILHO, 2004) e, soma-se a esses prejuízos materiais, o sofrimento resultante da doença ou incapacidade, que dificilmente são dimensionados.

As doenças relacionadas ao trabalho estão listadas no Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde: Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicado pelo Ministério da Saúde, manual 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A finalidade desse tópico é pautar sobre alguns aspectos referentes às doenças relacionadas ao trabalho, tais como classificação, fatores de risco e instrumentos de investigação apresentados no referido manual que, a propósito do adoecimento dos trabalhadores, destaca:

Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. (MENDES e DIAS, 1999 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 27).

Assim entendido, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará de combinação de causas comuns à população em geral com aquelas relacionadas ao trabalho, sendo classificadas em quatro grupos:

- Doenças comuns: aparentemente sem qualquer relação com o trabalho;
- Doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, etc.), eventualmente modificadas no aumento da frequência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho [...];
- Doenças comuns que tem o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho [...];
- Agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais [...]. (MENDES e DIAS, 1999 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 27).

As doenças relacionadas ao trabalho são constituídas pelos três últimos grupos. Segundo a classificação de Schilling (1984), tais doenças estão inseridas em três grupos conforme a sua relação com o trabalho:

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 freqüentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexa 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, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ou profissões. (SCHILLING, 1984 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 28).

Alguns exemplos de doenças, segundo essa classificação, estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação das doenças segundo sua relação com o trabalho

Categoria	Exemplos
I – Trabalho como causa necessária	Intoxicação por chumbo; Silicose; Doenças profissionais legalmente reconhecidas
II – Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doença coronariana; Doenças do aparelho locomotor; Câncer; Varizes dos membros inferiores
III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Bronquite crônica; Dermatite de contato alérgica; Asma; Doenças mentais

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 28)

As doenças profissionais fazem parte da categoria I, para as quais a relação causal ou nexa causal é direto e imediato e a supressão do agente causal é possível por meio de medidas de controle e substituição. Já as demais são causadas por múltiplos fatores de risco, em que o trabalho poderia ser entendido como um deles, cujo estabelecimento do nexa causal exige investigação epidemiológica.

Quanto aos fatores de risco para a saúde e segurança do trabalhador, presentes ou relacionados ao trabalho, há cinco agrupamentos:

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

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

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

ERGONÔMICOS E PSICOSSOCIAIS: decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros;

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

Os agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional estão relacionados às respectivas doenças na portaria/MS Nº. 1.339, de 18 de novembro de 1999. O rol das doenças relacionadas ao trabalho é bastante extenso, não cabendo aqui apresentá-lo, já que está disponível no documento elaborado pelo Ministério da Saúde, citado anteriormente, em que as doenças estão codificadas em consonância com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10. Destacaremos, no entanto, as doenças diagnosticadas com mais frequência na análise de dois importantes pesquisadores da área.

Mendes (1988) mencionou algumas doenças relacionadas ao trabalho, considerando estarem entre as causas mais comuns de morbidade, e algumas até de incapacidade, como a hipertensão arterial, as doenças respiratórias crônicas – bronquite, enfizema pulmonar e asma brônquica, as doenças do aparelho locomotor – dores na coluna, osteoartroses, cérvico-braquialgias,

tenossinovites, dentre outras, e, por fim, relacionou os distúrbios mentais e o estresse.

Wünsch Filho (2004) também se ocupou da análise do perfil de trabalhadores com doenças relacionadas ao trabalho e apontou a LER e a perda auditiva induzida por ruído (PAIR) como as principais doenças mais notificadas, e que a asma e os transtornos mentais e comportamentais começam a se destacar de forma expressiva, com tendência a assumirem maior relevância nas próximas duas décadas.

As investigações das relações saúde-trabalho-doença podem ser conduzidas por meio de instrumentos e abordagens diversas, dependendo da natureza ou níveis de aplicação, se individual ou coletivo. No Quadro 2, estão descritos instrumentos e recursos que podem ser utilizados para tal finalidade.

Quadro 2 – Instrumentos da investigação das relações saúde-trabalho-doença.

Natureza	Nível de Aplicação	Abordagem / Instrumentos	
Dano ou Doença	Individual	Clínica	História clínica/Anamnese Ocupacional
		Complementar (laboratoriais; toxicológicos; provas funcionais)	Exames laboratoriais, provas funcionais
	Coletivo	Estudos epidemiológicos	<ul style="list-style-type: none"> Estudos descritivos de morbidade e mortalidade Estudos analíticos, tipo caso-controle, de “coorte” prospectivos e retrospectivos
Fatores ou Condição de Risco	Individual	<ul style="list-style-type: none"> Estudo do posto ou estação de trabalho, por meio da análise ergonômica da atividade Avaliação ambiental qualitativa ou quantitativa, de acordo com as ferramentas da Higiene do Trabalho 	
	Coletivo	<ul style="list-style-type: none"> Estudo do posto ou estação de trabalho, por meio da análise ergonômica da atividade Avaliação ambiental quantitativa e qualitativa Elaboração do mapa de risco da atividade Inquéritos coletivos 	

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 29)

Dentre os instrumentos coletivos apresentados, destaca-se a abordagem epidemiológica, na qual está inserido este estudo. Contudo, o escopo dessa investigação não se refere à relação causal das doenças que motivaram o afastamento de servidores e o trabalho em que estão inseridos. A comparação entre as principais doenças identificadas nos servidores públicos do Estado de Santa Catarina, com a classificação aqui apresentada, poderá se constituir em pistas para investigações futuras.

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Analisar a tendência temporal da evolução das taxas de afastamento do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos estaduais, das Secretarias de Estado da Saúde e da Administração do Estado de Santa Catarina, no período compreendido entre 1995 a 2005.

3.2 ESPECÍFICOS

- Calcular as taxas de afastamento por licença para tratamento de saúde, segundo Secretaria de Estado, sexo, grupos de patologia e regiões do Estado, para cada ano de estudo;
- Relacionar os afastamentos, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas e variáveis relativas ao trabalho;
- Relacionar os motivos dos afastamentos, conforme capítulos da CID10;
- Calcular a tendência das taxas de afastamento, segundo Secretaria de Estado e sexo.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico exploratório de séries temporais.

Os estudos ecológicos, segundo Medronho (2005), referem-se àqueles cuja unidade de análise é uma população ou um grupo de pessoas, geralmente pertencentes a uma área geográfica definida e tem como objetivo mais comum a formulação de hipóteses etiológicas de um determinado evento.

O estudo exploratório de séries temporais avalia “a evolução das taxas de doença ao longo do tempo em uma determinada população geograficamente definida” (MEDRONHO, 2005, p. 193).

As vantagens desse tipo de estudo é que são mais rápidos e mais baratos.

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi constituída de servidores públicos estaduais do poder executivo, lotados na Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Secretaria de Estado da Administração (SEA), civis estatutários, afastados por

licença para tratamento de saúde, no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2005.

Os servidores públicos estaduais são classificados, segundo vínculo com o Estado, a saber: Civil Estatutário, Admitido em Caráter Temporário (ACT) e Celetista (CLT). Os servidores civis estatutários, regidos por estatuto próprio, são avaliados pela perícia médica estadual nos afastamentos para tratamento de saúde superiores a 3 (três) dias; já os ACT e CLT são igualmente avaliados para concessão dos primeiros 15 dias de afastamento e encaminhados ao Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS – para concessões superiores a esse período, para fins de recebimento do auxílio-doença¹⁹.

O estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de Santa Catarina, em seu Art. 64, prevê a concessão de Licença para Tratamento de Saúde

ao funcionário que, por motivo de saúde, esteja impossibilitado de exercer o seu cargo, será concedida licença com remuneração, mediante inspeção do órgão médico oficial, até 24 (vinte e quatro) meses, prorrogáveis por idêntico período, guardado o sigilo médico. (SANTA CATARINA, 1985).

O órgão médico oficial, mencionado no referido Estatuto, está vinculado à SEA, sendo responsável pela avaliação pericial e concessão do benefício aos servidores do Poder Executivo, distribuídos em diversos órgãos da Administração Direta, Indireta, Autárquica e Fundacional.

Após avaliação pericial, os dados referentes ao afastamento do servidor são incluídos no Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) da SEA, por servidores administrativos do órgão pericial, constituindo um

¹⁹ Benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. No caso dos trabalhadores com carteira assinada, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador, a Previdência Social paga a partir do 16º dia de afastamento do trabalho (http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/beneficios_06.asp).

banco de dados específico. O SIGRH é de acesso restrito a servidores previamente autorizados.

A escolha das Secretarias de Estado deu-se a partir do levantamento preliminar do quantitativo de servidores afastados por LTS, no período de 1995 a 2005, por órgão do Estado, que revelou seis áreas em que os afastamentos foram proporcionalmente maiores (Tabela 2).

Dessas, a SES e a SEA foram selecionadas em razão da natureza do trabalho, em que a primeira representa um órgão de prestação de serviço à população, constituindo-se de uma área reconhecidamente danosa à saúde do trabalhador, e a segunda, por tratar-se de um órgão com atividade predominantemente burocrática, gestora dos sistemas administrativos do Estado. Outro aspecto considerado foi a diferença salarial entre os servidores das respectivas secretarias, sendo a SEA detentora de salários mais altos.

Ressalta-se que ambas as secretarias integram a estrutura organizacional da administração direta do Poder Executivo do Governo do Estado de Santa Catarina (SC) e são responsáveis pelo desenvolvimento de funções de natureza técnico-política, de forma contínua e ininterrupta, atendendo às necessidades da sociedade catarinense (SANTA CATARINA, 2005_c).

A SEA é gestora dos sistemas administrativos (material e serviços, recursos humanos, patrimonial e documental) e a responsável pela política de saúde do servidor público estadual – perícia médica e saúde ocupacional. A SES desenvolve atividades relacionadas com o Sistema Único de Saúde: saúde pública e medicina preventiva, atividades médicas, paramédicas odontológicas e sanitárias, educação para a saúde, administração hospitalar e

ambulatorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saneamento básico e atividades de meio ambiente relacionadas com a sua área de atuação, pesquisa, produção e distribuição de medicamentos básicos e formulação de políticas de saúde (SANTA CATARINA, 2006; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2004).

Tabela 2 – Quantitativo de servidores afastados por Licença para Tratamento de Saúde, no período de 1995 a 2005, segundo órgãos do Estado de Santa Catarina.

ÓRGÃO	1995		2000		2005	
	n	%	n	%	n	%
SED	4855	60,36	4901	54,67	3916	45,83
SES	1883	23,41	1556	17,36	1912	22,38
SSP	367	4,56	362	4,04	409	4,79
DEINFRA	162	2,01	222	2,48	117	1,37
SEF	157	1,95	104	1,16	108	1,26
SEA	99	1,23	82	0,91	87	1,02
DEMAIS	520	6,47	1737	19,38	1996	23,36
Total	8043	100,00	8964	100,00	8545	100,00

SED – Secretaria de Estado da Educação, Ciência e Tecnologia; SES – Secretaria de Estado da Saúde; SSP - Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão; DEINFRA – Departamento Estadual de Infra-estrutura; SEF - Secretaria de Estado da Fazenda; SEA - Secretaria de Estado da Administração.

Fonte: SIGRH/SEA, 2006.

Em 2005, os servidores lotados na SEA totalizavam 754 (54,4% homens e 45,6% mulheres) e na SES 10435 (34% homens e 66% mulheres), perfazendo cerca de 22% do total de servidores do estado. Em ambas, a maior parte dos servidores concentra-se na região da Grande Florianópolis.

3.3 FONTE DE DADOS

O banco de dados deste estudo foi construído a partir 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.

Foram obtidos da mesma base de dados as seguintes informações que constituirão os denominadores utilizados em cálculos estatísticos de taxas de afastamento:

- O quantitativo de servidores civis estatutários lotados em cada secretaria, no mês de julho de cada ano do estudo;
- O quantitativo de servidores civis estatutários lotados em cada regional, segundo sexo e Secretaria de Estado em cada ano do estudo.

3.4 VARIÁVEIS

As variáveis selecionadas para este estudo foram as seguintes: órgão de lotação, sexo, idade, escolaridade, cor ou raça, estado civil, cargo, faixa salarial, diagnóstico médico, tempo de trabalho, dias de afastamento, lotação e região de atendimento, cuja categorização está descrita no Quadro 3.

Para a variável sexo, manteve-se a distribuição em categorias conforme o banco original. Para cor ou raça, foram assumidas as categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): branca, preta, amarela, parda, indígena e não informada. Para a variável estado civil, foram agrupadas as variáveis originais: casado com marital e divorciado com separado judicialmente, o que resultou em casado e divorciado, respectivamente. A escolaridade, originalmente 14 categorias, foi agrupada em: analfabeto (analfabeto), básico (alfabetizado sem curso; 4ª série incompleta; 4ª série completa; 5ª a 8ª série incompleta; 5ª a 8ª série completa), médio (2º grau

incompleto; 2º grau completo), superior (superior incompleto; superior completo; especialização; mestrado; doutorado) e não informado.

Quadro 3 – Categorização das variáveis do estudo.

VARIÁVEL	BANCO ORIGINAL		BANCO DO ESTUDO	
	CATEGORIA	TIPO	CATEGORIA	TIPO
Órgão de lotação	SES; SEA	Catagórica nominal	SES; SEA	Catagórica nominal
Sexo	Masculino; Feminino	Catagórica nominal	Masculino; Feminino	Catagórica nominal
Idade	Data de nascimento	Quantitativa Contínua	Até 30 anos; 31 a 40 anos; 41 a 50 anos; > 50 anos	Catagórica ordinal
Cor ou raça	Indígena; branca; negra; amarela; parda; não informado.	Catagórica nominal	Indígena; branca; preta; amarela; parda; não informado	Catagórica nominal
Estado Civil	Solteiro; casado; viúvo; separado judicialmente; divorciado; marital.	Catagórica nominal	Solteiro; casado; divorciado; viúvo; Não informado	Catagórica nominal
Escolaridade	Analfabeto; alfabetizado sem curso; 4ª série incompleta; 4ª série completa; 5ª a 8ª série incompleta; 5ª a 8ª série completa; 2º grau incompleto; 2º grau completo; superior incompleto; superior completo; especialização; mestrado; doutorado	Catagórica nominal	Analfabeto Básico Médio Superior Não informado	Catagórica nominal
Cargo	Descrição do cargo	Catagórica nominal	Operacional Técnico Superior gerenciamento	Catagórica nominal
Diagnóstico médico	Códigos CID 9 e CID 10	Catagórica nominal	Capítulos CID 10	Catagórica nominal
Tempo de serviço	Data de admissão	Quantitativa Contínua	Até 5 anos; 6 a 10 anos; 11 a 15 anos; 16 a 20 anos; 21 a 30 anos; > 31 anos	Catagórica ordinal
Dias de afastamento	Data do início do afastamento e data do término do afastamento	Quantitativa Contínua	Até 15 dias; 16 a 30 dias; 31 a 60 dias; 61 a 90 dias; 91 a 120 dias; >120 dias.	Catagórica ordinal
Faixa salarial	Valor em reais	Quantitativa contínua	1 a 3 SM; 3,1 a 6SM; 6,1 a 9SM; > 9SM	Catagórica ordinal
Lotação	Descrição da lotação	Catagórica nominal	Meio Finalística	Catagórica nominal
Região	Descrição da região de atendimento	Catagórica nominal	Oeste; Norte; Serrana; Vale do Itajaí; Grande Florianópolis; Sul	Catagórica nominal

SES – Secretaria de Estado da Saúde; SEA – Secretaria e Estado da Administração; CID 9 – Classificação Internacional de Doenças – 9ª revisão; CID 10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão.

As variáveis que eram originalmente quantitativas contínuas foram transformadas em categóricas ordinais, quais sejam: idade; tempo de serviço; dias de afastamento. A variável salário, originalmente numérica contínua, foi transformada de reais para salários-mínimos e assim categorizada: menor ou igual a 3 salários mínimos (SM); 3,1 a 6 SM; 6,1 a 9 SM; acima de 9 SM). O cargo foi agrupado com base nos grupos ocupacionais do plano de carreira de ambas as Secretarias de Estado, vigente no ano de 2005 (SANTA CATARINA, 1993; SANTA CATARINA, 2005_a) e constam do APÊNDICE A.

A variável lotação foi agrupada segundo a estrutura organizacional de ambas as secretarias e categorizada em atividade meio e finalística. A variável regional de atendimento foi categorizada segundo as mesorregiões geográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para SC: Oeste, Norte, Serrana, Vale do Itajaí, Grande Florianópolis e Sul (Figura 3).

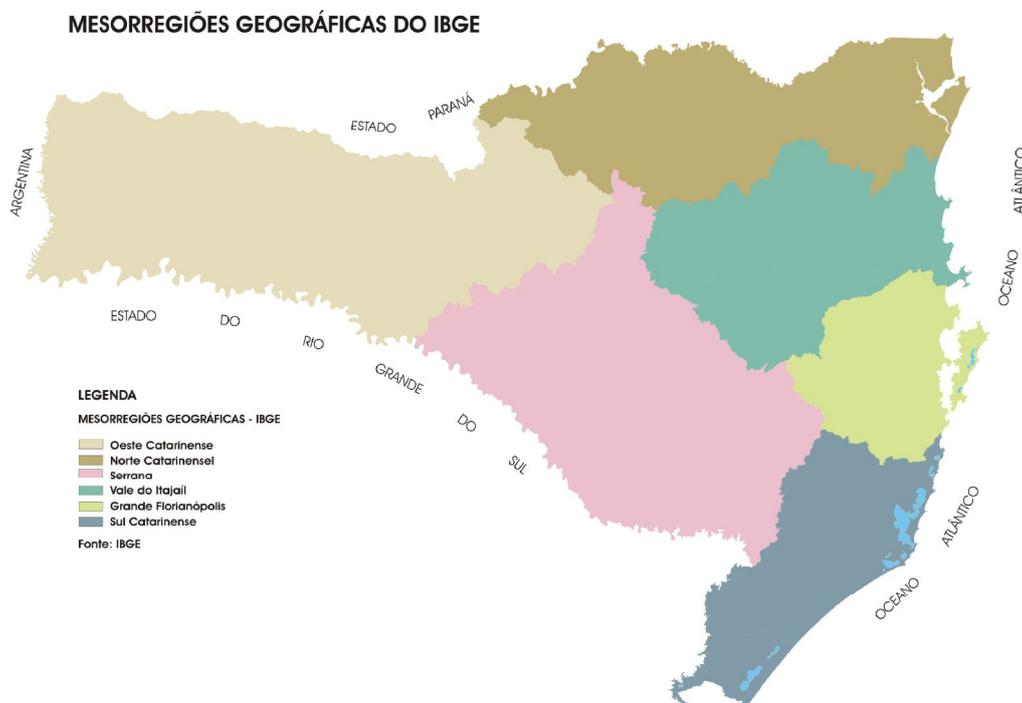


Figura 3 - Mesorregiões geográficas de Santa Catarina, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O diagnóstico médico da doença que originou o afastamento estava codificado segundo a 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 9) para o período de 1995 a 2000 e segundo a 10ª revisão para os anos de 2000 a 2005. Esses códigos foram compatibilizados e apresentados segundo os capítulos da CID10 (APÊNDICE B).

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada a estatística descritiva para os afastamentos por LTS, por meio da distribuição de frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Foram calculadas as taxas de afastamento para os anos de 1995 a 2005, segundo sexo, Secretaria de Estado e capítulos da CID 10.

Para análise das tendências das taxas de afastamento, utilizou-se o procedimento de Prais-Winsten para regressão linear generalizada, que permitiu avaliar se as taxas estavam em ascensão, declínio ou estacionárias. Foram calculados os respectivos intervalos de confiança (95%) e considerada estacionária a tendência cujo coeficiente de regressão não foi diferente de zero ($p > 0,05$) (BOING et al, 2006). Utilizou-se o programa STATA 9 (Stata Corporation, College Station, Estados unidos).

Os grupos de patologias identificados como mais freqüentes foram comparados com as doenças relacionadas ao trabalho listadas pelo Ministério da Saúde, apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Grupo de doenças relacionadas ao trabalho e respectiva correspondência da Classificação Internacional de Doenças - CID10.

DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO	GRUPO CORRESPONDENTE DA CID 10
Doenças infecciosas e parasitárias	Grupo I
Neoplasias (tumores)	Grupo II
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	Grupo III
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Grupo IV
Transtornos mentais e do comportamento	Grupo V
Doenças do sistema nervoso	Grupo VI
Doenças do olho e anexos	Grupo VII
Doenças do ouvido	Grupo VIII
Doenças do sistema circulatório	Grupo IX
Doenças do sistema respiratório	Grupo X
Doenças do sistema digestivo	Grupo XI
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	Grupo XII
Doenças do sistema osteomuscular	Grupo XIII
Doenças do sistema genito-urinário	Grupo XIV

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001.

4 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina em 25/06/2007, registrado sob Nº118/07, em consonância com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

O titular da pasta da Secretaria de Estado da Administração do Estado de Santa Catarina foi contatado e deu consentimento para utilização dos dados secundários, assegurando-se o sigilo das informações obtidas.

O parecer consubstanciado do projeto encontra-se no ANEXO A.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALVES, M. e GODOY, S.C.B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 5, n. ½, p. 73-81, jan./dez., 2001.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p.1005-1018, 2003.

BARBOZA, D.B. e SOLER, Z.A.S.G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p.177-83, mar./abr., 2003.

BARHAM C. e BEGUM N. Sickness absence from work in the UK. **National Statistics feature**, Abr. 2005. 9p. Disponível em: <http://www.statistics.gov.uk/articles/labour_market_trends/sick_absence_Apr05.pdf>. Acesso em: junho de 2007.

BELLUSCI S.M. e FISCHER F.M. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n. 6, p.602-609, dez., 1999.

BLIKSVAER T., HELLIEN A. Sickness Absence: A Study of 11 LES Countries. **Luxembourg Employment Study Working paper Series**, Oslo, no 3, abr.,1997. Disponível em: <www.lisproject.org/publications/leswps/leswp3.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2007.

BOFF, B. M., LEITE, D.F. e AZAMBUJA, M.I.R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Rev. De Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.3, jun., 2002. p.337-342. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de maio de 2006.

BOING A.F., PERES, M.A. e ANTUNES, J.L.F. Mortality from oral pharyngeal câncer in Brazil: trends and regional patterns, 1979-2002. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.20, n.1, 2006, p.1-8. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Mar 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei Federal nº 8112, de 11/12/1990^a. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF, DOU DE 12/12/90. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8112.htm>. Acesso em: 20 de novembro de 2007.

BRASIL. Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990^b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, D.O.U. 20 set. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: novembro de 2007

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: set. de 2007.

CAMPOS I. C. M. **Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho de servidores públicos estaduais**. 2006. 185f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

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

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

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>. Acesso em: junho de 2006.

EUROPA. Síntese da legislação, 2007. Disponível em: <http://europa.eu/scadplus/leg/pt/cha/c11111.htm>. Acesso em: 25 de maio de 2007.

FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.4, p.454-466, 2005.

FEENEY A. et al. Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II Study. **Occup. Environ. Med.**, v.55, p.91-98, 1998.

FERREIRA, M. C. e MENDES, A. M. **Trabalho e Riscos de Adoecimento: O Caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira**. Brasília: Edições LPA, 2003. 156p.

FERRIE J. E. et al Work, stress and health: the whitehall II study. **Public and Commercial Service Union**, Londres, 2004. 26f. Disponível em: <www.ucl.ac.uk/whitehallII>. Acesso em: abril de 2006.

FERRIE J. E. et al. A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. **Occup Environ Med**, Londres, v.62, 2004. p.77-79. Disponível em: <www.bmjournals.com/cgi/reprintform>. Acesso em: 26 de maio de 2007.

FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO. **A prevenção do absentismo no trabalho – sinopse de uma investigação**. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais da Comunidades Europeias, 1997. 44p. Disponível em: <<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/15/pt/1/ef9715pt.pdf>>. Acesso em: 22 de junho de 2007.

GOMEZ, C.M. e LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.797-807, 2005.

GRAÇA, L. O processo de adoecer, faltar e voltar ao trabalho. **Textos sobre saúde & trabalho**, 1999. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos11.html>> Acesso em: junho de 2007.

GUIMARÃES, R.S.O. O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar. 2005. 83f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

HEIJBEL, B. et al Employer, insurance, and health system response to long-term sick leave in the public sector: policy implications. **Journal of Occupational Rehabilitation**, Suécia, v.15, n.2, p.167-176, jun., 2005.

ISOSAKI, M. Absenteísmo entre trabalhadores de serviços de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo. **Rev Bras de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.28, n. 107/108, p. 107-118, 2004.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Saraiva, 2005. 863p.

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

LOUZADA, Rita de Cássia Ramos. A Pesquisa em Saúde do Trabalhador no Brasil: Anotações Preliminares. **Rev. Esp. Acad.** [on line]. Fev. 2005, Mensal. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/045/45clouzada.htm>>. Acesso em 25 de maio de 2006.

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

MARMOT, M. e BRUNNER, E. Cohort Profile: The Whitehall II study. **International Journal of Epidemiology**, Londres, v.34, n.2, p.251-256, dez., 2004.

MARTINEZ, M. C., PARAGUAY, A.I.B.B., e LATORRE, D.O. et al. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p.55-61, fev., 2004.

MAZZILLI, L.E.N. **Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores público municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000**. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) – Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo.

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

MEIRELLES, H.L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 21.ed. São Paulo: Malheiros Editores, 1996. 832p.

MENDES, R. O impacto do efeito da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I. Morbidade. **Rev. Saúde Pública, São paulo, v. 22, n. 4, p. 311-26, 1988**.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1995. 643p.

MESA, F.R., KAEMPFER, A.M. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral no Chile: una perspectiva por tipos de empresas. **Rev Méd Chile**, Chile, v. 132, p.1100-1108, 2004.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/aeps/2005/14_01_02_01.asp. Acesso em: 22 de junho de 2006.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Instrução Normativa INSS/DC nº 98, de 05/12/2003. Dispõe sobre a atualização clínica das lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Brasília, DF, DOU de 10/12/2003. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/imagens/paginas/38/inss-dc/2003/anexos/IN-DC-98-ANEXO.htm>>,. Acesso em: 15 de maio de 2007.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Boletim Contato Nº 43. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.servidor.gov.br/publicação/boletim_contato_05/contato_43.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde** / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde**, Brasília, ano 1, n.1, p.36-39, ago./out., 1999.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, 29 dez. 2004. Disponível em:
<<http://www.mte.gov.br/empregador/segsau/conteúdo/7307.pdf>>. Acesso em: 29 de maio de 2006.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Norma regulamentadora – NR1**. Brasília, 1978. Disponível em:
<http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_01.asp>
Acesso em: 23 de novembro de 2007.

MORRONE, L.C. et al. Saúde e segurança no trabalho de servidores públicos estaduais: resultados iniciais de um programa em São Paulo. **Rev. Brasileira de Medicina**, Belo Horizonte, v.2, n. 2, p.94-102, abr./jun., 2004.

NASCIMENTO, L. C. e MENDES, I. J. M. Perfil de saúde dos trabalhadores de um centro de saúde-escola. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.4, p.502-508, jul./ago., 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.Br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=so104-116920022000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2005.

PAULA C.R. **Condições de Trabalho, Atividade e Referência a Agravos: Um estudo em Servidores Públicos Federais de Santa Catarina**. 2006. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PEREIRA, C. L. G. A. **Programas de prevenção à saúde do trabalhador no serviço público: O Caso do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**. 2003. 140f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RAFFONE, A.M. e HENNINGTON, E.A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, n.4, p. 669-679, 2005.

RÊGO, M.A.V. et al. Saúde do trabalhador dos congressos brasileiros de epidemiologia. **Rev Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.29, n.1, p.69-79, jan./jun., 2005.

REIS, R.J. et al. Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforços repetitivos. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, p.292-298, jun., 2000.

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

SAMPAIO, R. F. et al. Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. **Revista Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.49, n.1, p.60-66, jan./mar., 2003. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15382.pdf> >. Acesso em: maio de 2005.

SANTA CATARINA. Decreto n. 4.160. 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, 30 mar. 2006

SANTA CATARINA. Lei Complementar 311. 12 de dezembro de 2005_a. Institui o plano de carreira e vencimentos dos servidores públicos da secretaria de Estado da administração e estabelece outras providências. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis. Disponível em:
< <http://server01.pge.sc.gov.br/pge/normasjur.asp> >. Acesso em: maio de 2006.

SANTA CATARINA. Lei Complementar 309. 29 de novembro de 2005_b. 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, 29 nov. 2005, p. 1.

SANTA CATARINA. Lei Complementar 284. 28 de fevereiro de 2005_c. Estabelece modelo de gestão para a Administração pública Estadual e dispõe sobre a estrutura organizacional do Poder Executivo. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**. Disponível em:
<http://www.sea.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=40&Itemid=64&lang=brazilian_portuguese>. Acesso em abril de 2005.

SANTA CATARINA. Lei Complementar 081. 10 de março de 1993. Estabelece diretrizes para a elaboração, implantação e administração do plano de cargos e vencimentos do pessoal civil da administração direta, autarquias e fundações do poder executivo e da outras. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis. Disponível em:
<<http://server01.pge.sc.gov.br/pge/normasjur.asp>> . Acesso em: maio de 2006.

SANTA CATARINA. Lei n. 6.745, de 28 de dezembro de 1985. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, dez 1985. Disponível em:
<http://www.sea.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=72&Itemid=177&lang=brazilian_portuguese>. Acesso em: abril de 2005.

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

SANTO, A.M.E. et al. Absenteísmo por licença médica na Universidade Federal de Goiás. **Rev Bras de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.20, n.75, p.17-37, jan./jun., 1992.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1147-1157, set./out., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php/pid=SO102-311X2002000500002&Ing=em&nrm=iso>>. Acesso em: maio de 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO. Núcleo de Saúde do Servidor. Disponível em: <www.sea.sc.gov.br> Acesso em: 25 de maio de 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Regimento interno de 7 de julho de 2004. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br> Acesso em: julho de 2007.

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

SILVA, H. L. **Afastamentos para tratamento de saúde dos servidores públicos das Secretarias de Estado da Administração e Fazenda: proposta para minimizar a incidência**. 2004. 119f. Dissertação (Mestrado Engenharia de Produção e Sistemas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

STANSFELD, S.A. et al. Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. **Psychological Medicine**, Cambridge, v.27, p.35-48, 1997.

VINGARD, E. 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**, Suécia, v.33, p. 370-375, 2005.

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

1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 17-21 nov. de 1986. Promoção da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, ano 1, n.1, p.36-39, ago./out., 1999.

PARTE II – RESULTADOS E DISCUSSÃO – MINUTA DE ARTIGO CIENTÍFICO

**Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos
(1995-2005)***

Temporal tendency for sick leave in Brazilian civil servants (1995-2005).

Título corrido/ working title

Afastamento do trabalho no serviço público

Sick leave in Brazilian civil service

Jane Bittencourt Cunha
Vera Lúcia G. Blank
Antonio Fernando Boing

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina

*Este artigo é parte da dissertação de mestrado de Jane Cléia Cardoso de Bittencourt Cunha, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, área de concentração Epidemiologia, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço para correspondência:
Jane C.C. de Bittencourt Cunha
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário – Trindade
Florianópolis –SC
Brasil
88010-970
E-mail: janebittencourt@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a tendência temporal das taxas de afastamento do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos estaduais, das Secretarias de Estado da Saúde e da Administração do Estado de Santa Catarina, no período de 1995 a 2005.

Método: Estudo ecológico exploratório de séries temporais com utilização de dados secundários. Foram calculadas as taxas de afastamento, segundo Secretaria de Estado, sexo, grupos de patologias. Utilizou-se o procedimento de Prais-Winsten para a análise de tendência.

Resultados: Foram analisados 40.370 afastamentos. A tendência das taxas de afastamento foi de decréscimo para ambas as secretarias, considerando ambos os gêneros. Para o gênero feminino da SEA, a tendência foi de estabilidade. As taxas foram mais elevadas na SES. A média de dias de afastamento aumentou no decorrer do período analisado. Segundo os grupos de patologias (CID 10), as maiores taxas foram dos capítulos V, XIII, XXI, XIX e IX.

Conclusões: A tendência de decréscimo das taxas de afastamento e o respectivo aumento da média de dias de afastamento refletem mudanças no perfil de morbidade dos servidores públicos com o predomínio de transtornos mentais e doenças do sistema osteomuscular, que exigem maior tempo de recuperação para o retorno ao trabalho. O estudo sugere a investigação de fatores associados ao adoecimento que fundamentem as políticas de saúde do servidor.

Descritores: Setor Público. Saúde do Trabalhador. Trabalhadores. Perfil de saúde. Absenteísmo. Licença Médica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the temporal tendencies of sick leave rates among state civil servants in the State Secretaries of Health and of Administration in Santa Catarina, Brazil during the period of 1995 to 2005.

Method: This is a descriptive, exploratory, ecological, and transversal study which utilizes secondary data. Rates of sick leave were calculated according to State Secretary (of Health and of Administration), gender, and pathological groups. The Prais-Winsten procedure was utilized to analyze the tendencies.

Results: 40,370 absences were analyzed. The tendency of the sick leave rates was decreasing for both State Secretaries (of Health and of Administration), when considering both genders. Among women in the State Secretary of Administration, the tendency was that of stability. The rates were more elevated in the State Secretary of Health. The average days taken for sick leave increased during the period analyzed. According to the pathological groups (CID 10), the greatest rates were the chapters V, XIII, XXI, XIX, and IX.

Conclusions: The decreasing tendency of the rates of sick leave and the respective increase in the average days of sick leave taken reflect changes in the morbidity profile of state civil servants, with the predomination of mental disturbances and osteo-muscular system diseases, which demand greater recovery time before returning to work. This study suggests greater investigation of the factors associated to the illness process that found the civil servants' health care policies.

Keywords: Public Sector. Occupational Health. Workers. Health Profile. Absenteeism. Sick Leave.

Introdução

Apesar da melhoria das condições gerais de saúde da população mundial nos últimos 100 anos, as taxas de afastamento do trabalho por doença têm aumentado nos países industrializados desde 1955¹. A compreensão desse complexo fenômeno é objetivo de vários países², sendo constituídas, inclusive, pesquisas, ocupando-se de grupos específicos de trabalhadores, tal como o estudo Whitehall³ na Inglaterra.

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Trabalho destacou os elevados custos diretos e indiretos do absenteísmo decorrente de faltas por doença. O valor calculado para o Reino Unido chegou a 13,2 bilhões de euros, em 1994, atribuídos a perdas na produtividade. Também os custos diretos dos afastamentos impactam severamente as contas de outros países. Estima-se que na Alemanha e nos Países Baixos, em 1993, tais custos equivaleram a 30,5 bilhões e a 4,1 bilhões de euros, respectivamente². Já na Bélgica, em 1995, o valor foi igual a 2,4 bilhões de euros.

No Brasil, estudos sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores são insuficientes para conhecer adequadamente as características dessa população em relação ao processo saúde-doença-trabalho^{4,5}. Pesquisa na base de dados Medline, SciELO e LILACS, utilizando os descritores “setor público”, “saúde do trabalhador”, “trabalhadores”, “perfil de saúde”, “absenteísmo” e “licença médica”, apontou escassos estudos sobre afastamentos do trabalho por doença. Os estudos obtidos na busca bibliográfica restringem-se a alguns grupos de profissionais, tais como

servidores de hospitais^{*,6,7,8} e de universidades⁹. Em se tratando de servidores públicos, essa lacuna é ainda maior, uma vez que inexistem dados consolidados sobre a saúde desse grupo de trabalhadores no país¹⁰, dificultando a investigação epidemiológica.

No entanto, a magnitude do problema pode ser dimensionada a partir dos custos que tais afastamentos representaram aos cofres públicos. O valor correspondente ao auxílio-doença previdenciário, concedido em 2005 pelo Ministério da Previdência Social, alcançou R\$ 1,1 bilhão¹⁰. No serviço público federal, as aposentadorias precoces e os afastamentos do trabalho, em 2005, contabilizaram para a União¹² um custo de R\$ 300 milhões por ano e, no serviço público estadual de Santa Catarina, giraram em torno de R\$ 12 milhões em 2001 (considerando apenas as áreas da saúde, educação e segurança pública)¹³.

Pesquisar o afastamento do trabalho por doença é imprescindível para subsidiar debates sobre a condição de saúde e doença dos trabalhadores e elaborar políticas de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. O presente estudo tem como objetivo analisar a série histórica dos afastamentos do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos estaduais, lotados nas Secretarias de Estado da Saúde e da Administração do Estado de Santa Catarina, no período de 1995 a 2005.

Métodos

A população de estudo constitui-se de servidores públicos estaduais, civis estatutários, lotados na Secretaria de Estado da Saúde (SES) e na

* Guimarães RSO. O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.

Secretaria de Estado da Administração (SEA), afastados do trabalho por Licença para Tratamento de Saúde (LTS), no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2005. A SES e a SEA integram a estrutura organizacional da administração direta do Poder Executivo do Governo do Estado de Santa Catarina. A primeira é gestora estadual do Sistema Único de Saúde e desenvolve ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde, bem como é responsável pela formulação de políticas de saúde para a população em geral. A segunda é gestora estadual dos sistemas administrativos de material e serviços, patrimonial, documental e de recursos humanos, incluindo as ações de perícia médica e saúde ocupacional do servidor público.

Optou-se pela investigação dos afastamentos dos funcionários dessas secretarias por permitirem comparações de diferentes realidades de trabalho. Enquanto a SES representa um órgão que presta serviços à população em geral, englobando atividades potencialmente danosas à saúde dos trabalhadores, a SEA é um órgão de atividade predominantemente burocrática. Além disso, há significativas diferenças salariais entre seus servidores, sendo que o salário médio da SEA, em 2005, era 142% superior à média da SES.

A LTS está prevista em lei* e é concedida ao servidor impedido de exercer seu cargo por motivo de saúde, com remuneração, por até 24 meses, prorrogáveis por idêntico período, mediante inspeção médica e atestado médico superior a três dias.

* SANTA CATARINA. Lei Nº 6.745. 28 de dezembro de 1985. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado. Florianópolis (SC); 1985.

O banco de dados deste estudo foi construído a partir de dados secundários de LTS, extraídos do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH), que congrega todas as informações relativas aos dados cadastrais, funcionais e financeiros dos servidores e está vinculado à SEA. As seguintes variáveis relativas aos servidores com LTS foram obtidas: sexo, idade, estado civil, escolaridade, cor ou raça, faixa salarial, tempo de trabalho, dias de afastamento, lotação, cargo, diagnóstico médico e Secretaria de Estado. Da mesma base de dados, foi obtido o número de servidores lotados, por sexo, em cada órgão, no mês de julho de cada ano do estudo.

O diagnóstico médico das doenças que originaram os afastamentos está codificado segundo a 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 9) para o período de 1995 a 2000 e segundo a 10ª revisão (CID 10) para os anos de 2000 a 2005. Esses códigos foram compatibilizados e apresentados conforme os capítulos da CID 10.

As taxas de afastamento foram calculadas para cada ano do estudo segundo Secretaria de Estado, sexo e capítulos da CID 10. Para análise das tendências das taxas de afastamento, utilizou-se o procedimento de Prais-Winsten para regressão linear generalizada, que permitiu avaliar se houve ascensão, declínio ou estabilidade. Foi quantificada a variação média anual de decréscimo ou acréscimo das taxas de afastamento e calculados os respectivos intervalos de confiança (95%), sendo consideradas em ascensão aquelas cujo coeficiente de regressão foi positivo e, de declínio, quando o coeficiente foi negativo. As taxas cujo coeficiente de regressão não foi diferente de zero ($p > 0,05$) foram consideradas estáveis¹⁴. Utilizou-se o programa STATA 9 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

O projeto desta pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina em 25/06/2007, registrado sob N°118/07.

Resultados

Entre 1995 e 2005 ocorreram nas secretarias investigadas 40.370 afastamentos por LTS, relativos a 7.182 servidores. Desses, 95% eram da SES e 5% da SEA, totalizando 1.197.809 dias de ausência ao trabalho.

A distribuição dos afastamentos segundo as variáveis estudadas revelou os seguintes grupos de servidores em que o evento foi mais freqüente: as mulheres (75,9%), os de 41 a 50 anos de idade (44,7%), os casados (54,4%), os de cor branca (83,6%), os de ensino médio (50,4%), aqueles com faixa salarial de 3,1 a 6 SM (54,7%), com média de 14,39 anos de tempo de serviço (DP 5,78), com até 15 dias de afastamento (45,9%), com lotação na área finalística (93,7%) e os de cargo auxiliar (34,7%).

A distribuição dos afastamentos, segundo os capítulos da CID10, descrita na tabela 1, revelou que os principais motivos foram transtornos mentais e comportamentais (25,30%), 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 conseqüências de causas externas (10,31%) e doenças do aparelho circulatório (6,57%). Analisando o resultado por secretarias, separadamente, verificou-se na SEA maior freqüência para as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (23,48%), seguido dos transtornos mentais e comportamentais (18,24%).

Quanto aos diagnósticos específicos, verificou-se que dentro do capítulo V da CID10 (transtornos mentais e comportamentais), os mais freqüentes foram os Transtornos Depressivos Moderados e Episódios Depressivos, totalizando 32,32% do total de casos desse capítulo. Para o capítulo XIII, foram mais freqüentes as sinovites e tenossinovites (17,69%) e a dor lombar baixa (16,27%). Daqueles decorrentes do capítulo XXI, cerca de 80% foi devido à convalescença, não sendo possível especificar, com as informações disponíveis, o motivo das mesmas. Em lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas, apareceram com mais freqüência entorses e distensões do tornozelo (15,66%) e, para doenças do aparelho circulatório, hipertensão arterial (30%) e angina pectoris (11%).

A figura 1 mostra a série histórica das taxas de afastamento. A análise de Prais-Winsten revelou que a tendência foi de decréscimo na SES para o sexo masculino ($p=0,007$), com variação média anual de -6,74% (IC 95% -3,27 a -10,09); para o sexo feminino ($p=0,014$), com variação média anual de -5,84% (IC 95% -2,40 a -9,15) e, para ambos os sexos ($p=0,016$), com variação média anual de -5,28% (IC 95% -2,08 a -8,37). Na SEA, a tendência foi de decréscimo para o sexo masculino ($p=0,013$), com variação média anual de -4,41% (IC 95% -1,85 a -6,90) e, para ambos os sexos ($p=0,032$), com variação média anual de -2,60% (IC 95% -0,74 a -4,43), enquanto que, para o sexo feminino, a tendência foi de estabilidade ($p=0,458$), com variação média anual de -0,99% (IC 95% 1,34 a -3,27).

Em contraste com a queda nas taxas de afastamento, identificou-se aumento na média de dias de afastamentos por LTS. Na SES, foi registrada para o sexo feminino média de 23,29 dias em 1995 e 35,34 dias em 2005

(aumento de 52%). Já para o sexo masculino, a média, em 1995, foi de 28,13 dias e, em 2005, de 41,68 dias (aumento de 48%). Na SEA, verificou-se para o sexo feminino média de 18,19 dias em 1995 e 36,45 dias em 2005 (aumento de 100%); enquanto que, para o sexo masculino, a média foi de 32,89 dias em 1995 e de 46,31 dias em 2005 (aumento de 40%).

Na figura 2, estão apresentadas as séries históricas das taxas de afastamento, segundo os cinco principais capítulos em magnitude por sexo e secretaria. As maiores taxas foram verificadas na SES e, na mesma secretaria, observou-se que, tanto para mulheres, quanto para homens, houve declínio das taxas de afastamento concedido em todos os capítulos apresentados. Notou-se que, para os homens, o capítulo V foi o grupo de agravos à saúde com menor redução (0,20%) de 1995 para 2005. Já o capítulo XIX apresentou a maior redução (73,13%). A partir de 2003, os capítulos V e XIII sinalizaram uma discreta ascensão. Igualmente, para as mulheres, o capítulo V apresentou a menor redução (17,26%), enquanto a maior correspondeu ao capítulo IX (56,68%). Por fim, verificou-se que o capítulo XIII, que vinha apresentando declínio até 2001, apresentou ascensão até 2004.

Ainda na figura 2, observa-se na SEA uma série bem oscilante, destacando-se que, para sexo masculino, não houve redução das taxas referentes ao capítulo XIII, com picos mais expressivos em 1998 (36,92%) e 2004 (45,62%), enquanto os demais capítulos apresentaram declínio ao final do período com maior evidência para o capítulo XIX (54,93%). Já para as mulheres, houve aumento das taxas referentes aos capítulos IX (49,85%) e capítulo V (34,87%), e o maior declínio deu-se também no capítulo XIX (81,27%).

Discussão

Os resultados deste estudo revelaram a tendência de decréscimo nas taxas de afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais por motivo de doença, concomitante a um aumento na média de dias de afastamento por LTS. As limitações referentes ao presente estudo foram a falta de denominadores para todas as variáveis investigadas e o registro no banco de dados de afastamentos segundo a 9ª e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. No primeiro caso, limitaram-se as análises às dimensões em que foi possível calcular uma taxa (sexo, ano e secretaria). Em relação à compatibilização das revisões da CID, não houve prejuízo na análise em razão da decisão de agrupar as doenças e eventos relacionados à saúde segundo grandes capítulos da CID10. Além disso, a comparação dos resultados encontrados neste estudo com os de outras pesquisas exige prudência em razão de diferenças metodológicas adotadas.

Esta pesquisa se baseou em registros oficiais de afastamento do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos, o que se constitui num ponto forte. Alguns estudos internacionais também têm usado a ausência por doenças como indicador de saúde desses grupos de trabalhadores; no entanto, dada à dificuldade de acesso a tais dados, muitos se baseiam em informações auto-referidas¹⁵.

No que diz respeito aos principais capítulos das doenças que motivaram os afastamentos, resultados encontrados em uma população de trabalhadores

de Santa Catarina, beneficiários do auxílio-doença da Previdência Social*, mostraram que as cinco principais causas de afastamento, segundo a CID10, foram causas externas, doenças osteomusculares, doenças do aparelho circulatório, doenças mentais e fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde. Verifica-se que, embora os grupos sejam os mesmos descritos no presente trabalho, a ordem de aparecimento difere, sendo que entre os trabalhadores em geral o maior número de afastamentos foi por causas externas e, na população investigada neste estudo, foi por transtornos mentais e comportamentais.

Em se tratando de estudos baseados em agravos auto-referidos de servidores públicos, os principais grupos de patologias assemelham-se tanto no Brasil⁺ quanto em outros países^{16,17}.

O perfil epidemiológico dos trabalhadores brasileiros tem revelado modificações ao longo dos anos, com a predominância das lesões por esforços repetitivos – LER/DORT - e o indicativo de que as doenças mentais assumirão maior relevância nas próximas décadas¹⁸. Em servidores públicos britânicos, as doenças cardiovasculares, desordens musculoesqueléticas e transtornos mentais estão entre as principais razões de absenteísmo¹⁵. Na Suécia, causas semelhantes também foram encontradas¹⁷, assemelhando-se ao perfil de morbidade identificado no presente estudo.

*Marasciulo ACE. Avaliação de desempenho do programa de benefícios por incapacidade do Instituto Nacional do Seguro Social, gerência de Florianópolis, SC, 2000-2002 [Tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.

⁺ Paula CR. Condições de Trabalho, Atividade e Referência a Agravos: Um estudo em Servidores Públicos Federais de Santa Catarina [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

Dentre os diagnósticos mais freqüentes, observou-se que a maioria consta do grupo descrito pelo Ministério da Saúde⁴ 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.

As taxas de afastamento no período estudado apresentaram tendência de decréscimo com significância estatística, excetuando as taxas referentes ao sexo feminino da SEA, que apresentou estabilidade. Dada à falta de estudo com desenho e população semelhante, não foi possível realizar comparações.

Uma das hipóteses explicativas para a tendência observada está nas perdas financeiras decorrentes dos afastamentos, como auxílio-alimentação, instituído para os servidores públicos civis no ano de 2000, cujo pagamento é interrompido em situação de licença para tratamento de saúde. O valor do auxílio-alimentação representava no período analisado para os servidores da SES 10,41% de seus salários, enquanto para a SEA equivalia a 4,84%. Assim, as perdas 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. Destaca-se, ainda, que, a partir da metade do período

analisado, iniciaram-se discussões em meio a esse serviço de novas abordagens, direcionadas à prevenção e à promoção de saúde com reestruturações organizacionais. No entanto, as hipóteses aqui levantadas necessitam de investigações mais aprofundadas.

Concomitante ao decréscimo nas taxas de afastamento, o aumento considerável da média dos dias de afastamento, observados ao longo do período analisado, evidencia que as patologias motivadoras dos afastamentos, no final da série histórica, exigiram maior tempo de recuperação e reabilitação para o retorno ao trabalho, apontando para um possível aumento da gravidade das doenças, com ênfase nos capítulos XIII e V da CID10. Estudos apontam as desordens musculoesqueléticas e mentais como as principais razões de afastamentos de longa duração^{15,17,18}.

As mulheres apresentaram taxas de afastamento mais elevadas que os homens para ambas as secretarias, corroborando achados de outros estudos^{15,19,20}. A morbidade é reconhecidamente maior nas mulheres. A explicação para esse fato baseia-se na auto-percepção da saúde, na utilização dos serviços de saúde e nas implicações das interfaces trabalho-família que são maiores para as mulheres, além das diferenças genéticas e hormonais entre ambos os sexos. Também, a competitividade com os homens no mercado de trabalho e a realização de atividades similares promovem nas mulheres mudanças no estilo de vida que podem predispor ao adoecimento^{15,22}.

Quanto às taxas, segundo capítulos da CID 10, destaca-se o importante declínio das taxas de afastamento por causas externas, ao contrário do perfil de morbimortalidade da população em geral do Brasil²³. Transtornos mentais e

comportamentais apresentaram taxas maiores para as mulheres e menor redução no período, sinalizando, inclusive, ascensão nos últimos anos. Semelhante achado foi apontado no Reino Unido¹⁶, em parte explicada pela preponderância das mulheres em ocupações menos qualificadas.

As taxas das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo mostraram-se também maiores para as mulheres. Resultado similar foi encontrado em outros estudos no Brasil, em se tratando de LER/DORT²⁴, e na Suécia, em mulheres do serviço público, correspondendo ao diagnóstico mais freqüente dos afastamentos de longa duração¹⁸.

Já para as doenças do aparelho circulatório, as taxas foram maiores para os homens da SEA e para as mulheres da SES, no segundo caso, contrariando o perfil de morbidade da população em geral em que os homens são mais acometidos por esse grupo de doenças. No entanto, as explicações para essas diferenças podem estar nas demandas psicológicas e de controle na execução das atividades, em que o risco para doenças cardiovasculares foi associado à baixa autonomia no trabalho e ao desequilíbrio entre esforço-recompensa².

As diferentes taxas encontradas para as secretarias revelaram maiores valores para a SES, cujas funções são predominantemente de atendimento à saúde da população em geral. Estudos apontam vários aspectos relacionados ao trabalho na área hospitalar capazes de causar adoecimento de seus trabalhadores, tais como conflitos nas relações interpessoais, dupla jornada, condições inadequadas de trabalho, exposição a fatores de risco e altas demandas físicas e psíquicas^{6,8}. Outras pesquisas também evidenciaram taxas mais altas no setor saúde^{19,25}.

Quanto à SEA, era esperado que as taxas mostrassem maiores reduções dadas às diferenças salariais. No entanto, estudos apontam que salários mais altos não significam ausência de dificuldades financeiras, o que tem sido associado a altas taxas de depressão, que, agregadas à carga de trabalho, favorece o absenteísmo¹⁶. Além disso, as atividades da SEA podem ter como característica o desequilíbrio entre demanda e controle no trabalho, apontados como preditores de uma série de doenças, tais como doenças mentais, cardíacas e osteomusculares².

Na administração pública, a preocupação com os custos gerados pelo absenteísmo-doença, por vezes, supera a significação do processo adoecimento-afastamento do trabalho, dando ênfase às políticas de controle de benefícios¹⁰. Emerge a necessidade de visualizar as cifras do absenteísmo, na sua representatividade maior, de pessoas que estão adoecendo de forma crescente e alarmante, desprovidas de políticas de saúde.

Garantir a saúde dos servidores públicos é fundamental para o governo, para os sistemas de saúde, para a população em geral e para os próprios servidores e suas famílias³. Dessa máxima, sugere-se aos órgãos governamentais responsáveis pela política de saúde do servidor público o investimento em ações que promovam a saúde dessa população, bem como a viabilização de medidas de reabilitação e reintegração ao trabalho, prevenindo aposentadorias precoces decorrentes de invalidez e possibilitando ao servidor público trabalhar sem necessariamente adoecer. Recomenda-se, ainda, o investimento em pesquisas que permitam compreender melhor as relações entre o processo de adoecimento no serviço público e suas interfaces com o

trabalho, com abordagem intersetorial e multidisciplinar e com a participação do principal sujeito desse processo, o servidor público.

Agradecimentos:

À Secretaria de Estado da Administração do Estado de Santa Catarina, pela cessão do banco de dados, bem como, pela concessão de licença de pós-graduação à Jane Bittencourt Cunha, autora do presente artigo.

Referências

1. Briner RB. ABC of Work Related Disorders: ABSENCE FROM WORK. *BMJ* [serial online] 1996 Oct [citado 2007 set]; 313: 874-877. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/313/7061/874>.
2. Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. A prevenção do absentismo no trabalho. Sinopse da investigação. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias; 1997. ISBN 92-828-0343-0.
3. Ferrie JE, editor. *WORK, STRESS AND HEALTH: The Whitehall II study*. London: Public and Commercial Service Union; 2004.
4. Ministério da Saúde (BR). Representação do Brasil da OPAS/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
5. Ministério do Trabalho (BR). Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília (DF); 2004.
6. Isosaki M. Absenteísmo entre trabalhadores de serviços de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo. *Rev. bras. saúde ocup.* 2004; 28(107/108): 107-118.

7. Alves M, Godoy SCB. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. *Rev. Min. Enf.* 2001; 5(1/2): 73-81.
8. Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2000; 8(5):44-51.
9. Santo AME, Faria GHDC, Cavarsan A, Costa S. Absenteísmo por licença médica na Universidade Federal de Goiás. *Rev. bras. saúde ocup.* 1992; 20(75): 17-37.
10. Carneiro SAM. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na Prefeitura de São Paulo. *Revista do Serviço Público* 2006; 57(1): 23-49.
11. Ministério da Previdência Social (BR). Anuário Estatístico da Previdência Social [serial on line] 2005. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/aeps/2005/14_01_02_01.asp (22 Jun 2006).
12. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Boletim Contato 43 [serial on line] 2005. Disponível em: http://www.servidor.gov.br/publicação/boletim_contato_05/contato_43.pdf (20 Mai 2006).
13. Secretaria de Estado da Administração (BR). Núcleo de Saúde do Servidor. Florianópolis (SC) 2005. Disponível em: <http://www.sea.sc.gov.br> (25 Abr 2005).
14. Antunes JLF, Waldman EA. Trends and spacial distribution of deaths of children aged 12-60 months in São Paulo, Brazil, 1980-98. *Bull World Health Organ* 2002;80:391-8.

15. Feeney A, North F, Head J, Canner R, Marmot M. Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1998; 55: 91-98.
16. Stansfeld SA, Rael EG, Head J, Shipley M, Marmot M. Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychol Med* 1997; 27: 35-48.
17. Heijbel B, Josephson M, Jensen I, Vingard E. Employer, insurance, and health system response to long-term sick leave in the public sector: policy implications. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2005; 15(2): 167-176.
18. Vingard Eva, Lindberg P, Josephson M, Voss M, Heijbel B, Alfredsson L 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* 2005; 33: 370-375.
19. Barham C, Begum N. Sickness absence from work in the UK. National Statistics feature [serial online] 2005 Apr [cited 2004 Jun]; [10 screens]. Available from: http://www.statistics.gov.uk/articles/labour_market_trends/sick_absence_Apr05.pdf.
20. Bliksvaer T, Helliesen A. Sickness Absence: A Study of 11 LES Countries. Oslo: Luxembourg Employment Study; 1997. Working paper No 3. Available from: www.lisproject.org/publications/leswps/leswp3.pdf (2007 Jun 20).
21. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro (RJ): Editora Guanabara Koogan; 1995.
22. Wünsch Filho V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2003; 2(2):103-117.

23. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil e no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(4): 995-1003.
24. Reis RJ, Pinheiro TMM, Navarro A, Martin M. Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões de esforços repetitivos. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(3):292-8.
25. Mesa FR, Kaempffer AM. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral no Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Rev Méd Chile*; 132: 1100-1108.

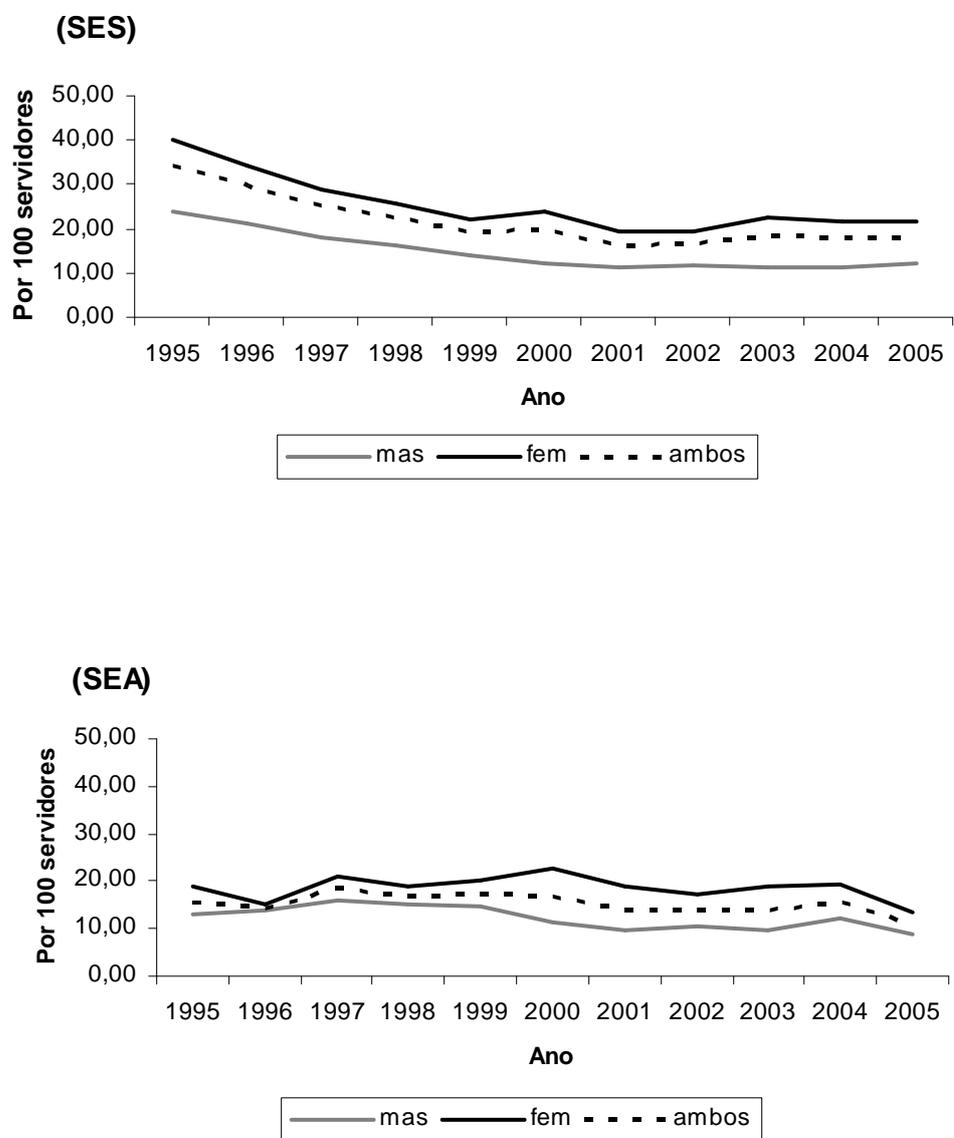
Tabela 1 - Distribuição dos afastamentos para tratamento de saúde de servidores públicos estaduais, por órgão de lotação, segundo capítulos da CID 10, no período de 1995 a 2005, Santa Catarina, Brasil.

CAPÍTULO	SES		SEA		Ambas		
	n	%	n	%	n	%	
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	760	1,97	31	1,81	791	1,96
II	Neoplasias	896	2,32	44	2,56	940	2,33
III	Doenças do sangue e dos órgãos hemato-poiéticos e alguns transtornos imunitários	88	0,23	5	0,29	93	0,23
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	440	1,14	3	0,17	443	1,10
V	Transtornos mentais e comportamentais	9900	25,61	313	18,24	10213	25,30
VI	Doenças do sistema nervoso	475	1,23	32	1,86	507	1,26
VII	Doenças do olho e anexos	619	1,60	10	0,58	629	1,56
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	217	0,56	14	0,82	231	0,57
IX	Doenças do aparelho circulatório	2525	6,53	129	7,52	2654	6,57
X	Doenças do aparelho respiratório	1526	3,95	56	3,26	1582	3,92
XI	Doenças do aparelho digestivo	668	1,73	27	1,57	695	1,72
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	547	1,42	14	0,82	561	1,39
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	7891	20,41	403	23,48	8294	20,54
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	874	2,26	40	2,33	914	2,26
XV	Gravidez, parto e puerpério	827	2,14	8	0,47	835	2,07
XVI	Algumas afecções originadas no período neonatal	4	0,01	-	-	4	0,01
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	16	0,04	-	-	16	0,04
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	400	1,03	18	1,05	418	1,04
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	3970	10,27	193	11,25	4163	10,31
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	28	0,07	-	-	28	0,07
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	5873	15,19	246	14,34	6119	15,16
	Não classificado	110	0,28	130	7,58	240	0,59
TOTAL		38654	100,0	1716	100,0	40370	100,0

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SEA - Secretaria de Estado da Administração

Figura 1 – Taxas de afastamento do trabalho de servidores públicos para tratamento de saúde por secretaria, segundo sexo. Santa Catarina, Brasil, 1995-2005.

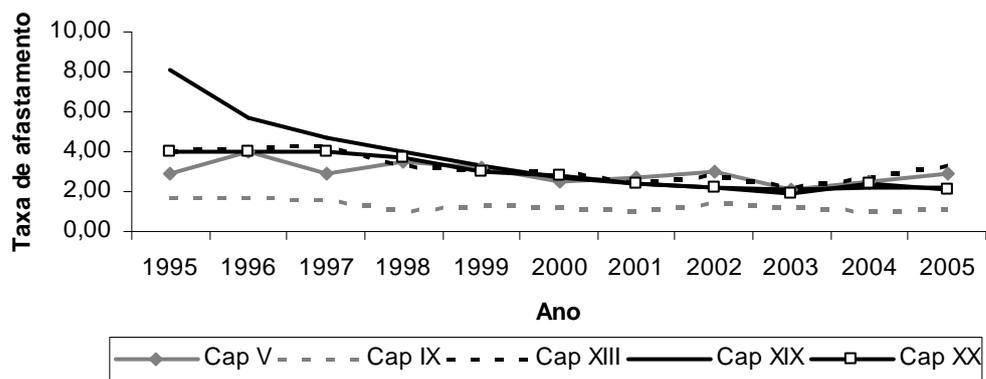


SES - Secretaria de Estado da Saúde

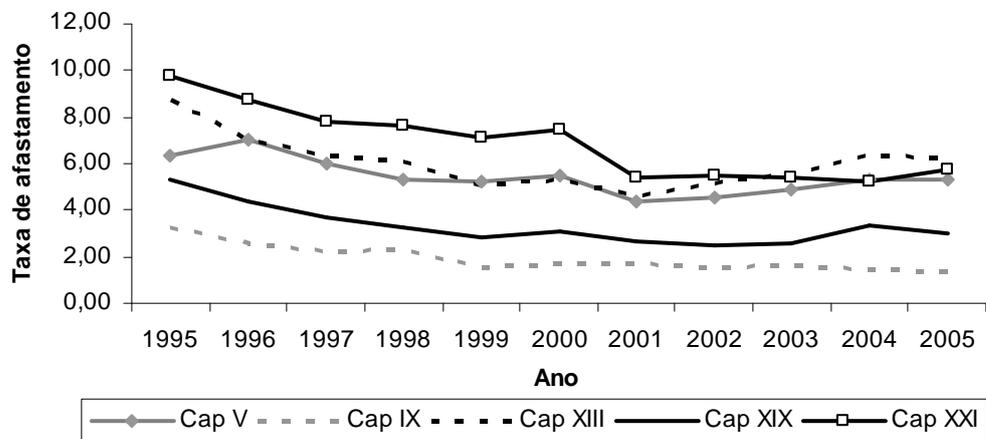
SEA - Secretaria de Estado da Administração

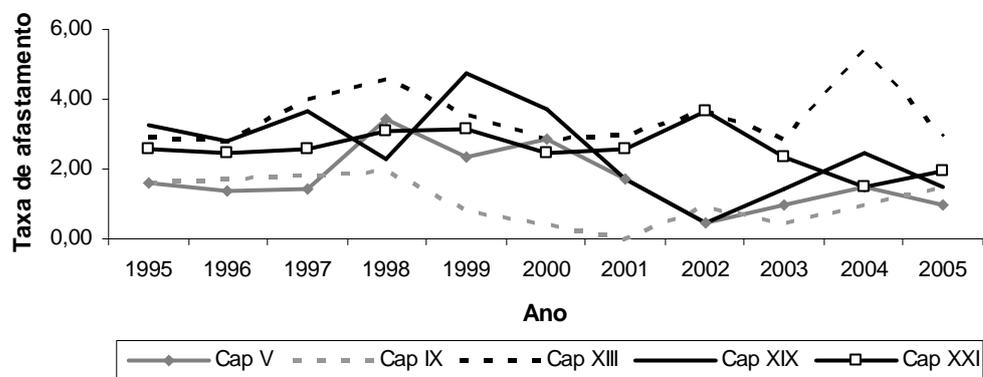
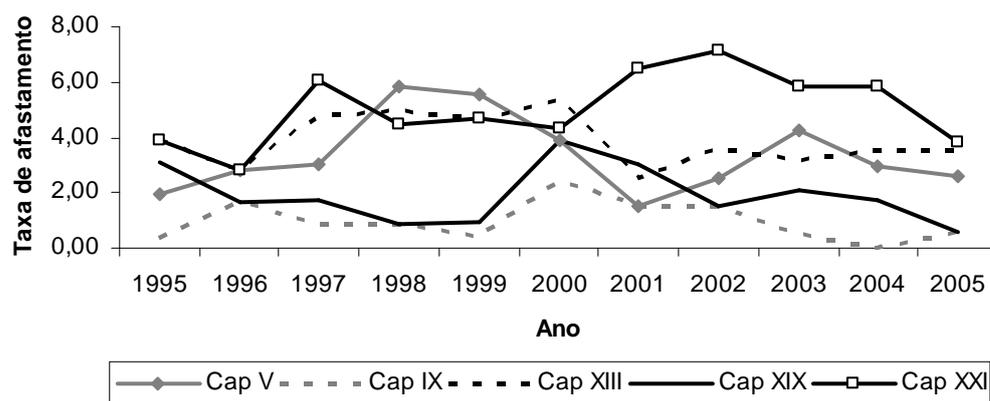
Figura 2 - Taxas de afastamento do trabalho por problemas de saúde de servidores públicos estaduais por secretaria e sexo, segundo cinco principais capítulos da CID em magnitude. Santa Catarina, Brasil, 1995-2005.

(SES/HOMENS)



(SES/MULHERES)



(SEA/HOMENS)**(SEAMULHERES)**

SES - Secretaria de Estado da Saúde
SEA - Secretaria de Estado da Administração

PARTE III – APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A

CATEGORIZAÇÃO DOS CARGOS

Quadro I – Categorização dos cargos segundo órgão de lotação.

CATEGORIA*	ÓRGÃO DE LOTAÇÃO	
	SES	SEA
Operacional	Agente de serviços gerais; auxiliar de serviços hospitalares e assistenciais.	Agente de serviços gerais.
Auxiliar	Artífice I; motorista; agente em atividades administrativas; agente em atividades de saúde I; auxiliar administrativo; cozinheiro; auxiliar de enfermagem.	Artífice I; agente em atividades administrativas.
Técnico	Artífice II; agente em atividades de saúde II; técnicos em: atividades administrativas, informática, segurança do trabalho, contabilidade e atividades de saúde.	Artífice II; agente em atividades de saúde II; motorista; instrutor; operador gráfico; técnicos em: atividades de saúde, atividades de engenharia, contabilidade, atividades administrativas, desenho; informática; agente prisional; monitor.
Superior	Administrador; analistas de: informática, técnico administrativo I, técnico administrativo II; assistente social; bibliotecário; bioquímico; cirurgião dentista; médico; nutricionista; professor; enfermeiro; pedagogo; farmacêutico; fiscal sanitaria; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; psicólogo; sanitaria; terapeuta ocupacional.	Administrador; analista técnico administrativo II; assistente social; bibliotecário; cirurgião dentista; consultor educacional; administrador escolar; orientador educacional; enfermeiro; engenheiro; farmacêutico; médico; pedagogo; procurador jurídico; professor; psicólogo; sanitaria.
Gerenciamento	Assistente de gabinete; diretor: do centro pesquisas oncológicas, do HRHDS, de assuntos ambulatoriais, de insp. Assist. rede saúde, de vigilância sanitária; gerentes de: mov. Distr. RH, orient. fiscal meio ambiente, adm. Financ. Unidade, adm. RH, convênios e contratos, ações especiais, administração, controle doenças, corpo clínico, corpo enfermagem, enfermagem, escola forma tec. saúde.	Coordenador programa qualidade total; gerente de: adm. Materiais, coord. Institucional, adm. Serv. Gerais, capacitação, arquivo público, adm. RH, assistente de serviço.
Não classificado	Analista técnico gestão de saúde	Analista técnico gestão pública

*Categorização com base nos quadros de pessoal da LCP Nº81 de 10/03/1993 e LCP Nº311 de 12/12/2005.

SES – Secretaria de Estado da Saúde;

SEA – Secretaria de Estado da Administração.

APÊNDICE B

COMPATIBILIZAÇÃO DA CID 9 EM RELAÇÃO A CID 10

Quadro II - Compatibilização dos grupos de patologias da Classificação Internacional de Doenças – CID 9 em relação a CID 10.

CAPÍTULOS CID 10		CÓDIGOS	CAPÍTULOS CID 9		CÓDIGOS
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99	I	Doenças Infecciosas e parasitárias	001-139
II	Neoplasias	C00-D48	II	Neoplasmas	140-239
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89	IV	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	280-289
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90	III	Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	240-279
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99	V	Transtornos mentais	290-319
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99	VI	Doenças do sistema nervoso e dos órgãos do sentido	320-359
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59	VI	Doenças do sistema nervoso e dos órgãos do sentido	360-379
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H95	VI	Doenças do sistema nervoso e dos órgãos do sentido	380-389
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99	VII	Doenças do aparelho circulatório	390-459
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99	VIII	Doenças do aparelho respiratório	460-519
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93	IX	Doenças do aparelho digestivo	520-579
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99	XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	680-709
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99	XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	710-739
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99	X	Doenças do aparelho geniturinário	580-629
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99	XI	Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	630-679
XVI	Algumas afecções originadas no período neonatal	P00-P96	XV	Algumas afecções originadas no período neonatal	760-779
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99	XIV	Anomalias congênitas	740-759
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99	XVI	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	780-799
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	S00-T98	XVII	Lesões e envenenamentos	800-999
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	V01-Y98		Classificação suplementar de causas externas de lesões e de envenenamentos	E800-E999
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99	Supl	Classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com os serviços de saúde	V01-V82

APÊNDICE C

DISTRIBUIÇÃO DOS AFASTAMENTOS, SEGUNDO VARIÁVEIS DO ESTUDO

Tabela 1 - Distribuição dos afastamentos para tratamento de saúde de servidores públicos estaduais, por órgão de lotação, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas no período de 1995 a 2005, Santa Catarina, Brasil.

VARIÁVEIS		SES ⁺		SEA ⁺		Ambas	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	8960	23,2	786	45,8	9746	24,1
	Feminino	29693	76,8	930	54,2	30623	75,9
Idade	Até 30 anos	2191	5,7	24	1,4	2215	5,5
	31 a 40 anos	11227	29,0	423	24,7	11650	28,9
	41 a 50 anos	17258	44,6	769	44,8	18027	44,7
	> 50 anos	7978	20,6	500	29,1	8478	21,0
Estado Civil	Casado	20827	53,9	1127	65,7	21954	54,4
	Divorciado	5956	15,4	164	9,6	6120	15,2
	Solteiro	8178	21,2	261	15,2	8439	20,9
	Viúvo	1966	5,1	56	3,3	2022	5,0
	Não informado	1727	4,5	108	6,3	1835	4,5
Escolaridade	Analfabeto	30	0,1	0,0	0	30	0,1
	Básico	12430	32,5	473	27,6	12903	32,3
	Médio	19495	51,0	600	35,0	20095	50,4
	Superior	6237	16,3	641	37,4	6878	17,2
Cor ou raça	Branca	32202	83,3	1560	90,9	33762	83,6
	Amarela	29	0,1	0,0	0,0	29	0,1
	Indígena	101	0,3	0,0	0,0	101	0,3
	Parda	1316	3,4	2,0	0,1	1318	3,3
	Preta	3451	8,9	84,0	4,9	3535	8,8
	Não informado	1555	4,0	70,0	4,1	1625	4,0
Faixa Salarial	1 a 3 SM	11509	29,8	39	2,3	11548	28,6
	3,1 a 6 SM	21647	56,0	426	24,8	22073	54,7
	6,1 a 9 SM	3981	10,3	480	28,0	4461	11,1
	> 9 SM	1517	3,9	771	44,9	2288	5,7
Regiões	Oeste	543	1,4	4	0,2	547	1,4
	Norte	3886	10,1	23	1,3	3909	9,7
	Serrana	2064	5,3	2	0,1	2066	5,1
	Vale do Itajaí	1279	3,3	22	1,3	1301	3,2
	Grande Florianópolis	30151	78,0	1505	87,7	31656	78,4
	Sul	690	1,8	35	2,0	725	1,8
	Ignorado	41	0,1	125	7,3	166	0,4

Secretaria de Estado da Saúde;

⁺Secretaria de Estado da Administração.

Tabela 2 - Distribuição dos afastamentos para tratamento de saúde de servidores públicos estaduais, por órgão de lotação, segundo variáveis relacionadas ao trabalho no período de 1995 a 2005, Santa Catarina, Brasil.

VARIÁVEIS	SES*		SEA ⁺		Ambas		
	n	%	n	%	n	%	
Tempo de Trabalho	Até 5 anos	4746	12,3	14	0,8	4760	11,8
	6 a 10 anos	8670	22,4	132	7,7	8802	21,8
	11 a 15 anos	8780	22,7	359	20,9	9139	22,6
	16 a 20 anos	7918	20,5	561	32,7	8479	21,0
	21 a 30 anos	8193	21,2	613	35,7	8806	21,8
	> 31 anos	347	0,9	37	2,2	384	1,0
Dias de Afastamento	Até 15 dias	17803	46,1	733	42,7	18536	45,9
	16 a 30 dias	11255	29,1	581	33,9	11836	29,3
	31 a 60 dias	6698	17,3	279	16,3	6977	17,3
	61 a 90 dias	2349	6,1	98	5,7	2447	6,1
	91 a 120 dias	349	0,9	14	0,8	363	0,9
	> 120 dias	200	0,5	11	0,6	211	0,5
Lotação	Meio	1930	5,0	626	36,5	2556	6,3
	Finalística	36724	95,0	1090	63,5	37814	93,7
Cargo	Operacional	11259	29,2	152	9,1	11411	28,3
	Auxiliar	13618	35,3	339	20,3	13957	34,7
	Técnico	9690	25,1	882	52,8	10572	26,3
	Superior	3988	10,3	283	17,0	4271	10,6
	Gerenciamento	41	0,1	13	0,8	54	0,1

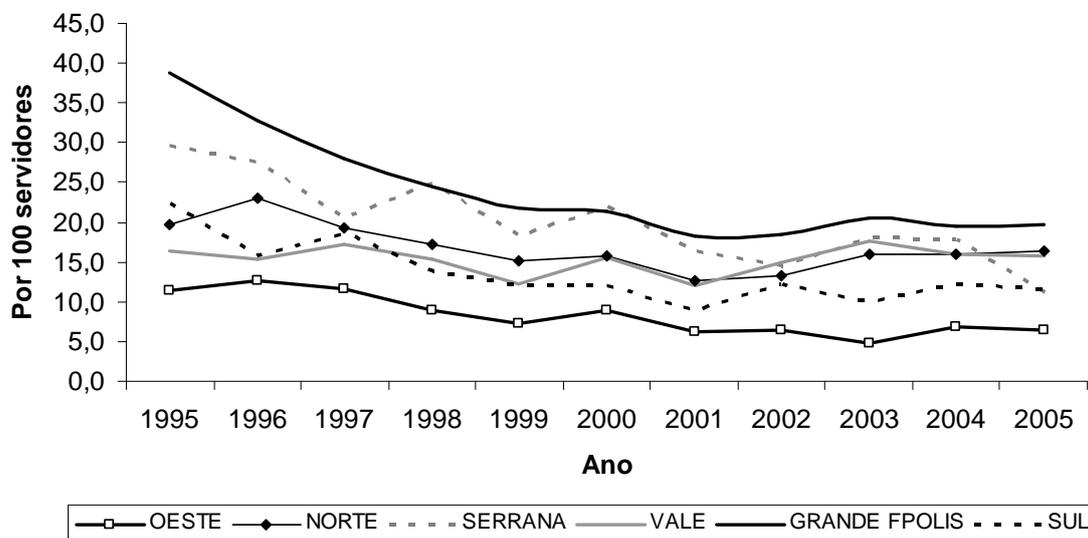
*Secretaria de Estado da Saúde;

⁺Secretaria de Estado da Administração.

APÊNDICE D

TAXAS DE AFASTAMENTO, SEGUNDO REGIÃO GEOGRÁFICA

Figura 1 – Taxas de afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais por problemas de saúde, segundo região geográfica do estado de Santa Catarina, Brasil, 1995-2005.



ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO/UFSC/CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO – PROJETO Nº 118/07

Título do Projeto: ADOECIMENTO E AFASTAMENTO DO TRABALHO DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS DO ESTADO DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 1995 A 2005

Pesquisador Responsável: Profª Drª Vera Lúcia Guimarães Blank

Pesquisador Principal: Mestranda Jane Cléia Cardoso Bittencourt Cunha

Instituição onde será realizado o estudo: Diretoria de Perícia Médica e Saúde Ocupacional do Servidos/Secretaria de Estado da Administração.

Data da apresentação ao CEPESH: 07/05/2007

Objetivo: Investigar o perfil epidemiológico relacionado ao afastamento do trabalho por problemas de saúde dos servidores públicos estaduais lotados nas Secretarias do Estado da Saúde da Educação Ciência e Tecnologia, da segurança Pública e Defesa do cidadão e da Administração, no período de 1995 a 2005.

PARECER

Esse parecer trata do projeto de dissertação intitulado ADOECIMENTO E AFASTAMENTO DO TRABALHO DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS DO ESTADO DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 1995 A 2005, que deu entrada no CEPESH em 07/05/2007, tendo como pesquisadora responsável a Profª Drª Vera Lúcia Guimarães Blank e como pesquisadora principal a Mestranda Jane Cléia Cardoso Bittencourt Cunha, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Segundo consta da documentação apresentada ao CEPESH, esta pesquisa será realizada após a aprovação pelo CEP, na Secretaria de Estado da Administração de SC.

A documentação apresentada traz a folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável, bem como assinada e carimbada pelo secretário de Estado da Administração de SC, representando a instituição onde a pesquisa será realizada.

O projeto não apresenta um orçamento e não conta com o suporte financeiro de nenhum órgão de fomento.

A pesquisa surge da preocupação com o grande número de afastamento do trabalho de servidores públicos estaduais por motivo de saúde. Sua finalidade é identificar o perfil epidemiológico de servidores públicos e verificar se houve aumento de afastamentos e os custos financeiros que essas substituições causam aos cofres públicos.

A pesquisa tem um delineamento transversal descritivo e será feita através de pesquisa em banco de dados do Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Administração, no período de 1995 a 2005.

A forma de abordagem aos sujeitos da pesquisa será feita de forma secundária, posto que se trata de consulta a um banco de dados. Nesse caso, a pesquisadora fará contato com o titular da pasta da Secretaria de Estado da Administração do Estado de SC, objetivando permissão para consulta dos dados cadastrados.

A amostra do estudo será composta de dados de 69.295 servidores públicos estaduais, do poder executivo, lotados nas seguintes Secretarias de Estado: Secretaria de Estado da Saúde; Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão; Secretaria de Educação, Ciência e Tecnologia e Secretaria de Estado da Administração. As características desses servidores é pertencerem ao quadro dos civis e estatutários afastados do trabalho por licença para tratamento de saúde.

Dentre os itens que compõem a documentação constam: declaração da pesquisadora principal e da pesquisadora responsável de que cumprirão os termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares; e declaração do Secretário de Estado da Administração de SC dando ciência de que aquela instituição está de acordo com a pesquisa e todas as exigências legais.

Considerando que os dados da pesquisa serão buscados em um banco de dados, a pesquisadora está liberada de apresentar **TCLE**.

Do ponto de vista formal, o projeto apresenta-se bem redigido.

As pesquisadoras não apresentaram cópias de currículos e também não indicaram os caminhos para que os mesmos fossem acessados no modelo Lates, porém foi feita uma verificação nominal nos dados do CNPq e foi verificado que a pesquisadora responsável tem produção e orientação de vários trabalhos na área de saúde pública e doenças do trabalho, estando, portanto, qualificada a execução desta pesquisa.

A investigação é pertinente e pelo exposto somos de parecer favorável.

(X) Aprovado

- Aprovado "ad referendum"
- Aprovado e encaminhado ao CONEP
- Com pendências
- Reprovado

- Data da Reunião : 25 de junho de 2007



Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.