

Absenteísmo-doença entre servidores públicos do setor saúde do Distrito Federal

Sickness absence among public workers in the healthcare sector of the Federal District, Brazil

Diogo Sousa Lemos¹ , Patrícia Maria Fonseca Escalda¹,
Leonardo Petruz da Silva Paz¹ , Ana Lúcia de Melo Leão²

RESUMO | Introdução: Descrever o perfil e os indicadores de absenteísmo-doença entre servidores de 18 unidades de saúde pública de uma Regional de Saúde do Distrito Federal (Brasília), Brasil. **Métodos:** Estudo transversal de todas as licenças médicas homologadas em 2014 superiores a três dias. Os indicadores de absenteísmo-doença foram calculados de acordo com sexo, estado civil, faixa etária, nível de escolaridade, categoria profissional, tempo de serviço, carga horária e lotação. **Resultados:** A população de 2.501 servidores apresentou 2.205 licenças médicas que resultaram em 40.755 dias de trabalho perdidos. Os indicadores demonstraram prevalência de absenteísmo-doença de 39%, índice de frequência de licenças de 88%, índice de gravidade de 16 dias, duração média do absenteísmo-doença de 42 dias e duração média das licenças de 18 dias. Mais de 85% dos dias perdidos foram atribuídos aos servidores com recorrência de licenças médicas. Transtornos mentais e comportamentais, além das doenças osteomusculares, representaram maiores causas de afastamento. **Conclusão:** O planejamento das ações em saúde do servidor exige o conhecimento das características dessa população, bem como do perfil de morbidade. Os resultados apresentados expressam a magnitude do absenteísmo-doença no setor saúde do serviço público e apontam para a necessidade de mudanças profundas na organização do processo de trabalho, com intervenções inovadoras nos espaços profissionais.

Palavras-chave | absenteísmo; setor público; licença médica; saúde do trabalhador.

ABSTRACT | Background: To describe the profile and indicators of sickness absence for civil servants allocated to the 18 public health units of a Federal District (Brasilia) Health Region, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study of all sick leaves longer than 3 days granted in 2014. Sickness absence indicators were calculated and analyzed per sex, marital status, age, educational level, professional category, length in the job, working hours and workplace. **Results:** The analyzed population (n=2,501) was granted 2,205 sick leaves in total, corresponding to 40,755 missed work days. The prevalence of sickness absence was 39%, the leave frequency index 88%, the severity index 16 days, the average sickness absence length 42 days, and the average length of leaves 18 days. More than 85% of the missed work days corresponded to workers with recurrence of sickness absence. Mental and behavioral disorders and musculoskeletal diseases were the main causes of sick leave. **Conclusion:** Planning health actions demands accurate knowledge of the characteristics and morbidity profile of this population of workers. The results of the present study express the magnitude of sickness absence in the public health sector, and point to the need for thorough change in the organization of the work process and innovative interventions in the workplace.

Keywords | absenteeism; public sector; sick leave; occupational health.

¹Ciências e Tecnologias em Saúde, Universidade de Brasília - Brasília (DF), Brasil.

²Medicina Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás - Goiânia (GO), Brasil.

DOI: 10.5327/Z1679443520180246

INTRODUÇÃO

Objeto desse estudo, o absenteísmo por motivo de doença ou simplesmente absenteísmo-doença é um fenômeno crescente que gera custos elevados diretos e indiretos para a sociedade. Ele deve ser entendido como resultado dos determinantes sociais de saúde da população, do qual fazem parte os trabalhadores e suas respectivas condições de trabalho, e da maneira como esse se organiza (jornadas, turnos, hierarquia, divisão e fragmentação do trabalho, mecanismos de controle, presença de riscos ocupacionais etc.)¹. A ausência do trabalho por motivo de doença impacta negativamente o trabalhador em gozo de licença médica trazendo-lhe sofrimento moral, sobrecarga em nível familiar decorrente da redução dos rendimentos e processos de culpabilidade por parte do gestor e da própria sociedade, nesse último caso, dando a impressão de que o trabalhador adoeece e se afasta das atividades profissionais simplesmente porque quer². O absenteísmo-doença é um problema que contribui para o declínio da qualidade dos serviços públicos por afetar diretamente a organização, demais trabalhadores e usuários. Observa-se na prática que o absenteísmo-doença, sob a perspectiva do gestor, tem sido tratado por meio de medidas de controle de ausências com pouco ou nenhum enfoque para ações de prevenção e promoção da saúde³. O trabalho em saúde, sobretudo no setor público, desenvolve-se em instituições que organizam seu funcionamento e processos de produção sob várias influências, como: interesses de financiadores e atores políticos locais⁴, influência de modelos administrativos-gerenciais hegemônicos adotados pelos setores de ponta da economia⁵, tecnologia disponível e aplicável na área^{4,6}, além do padrão hegemônico de produção de conhecimentos científicos e características inerentes ao processo específico de produção do ato assistencial em saúde⁷. Os modos de organização do trabalho na saúde pública influenciam no adoecimento dos servidores e são determinantes para a precarização do trabalho. Tal fato gera prejuízo na qualidade e na continuidade dos serviços essenciais prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁸. Constata-se, por exemplo, a existência de poucos concursos para suprir a demanda em recursos humanos e, mesmo com a estabilidade advinda do tipo de vínculo trabalhista, é possível verificar a existência de instabilidades e interrupções no trabalho desenvolvido, sobretudo nos momentos de mudança de administração^{2,7,8}. O trabalho em serviços públicos de saúde é permeado por situações de burocracia excessiva,

baixa valorização pela população e pela própria administração pública, situações que geram nos trabalhadores a sensação de impotência e desinteresse. Essas questões provocam atitudes e ações de resistência e improvisação por parte dos trabalhadores e possuem potencial para desencadear desgastes físicos e psicológicos, culminando em adoecimento e afastamento laboral⁹. Episódios de licenças médicas e de dias não trabalhados nos serviços de saúde pública são superiores aos de instituições de saúde privadas, em quantidade e tempo¹. A análise do absenteísmo-doença de uma instituição possibilita discussões sobre a morbimortalidade futura dos trabalhadores. O estudo Whitehall II na Inglaterra, por exemplo, indicou aumento de 66% no risco de morte prematura entre trabalhadores que tiveram episódios de licenças médicas superiores a sete dias em um período de três anos¹⁰. Em outro estudo, verificou-se que o risco de mortalidade e aposentadoria precoce se eleva entre homens e mulheres que tiveram mais de 15 dias de licença médica por ano¹¹.

A falta de informações integradas sobre o perfil de morbidade, em linguagem epidemiológica, constitui-se em um impeditivo para o conhecimento dos motivos que levam os servidores públicos do Brasil a adoecerem. Os dados obtidos nesse e em outros estudos similares serão úteis para orientar ações sindicais e para os sistemas de gestão de saúde, segurança e ambiente das instituições públicas. Ademais, as políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador tendem a ter como foco os trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção à saúde dos servidores públicos¹².

Diante dessas questões e, haja vista a não identificação nas bases de dados de periódicos de estudos publicados sobre o absenteísmo-doença de servidores públicos do Distrito Federal, o objetivo dessa pesquisa foi descrever o perfil epidemiológico e os indicadores de absenteísmo-doença de servidores públicos lotados na Regional de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal, no ano de 2014.

MÉTODOS

O estudo foi conduzido na Regional de Saúde de Ceilândia (RSC) integrante do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (DF), na Superintendência de Saúde da Região Oeste. A RSC conta com organizações de saúde em nível primário, secundário e terciário formando uma

complexa rede de atenção à saúde pública. As unidades de saúde vinculadas a ela compreendem um hospital geral, 12 centros de saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dois centros de saúde rurais, um laboratório regional (LRC) e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad).

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e descritivo, com utilização de dados secundários da RSC referentes ao período de janeiro a dezembro de 2014. Foram incluídos no estudo todos os servidores públicos regidos pela Lei nº 840/2011, lotados na RSC e vinculados à administração direta do DF. Em relação à variável desfecho (absenteísmo-doença) foram incluídas todas as licenças médicas (LM) superiores a três dias para tratamento da própria saúde. Foram excluídas as licenças de acompanhamento, licenças maternidades e demais licenças não relacionadas ao adoecimento do próprio trabalhador. As licenças foram analisadas tomando por base o número de episódios de LM (o que não é igual ao número de servidores que adoeceram, pois um mesmo servidor pôde se afastar mais de uma vez) e os dias de afastamento, ou dias perdidos, que correspondem à soma dos dias de afastamento de todas as licenças homologadas. Para realização da presente pesquisa foram construídos dois bancos de dados: um primeiro contendo informações de todos os servidores que adoeceram pelo menos uma vez no ano de 2014 e um segundo contendo as informações sociodemográficas e relativas ao trabalho de todos os servidores da Regional. Para a construção do primeiro banco foram extraídos, manualmente, dados da Comunicação de Perícia Médica (CPM), que é o documento oficial gerado no momento da consulta médica no órgão pericial. Após a perícia, o documento é encaminhado ao Núcleo de Cadastro Funcional (NUCAF) das Regionais de Saúde para lançamento nos assentamentos funcionais do servidor. Esse primeiro banco de dados conta com a matrícula do servidor e informações da LM, como a duração em dias do afastamento e o motivo de adoecimento conforme os códigos presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹³. Para a construção do segundo banco foram extraídos dados do sistema de informação de recursos humanos do NUCAF. Esse segundo banco contou com as variáveis sociodemográficas e relativas ao trabalho de todos os servidores da Regional. As variáveis independentes selecionadas para esse estudo foram sexo, estado marital, escolaridade, carga horária, categoria profissional, lotação setorial, lotação por nível de atenção à saúde, idade e tempo de serviço.

Algumas variáveis sofreram agrupamento antes de serem analisadas. A categoria profissional foi reunida em seis grupos: administrativo (administrador, técnico administrativo etc.); apoio técnico (profissionais de saúde de nível técnico: radiologia, laboratório etc.); especialista em saúde (profissionais de saúde de nível superior: farmacêutico, fisioterapeuta etc.); auxiliar de enfermagem; enfermeiros; médicos (todas as especialidades). A variável lotação setorial foi reunida em nove grupos: administrativo (setores administrativos-burocráticos-logísticos); ambulatorial (ambulatorios, vigilância epidemiológica, etc.); Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e UTI Neonatal (NEO); urgência e emergência (pronto-socorro adulto, pediátrico, etc.); atenção básica (todos os centros de saúde); internação (setores de internação: ortopedia, pediatria, maternidade etc.); centros cirúrgico e obstétrico; apoio especializado (setores de suporte: radiologia, laboratório, nutrição etc.); e atenção secundária (CAPS, UPA e LRC). Os agrupamentos levaram em conta as similaridades do ambiente organizacional, o tipo de exposição aos riscos ocupacionais e as tarefas desenvolvidas no ambiente de trabalho. Ao segundo banco de dados foram agregadas as informações referentes às LM dos servidores constantes do primeiro banco, utilizando a matrícula como identificador. Isso proporcionou a construção de um banco de dados único contendo as informações sociodemográficas, ocupacionais e as LM de todos os servidores da Regional. Os indicadores utilizados nessa pesquisa levaram em conta as recomendações da Permanent Commission And International Association on Occupational Health (1973)¹⁴ e as definidas por Hensing et al.¹⁵. Os indicadores de absenteísmo-doença são baseados nos seguintes critérios: número de episódios de licenças médicas, trabalhadores em licença médica e dias perdidos por licenças médicas. Os indicadores são representados pelas seguintes fórmulas:

- Prevalência de absenteísmo-doença (PAD) (Equação 1):

$$\frac{\text{número de servidores com LM no ano}}{\text{total de servidores no ano}} \times 100 \quad (1)$$

- Índice de frequência de licenças (IFL) (Equação 2):

$$\frac{\text{número de episódios de LM no ano}}{\text{total de servidores no ano}} \times 100 \quad (2)$$

- Índice de gravidade (IG) (Equação 3):

$$\frac{\text{número de dias perdidos no ano}}{\text{total de servidores no ano}} \quad (3)$$

- Duração do absenteísmo-doença (DAD) (Equação 4):

$$\frac{\text{número de dias perdidos no ano}}{\text{servidores com LM no ano}} \quad (4)$$

- Duração média da licença médica (DML) (Equação 5):

$$\frac{\text{número de dias perdidos no ano}}{\text{número de LM no ano}} \quad (5)$$

Procedeu-se, então, com a análise descritiva, à distribuição das frequências absolutas e relativas dos episódios e dias perdidos por LM, e com os cálculos dos indicadores de absenteísmo-doença. Para a análise dos dados foi utilizado o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19. Essa pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob parecer de aprovação nº 1.335.457.

RESULTADOS

Em 2014, a Regional de Saúde de Ceilândia contou com um efetivo de 2.501 servidores públicos. Os dados referentes às características sociodemográficas da população estudada

estão apresentados na Tabela 1, a partir da qual pode-se verificar predomínio de mulheres (72,8%); servidores com companheiro (58,1%); idade entre 31 e 40 anos (35,5%) e com ensino superior (54,3%). Em relação ao perfil ocupacional, houve predomínio de servidores na função de auxiliar de enfermagem (32,6%); com tempo de serviço de 4 a 10 anos (28,3%); carga horária de 40h semanais (75,1%) e lotação na atenção básica (34,9%) (Tabela 2). Nesse período ocorreram 2.205 afastamentos por LM relativos a 977 servidores, totalizando 40.755 dias de ausência ao trabalho.

Com base nesses dados foram calculados indicadores gerais de absenteísmo-doença para a RSC. Conforme observado na Tabela 1, a prevalência de absenteísmo-doença revelou que 39% dos servidores tiveram pelo menos uma licença médica em 2014. Um mesmo trabalhador pode ter vários episódios de LM no período, verificado por meio do índice de frequência de licenças que mostrou que, para cada grupo de 100 trabalhadores, houve 88 licenças médicas. Em relação ao índice de gravidade, foram 16 dias de trabalho perdidos para cada servidor da população total do ano em estudo. A duração do absenteísmo-doença apontou uma média de 42 dias perdidos para cada servidor afastado no período estudado. Por sua vez, a duração média das licenças foi de 18 dias perdidos por episódio de LM.

Tabela 1. Distribuição absoluta e percentual dos servidores e indicadores de absenteísmo-doença segundo características sociodemográficas. Regional de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal, 2014 (n=2.501).

Variáveis	Servidores n (%)	Servidores em LM n (%)	N. de LM	Dias perdidos	PAD (%)	IFL (%)	IG (dias)	DAD (dias)	DML (dias)
Geral	2.501	977	2.205	40.755	39	88	16	42	18
Sexo									
Masculino	680 (27,2)	199 (20,4)	389	7.916	29,3	57,2	12	40	20
Feminino	1.821 (72,8)	778 (79,6)	1.816	32.839	42,8	100	18	42	18
Estado marital									
Sem companheiro	1.049 (41,9)	414 (42,4)	924	17.565	39,5	88,1	17	42	19
Com companheiro	1.452 (58,1)	563 (57,6)	1.281	23.190	38,8	88,2	16	41	18
Faixa etária (anos)									
Até 30	277 (11,1)	103 (10,5)	190	2.646	37,2	68,6	10	26	14
31 a 40	887 (35,5)	349 (35,7)	849	15.039	39,3	95,7	17	43	18
41 a 50	775 (31,0)	295 (30,2)	648	11.484	38,1	83,6	15	39	18
Igual ou maior a 51	562 (22,5)	230 (23,5)	518	11.586	40,9	92,2	21	50	22
Escolaridade									
Fundamental	72 (2,9)	21 (2,1)	35	608	29,2	48,6	8	29	17
Médio	1.070 (42,8)	431 (44,1)	1.010	18.560	40,3	94,4	17	43	18
Superior	1.359 (54,3)	525 (53,7)	1.160	21.587	38,6	85,4	16	41	19

LM: licença médica; PAD: prevalência de absenteísmo-doença; IFL: índice de frequência de licenças; IG: índice de gravidade; DAD: duração do absenteísmo-doença; DML: duração média da licença.

Os resultados dos indicadores apresentados nas Tabelas 1 e 2 permitem verificar a magnitude do absenteísmo-doença entre cada um dos estratos das variáveis. Observou-se maior PAD em mulheres (42,8%), na faixa etária igual ou maior a 51 anos (40,9%), escolaridade média (40,3%), no cargo de auxiliar de enfermagem (48,5%), nos serviços de urgência/emergência (50,0%) e com tempo de serviço público entre quatro a 10 anos (41,8%). Semelhantemente, constatou-se que as mulheres e os servidores na faixa etária igual ou maior a 51 anos apresentaram maiores valores para os demais indicadores.

Em relação à categoria profissional, houve clara distinção entre os auxiliares de enfermagem com destaque para o IFL de 123,6%, indicando que houve mais de uma licença para cada grupo de 100 trabalhadores (Tabela 2). No tocante à carga horária semanal trabalhada, profissionais com jornada de trabalho de 20 horas apresentaram os menores valores para todos os indicadores, com exceção da DML (Tabela 2). As lotações setoriais que apresentaram os valores mais críticos para os indicadores foram os serviços de urgência e emergência

Tabela 2. Distribuição absoluta e percentual dos servidores e indicadores de absenteísmo-doença segundo características ocupacionais. Regional de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal, 2014 (n=2.501).

Variáveis	Servidores n (%)	Servidores em LM n (%)	N. de LM	Dias perdidos	PAD (%)	IFL (%)	IG (dias)	DAD (dias)	DML (dias)
Geral	2.501	977	2.205	40.755	39,0	88,0	16	42	18
Categoria profissional									
Administrativo	313 (12,5)	100 (10,2)	210	3.285	31,9	67,1	10	33	16
Especialista em saúde	241 (9,6)	86 (8,8)	147	2.266	35,7	61	9	26	15
Apoio técnico	538 (21,5)	181 (18,5)	392	7.580	33,6	72,9	14	42	19
Auxiliar enfermagem	815 (32,6)	395 (40,4)	1.007	18.455	48,5	123,6	23	47	18
Enfermeiro	231 (9,2)	91 (9,3)	185	4.010	39,4	80,1	17	44	22
Médico	363 (14,5)	124 (12,7)	264	5.159	34,2	72,7	14	42	20
Tempo de serviço (anos)									
Até três	627 (25,1)	216 (22,1)	381	5.642	34,4	60,8	9	26	15
quatro a 10	708 (28,3)	296 (30,3)	700	13.168	41,8	98,9	19	44	19
11 a 20	569 (22,8)	236 (24,2)	607	11.885	41,5	106,7	21	50	20
21 a 30	445 (17,8)	168 (17,2)	393	8.101	37,8	88,3	18	48	21
Igual ou maior a 31	152 (6,1)	61 (6,2)	124	1.959	40,1	81,6	13	32	16
Carga horária semanal (horas)									
20	305 (12,2)	91 (9,3)	161	3.189	29,8	52,8	10	35	20
24	220 (8,8)	94 (9,6)	200	3.382	42,7	90,9	15	36	17
30	97 (3,9)	31 (3,2)	74	1.367	32,0	76,3	14	44	18
40	1.879 (75,1)	761 (77,9)	1.770	32.817	40,5	94,2	17	43	19
Lotação									
Ambulatorial	238 (9,5)	85 (6,7)	184	3.465	35,7	77,3	15	41	19
Apoio especializado	277 (11,1)	92 (9,4)	196	3.697	33,2	70,8	13	40	19
Atenção básica	872 (34,9)	390 (39,9)	888	16.132	44,7	101,8	19	41	18
Atenção secundária	146 (5,8)	53 (5,4)	109	1.543	36,3	74,7	11	29	14
Cirúrgico/Obstétrico	104 (4,2)	44 (4,5)	108	2.168	42,3	103,8	21	49	20
Administrativa	201 (8,0)	49 (5,0)	105	1.749	24,4	52,2	9	36	17
Internações	296 (11,8)	107 (11,0)	248	5.555	36,1	83,8	19	52	22
Urgência/Emergência	204 (8,2)	102 (10,4)	261	4.895	50	127,9	24	48	19
UTI adulto/UTI Neo	163 (6,5)	55 (5,6)	106	1.551	33,7	65	10	28	15
Nível de atenção à saúde									
Atenção básica/ secundária	1.018 (40,7)	443 (45,3)	997	17.675	43,5	97,9	17	40	18
Hospital	1.483 (59,3)	534 (54,7)	1.208	23.080	36	81,5	16	43	19

LM: licença médica; UTI: unidade de terapia intensiva; UTI Neo: unidade de terapia intensiva neonatal; PAD: prevalência de absenteísmo-doença; IFL: índice de frequência de licenças; IG: índice de gravidade; DAD: duração do absenteísmo doença; DML: duração média da licença.

(PAD de 50%, IFL de 127,9% e IG de 24). Por sua vez, na lotação categorizada por nível de atenção à saúde, a atenção básica/secundária apresentou PAD (43,5%), IFL (97,9%) e IG (17 dias) com valores mais elevados, enquanto o hospital destacou-se na DAD (43 dias) e DML (19 dias) (Tabela 2). De acordo com a Tabela 3, verificou-se que mais da metade dos servidores (51,7%) tiveram mais de um afastamento no mesmo período. Um único trabalhador pôde ter de 1 a 11 episódios de LM. Observou-se, ainda, que 85,5% dos dias perdidos foram atribuídos aos servidores com recorrência de LM, os quais também apresentaram maior DML quando comparados aos que tiveram apenas um episódio de afastamento no período estudado.

Conforme apresentado na Tabela 4, a distribuição da frequência das licenças segundo a codificação alfabética da CID-10 apontou os transtornos mentais e comportamentais como os motivos clínicos que mais afastaram os servidores da RSC em ambos os sexos (feminino de 23,6% e masculino de 18%). Em seguida, aparecem as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (feminino de 20,4% e masculino de 17,2%). Analisando o resultado da DML por sexo verificou-se que, em geral, os homens apresentaram maior quantidade de dias perdidos por licença (20 dias), com especial destaque para os afastamentos decorrentes de doenças do sistema nervoso (40 dias) e transtornos mentais (30 dias). Durante as análises, verificou-se que os transtornos mentais e as doenças osteomusculares também representaram as principais causas de adoecimento em todos os estratos das categorias profissionais avaliadas.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa analisou um conjunto de dados oficiais e amplamente representativos dos servidores públicos de uma Regional de Saúde do Distrito Federal, contemplando todas as categorias profissionais do órgão. O planejamento das ações de saúde do servidor exige o conhecimento das características dessa população. Os resultados desse estudo fornecem informações relativas aos indicadores de absenteísmo-doença, bem como o perfil sociodemográfico e ocupacional dos servidores no ano do estudo. Observou-se que mais de um terço da população pesquisada apresentou pelo menos um episódio de LM homologada no órgão pericial oficial, equivalente à prevalência de absenteísmo-doença (PAD) de 39%. O PAD representa a fração de servidores com pelo menos um episódio de adoecimento no ano de 2014. O resultado foi coerente com pesquisas realizadas no serviço público de Belo Horizonte (31,5%)¹⁶, Fortaleza (33,9%)¹⁷, entre servidores públicos da França (41%)¹⁸ e trabalhadores suecos (40%)¹⁹. Prevalências inferiores foram relatadas na Secretaria de Saúde de São Paulo (15,9%)¹ e no município de Goiânia (23%)¹². O IFL de 88 episódios para cada 100 servidores demonstra a recorrência de licenças na população sob estudo. O resultado foi menor do que aqueles encontrados nos serviços públicos municipais de Vitória²⁰ e Curitiba²¹.

O IG de 16 dias obtido nessa pesquisa indica impacto do absenteísmo-doença sobre o serviço. Valores aproximados

Tabela 3. Distribuição de frequências da recorrência dos episódios de licenças médias e dias perdidos por licenças médicas da Regional de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal, 2014 (n=2.501).

Número de episódios de licenças médicas	N. de servidores licenciados (%)	N. de LM	Dias perdidos n (%)	DML
1	482 (49,3)	482	5.894 (14,5)	12
2	197 (20,2)	394	5.734 (14,1)	15
3	116 (11,9)	348	6.280 (15,4)	18
4	70 (7,2)	280	5.607 (13,8)	20
5	41 (4,2)	205	4.935 (12,1)	24
6	32 (3,3)	192	5.158 (12,7)	27
7	21 (2,1)	147	3.271 (8,0)	22
8	9 (0,9)	72	1.496 (3,7)	21
9	6 (0,6)	54	1.657 (4,1)	31
10	2 (0,2)	20	444 (1,1)	22
11	1 (0,1)	11	279 (0,7)	25
Total	977 (100)	2.205	40.755 (100)	18

LM: licença médica; DML: duração média das licenças.

foram verificados nos serviços de saúde pública de Campinas (15 dias)³ e do Canadá (14,7 dias)²².

A DAD de 42 dias perdidos por servidor revela a carga individual da doença. O resultado foi similar ao índice de 40 dias encontrado por Leão et al.¹², mas foi menor que o resultado da Secretaria de Saúde de São Paulo (64,9 dias)¹.

A DML, que nesse estudo foi de 18 dias, é um importante indicador de gravidade de uma doença. Valores inferiores foram observados entre servidores públicos de Vitória (10,2 dias)²⁰ e Curitiba (6,3 dias em 2015)²¹.

Baseando-se nos resultados gerais dos indicadores para a população do estudo e considerando-se as exclusões das licenças inferiores a quatro dias e demais afastamentos legais não avaliados nessa pesquisa, é possível afirmar que a Regional de Saúde de Ceilândia funciona com um efetivo extremamente reduzido, comprometendo o funcionamento administrativo, técnico e operacional das unidades de saúde, com reflexo direto na qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Verificou-se, entre os vários estudos selecionados para realizar as comparações com os resultados dessa pesquisa,

que não existe uma padronização de medidas e terminologias dos indicadores de absenteísmo-doença. Portanto, as comparações dos resultados foram realizadas com cautela, considerando que foram observados diferentes termos para se referir a uma mesma medida, variação nas formas de cálculos adotadas e o não detalhamento do ponto de corte em dias para inserção das licenças em algumas pesquisas¹². Não existe consenso quanto aos valores ideais para cada indicador de absenteísmo-doença²³. Além disso, o panorama complexo e diversificado do setor público faz com que seja difícil realizar comparações dos indicadores entre os serviços. Por esse motivo, deve-se levar em consideração a realidade e o perfil de cada instituição antes de realizar comparações externas. No presente estudo houve maior frequência e maior proporção de afastamento entre as mulheres. No entanto, os homens permaneceram mais tempo afastados. Esse achado encontra-se em conformidade com diversas pesquisas, reiterando maior frequência de episódios para mulheres e maior duração média de licenças para homens^{1,12,16-18,20,22}. O maior adoecimento entre as mulheres pode ser explicado por diversos fatores, sobretudo aqueles

Tabela 4. Frequência e duração média de licenças médicas entre os sexos segundo codificação da CID-10. Regional de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal, 2014 (n=2.501).

Capítulos da CID-10	Feminino			Masculino			Total de LM		
	n	%	DML	n	%	DML	n	%	DML
Transtornos mentais e comportamentais (CID F)	428	23,6	24	70	18,0	30	498	22,6	25
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID M)	371	20,4	18	67	17,2	16	438	19,9	17
Fatores que influenciam o estado de saúde e contato com serviços de saúde (CID Z)	240	13,2	18	60	15,4	19	300	13,6	20
Lesões, envenenamentos, traumatismos e consequências de causas externas (CID S/T)	159	8,8	14	52	13,4	21	211	9,6	17
Doenças do aparelho respiratório (CID J)	125	6,9	11	32	8,2	10	157	7,1	7
Doenças relacionadas a gravidez, parto e puerpério (CID O)	108	5,9	15	0	0	-	108	4,9	16
Doenças do ouvido e da apófise mastoide (CID H)	85	4,7	8	12	3,1	3	97	4,4	8
Doenças do aparelho geniturinário (CID N)	57	3,1	12	10	2,6	4	67	3,0	11
Sintomas, sinais e achados de exames clínicos (CID R)	47	2,6	14	6	1,5	14	53	2,4	9
Doenças do aparelho digestivo (CID K)	33	1,8	13	10	2,6	8	43	2,0	9
Doenças do sistema nervoso (CID G)	32	1,8	11	9	2,3	40	41	1,9	22
Doenças do aparelho circulatório (CID I)	32	1,8	15	33	8,5	25	65	2,9	22
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (CID A/B)	31	1,7	10	14	3,6	27	45	2	17
Doenças da pele e tecido subcutâneo (CID L)	21	1,2	9	6	1,5	9	27	1,2	9
Neoplasias (CID C)	20	1,0	92	0	0	-	20	0,9	87
Outros (CID E, D, Q e Y)	27	1,5	25	8	2,1	32	35	1,6	110
Total	1.816	100	18	389	100	20	2.205	100	18

CID: Classificação Internacional de Doenças; LM: licença médica; DML: duração média das licenças.

ligados às questões de gênero. Diferenças corporais e fisiológicas, problemas de saúde exclusivos desse grupo, como doenças ligadas ao parto, puerpério e menstruação, além da falta de descanso em casa são fatores que podem estar ligados ao maior adoecimento do sexo feminino.

Todos os indicadores de absentismo-doença, com exceção do IFL, apontaram a faixa etária maior ou igual a 51 anos como a mais vulnerável para adoecimento. Resultados similares foram demonstrados por Capelari et al.²⁴ e Bargas e Monteiro²⁵, que evidenciaram maior proporção de adoecimento e de dias perdidos por LM em trabalhadores mais velhos. É possível que esteja ocorrendo uma sobreposição de efeitos: envelhecimento natural das estruturas corporais somado à exposição acumulada aos riscos inerentes aos ambientes e processos de trabalho¹². Deve-se atentar para o fato de que os órgãos públicos prestadores de serviços de saúde do Distrito Federal têm seguido a tendência geral da evolução (ou involução) das relações de trabalho brasileiras dos últimos anos. Os pedidos de aposentadoria e de exoneração entre os servidores sobrepõe a oferta de novas vagas. O resultado é a manutenção, nos serviços, de trabalhadores em idades mais avançadas quase sempre sobrecarregados pela distribuição desproporcional de demandas de trabalho. Uma maior frequência e indicadores de absentismo elevados entre auxiliares de enfermagem têm sido amplamente descritos em estudos nacionais e internacionais^{1,3,16,22,25,26}. Auxiliares e técnicos de enfermagem estão na linha de frente do trabalho em serviços de saúde. Expostos a uma série de riscos ocupacionais e psicossociais, estão quase sempre sobrecarregados por causa da grande demanda de usuários do SUS, à multiplicidade de funções, à falta de insumos e de tempo para planejar e preparar a assistência e a ritmos excessivos e desgastantes de trabalho. Sugere-se que tais fatores expliquem um maior adoecimento nessa categoria profissional. Maior frequência e proporção de licenças entre servidores com carga horária semanal de 40h está em consonância com outros estudos^{27,28} e pode estar associada à fadiga por longas horas de trabalho, muitas vezes em turnos, com comprometimento da qualidade do sono e aumento do estresse, podendo levar à deterioração da saúde física. Ademais, em geral, indivíduos com jornada de trabalho menor possuem mais tempo para cuidar da própria saúde, necessitando menos de licenças médicas.

No presente estudo, houve maior adoecimento dos servidores que atuam nos serviços de urgência e emergência,

possivelmente por ser um local caracterizado por exposição constante a situações de estresse, dor, sofrimento, morte e acidentes. O setor apresenta, ainda, características difíceis de trabalho como longas jornadas, plantões nos finais de semana e noturnos, trabalhos manuais pesados e repetitivos além de quadro geralmente reduzido de trabalhadores, dentre outros problemas, que podem gerar desgaste físico e emocional ao trabalhador²⁸. Independentemente do diagnóstico que motivou o afastamento, os resultados do presente estudo mostraram que 85,5% dos dias perdidos foram atribuídos aos servidores com recorrência de LM. De acordo com um estudo realizado por Reis et al.²⁹, com servidores de um hospital universitário, o primeiro afastamento é um forte preditor para licenças subsequentes. Dessa forma, quanto maior o número de atestados, maior é o risco de se apresentar um novo episódio. O autor ainda destaca que a duração dos episódios subsequentes são frequentemente maiores do que o inicial, especialmente em licenças por transtornos mentais, em consonância com os resultados dessa investigação²⁹.

O perfil de morbidade evidenciado foi similar a diversos estudos realizados com servidores públicos, com alguns casos de alternâncias de posições permanecendo, porém, os transtornos mentais e as doenças osteomusculares nas primeiras posições sempre^{1,12,17-19}. Todos os estudos demonstraram maior frequência de adoecimento entre mulheres.

A análise da distribuição das licenças médicas pelos códigos da CID-10 entre os sexos mostrou que os homens apresentaram média de licenças maior que as mulheres em vários capítulos da CID-10 como transtornos mentais, lesões/traumatismos e doenças do sistema nervoso. Uma hipótese para essa diferença seria a de que os homens se afastem do trabalho por quadros mais severos ou de maior tempo de incapacidade para o retorno ao trabalho do que as mulheres¹².

O maior absentismo-doença por transtornos mentais pode estar relacionado a riscos psicossociais como: falta de autonomia do trabalhador na organização de suas atividades, infraestrutura precária do ambiente de trabalho, dificuldades de relacionamento com a chefia e falta de suporte social no local de trabalho¹². O estabelecimento de protocolos de prevenção de doenças e transtornos mentais por parte do gestor local se faz necessário, uma vez que já se demonstrou que trabalhadores com essa condição apresentam um risco aumentado em até 60% de mortalidade

precoce¹⁸. Semelhantemente, a questão da alta frequência de doenças musculares é preocupante por serem importantes causas de aposentadorias por invalidez^{12,30}. Riscos ergonômicos nos ambientes e processos de trabalho em saúde, como posturas incorretas no transporte e manipulação de pacientes ou objetos e espaços físicos ou mobiliários inadequados são responsáveis por promoverem danos à saúde do trabalhador.

O presente estudo possui algumas limitações: devido à impossibilidade de incluir as licenças médicas inferiores a quatro dias, é coerente afirmar que o universo do absenteísmo-doença apresentado esteja subestimado. Além disso, não foi possível diferenciar as licenças médicas de causas comuns daquelas consideradas como doenças do trabalho ou das licenças médicas por motivos de acidentes de trabalho. Recomenda-se futuras investigações que contemplem esses pontos, a análise da influência que as condições e processos de trabalho têm sobre os indicadores de absenteísmo-doença, além da investigação dos fatores de risco associados à recorrência de licenças.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa apresentou o perfil epidemiológico do absenteísmo-doença de uma ampla população de servidores públicos possibilitando discussões e mediações pautadas nas práticas de prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores. Os resultados ilustram quais grupos de trabalhadores são mais propensos a se afastarem do trabalho baseando-se nas características socio-demográficas e ocupacionais e possibilitam, ao gestor do órgão, a proposição e o direcionamento de intervenções nos espaços laborais dos grupos ocupacionais com maior potencial para adoecimento. Uma vez que as Regionais de Saúde do DF têm composições relativamente semelhantes, do ponto de vista de organização dos serviços e perfil do trabalhador, entendemos que os resultados desse estudo poderão contribuir como ponto de partida para reflexões sobre o absenteísmo-doença entre gestores e servidores de outras Regionais de Saúde do DF.

REFERÊNCIAS

1. Sala A, Carro A, Correa A, Seixas P. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:2168-78.
2. Souza ZB, Reis LM. Entre o atender e o ser atendido: políticas em saúde para o trabalhador do serviço público. *Cad Psicol Soc Trab*. 2013;16:87-106.
3. Gehring Junior G, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, Ferreira NA, Vieira SVR. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10:401-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000300011>
4. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciêns Saúde Colet*. 2004;9:795-806. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300030>
5. Gurgel Júnior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciêns Saúde Colet*. 2002;7:325-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000200012>
6. Lorenzetti J, Trindade LL, Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21:432-9.
7. Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2000;53:251-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>
8. Jackson Filho JM. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. *Production*. 2004;14:58-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132004000300007>
9. Assunção AA, Brito J. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.
10. Head J, Ferrie JE, Alexanderson K, Westerlund H, Vahtera J, Kivimäki M, et al. Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2008;337:a1469. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1469>
11. Roelen CAM, Koopmans PC, Anema JR, van der Beek AJ. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *J Occup Rehabil*. 2010;20:113-21. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10926-009-9226-8>
12. Leão ALM, Barbosa-Branco A, Rassi Neto E, Ribeiro CAN, Turchi MD. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18:262-77. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010020>
13. Organização Mundial da Saúde. *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10a revisão. São Paulo: Organização Mundial da Saúde; 1995.
14. Permanent Commission and International Association on Occupational Health. Sub-committee on absenteeism: draft recommendations. *Br J Ind Med*. 1973;30:402-3.
15. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scand J Soc Med*. 1998;26:133-44.
16. Bassi I, Assunção AA, Pimenta AM, Benavides FG, Ubalde-Lopez M. Sickness absence among health workers in Belo Horizonte, Brazil. *J Occup Health*. 2016;58:179-85. <https://dx.doi.org/10.1539%2Fjoh.15-0121-OA>
17. Vale SF, Maciel RH, Nascimento APT, Vasconcelos JWO, Pimentel FHP. Análise de diagnósticos associados às licenças médicas dos servidores públicos do Ceará. *Rev Psicol*. 2015;6:68-81.

18. Ferrie JE, Vahtera J, Kivimäki M, Westerlund H, Melchior M, Alexanderson K, et al. Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study. *J Epidemiol Community Heal.* 2009;63:50-5. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.074369>
19. Eriksson H-G, Celsing A-S, Wahlström R, Janson L, Zander V, Wallman T. Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. *BMC Public Health.* 2008;8:426. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-426>
20. Bastos VGA, Saraiva PGC, Saraiva FP. Absenteísmo-doença no serviço público municipal da Prefeitura Municipal de Vitória. *Rev Bras Med Trab.* 2016;14:192-201. <https://doi.org/10.5327/Z1679-443520164615>
21. Daniel E, Koerich CRC, Lang A. O perfil do absenteísmo dos servidores da prefeitura municipal de Curitiba, de 2010 a 2015. *Rev Bras Med Trab.* 2017;15:142-9. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520176021>
22. Gorman E, Yu S, Alamgir H. When healthcare workers get sick: exploring sickness absenteeism in British Columbia, Canada. *Work.* 2010;35:117-23. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-0963>
23. Oliniski SR, Sarquis LMM. A contribuição de um sistema de informações para a vigilância à saúde do trabalhador: um enfoque sobre o absenteísmo. *Rev Min Enfer.* 2010;14:479-89. <http://www.dx.doi.org/S1415-27622010000400005>
24. Capelari MM, Aznar FDC, Andrade FJP, Freitas AR, Sales-Peres SHC, Sales-Peres A. Absenteísmo e Atestações Médico-Odontológicas no Serviço Público: Um Estudo Retrospectivo. *Odonto.* 2013;21:1-8. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1000/odonto.v21n41-42p1-8>
25. Bargas EB, Monteiro MI. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de Enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2014;27:533-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400087>
26. Silva LGC, Buss AAQ, Haddad MCL, Vannuchi MTO. The absenteeism of the team of nursing of a public university hospital. *J Heal Biol Sci.* 2016;4(2):88-94. <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v4i2.520.p88-94.2016>
27. Leão ALM, Barbosa-Branco A, Turchi MD, Steenstra IA, Cole DC. Sickness absence among municipal workers in a Brazilian municipality: a secondary data analysis. *BMC Res Notes.* 2017;10:773. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-3116-5>
28. Martins PF, Nascimento Sobrinho CL, Silva MV, Pereira NB, Gonçalves CM, Rebouças BS, et al. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2009;34:172-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572009000200008>
29. Reis RJ, Utzet M, La Rocca PF, Nedel FB, Martín M, Navarro A. Previous sick leaves as predictor of subsequent ones. *Int Arch Occup Environ Health.* 2011;84:491-9. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0620-0>
30. Almeida GFP, Ribeiro MHA, Silva MACN, Branco RCC, Pinheiro FCM, Nascimento MDSB. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. *Rev Bras Med Trab.* 2016;14:37-44.

Endereço para correspondência: Diogo Sousa Lemos – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília – Centro Metropolitano, conjunto A, lote 1 - Unidade de Ensino e Docência, 1º andar, sala A1-04/67 - CEP: 72220-275 - Brasília (DF), Brasil - E-mail: dslfarmaceutico@gmail.com