

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

ALESSANDRA MURARI PORTO FERREIRA

**DO QUE ADOECEM OS TRABALHADORES SERVIDORES
MUNICIPAIS DA SAÚDE EM VITÓRIA/ES?**

**VITÓRIA
2018**

ALESSANDRA MURARI PORTO FERREIRA

**DO QUE ADOECEM OS TRABALHADORES SERVIDORES MUNICIPAIS
DA SAÚDE EM VITÓRIA/ES?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Profº. Drº. Luiz Henrique Borges.
Coorientadora: Profª. Drª. Maristela Dallbello- Araújo.

VITÓRIA
2018

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)

EMESCAM – Biblioteca Central

F383e Murari, Alessandra Porto Ferreira.
Do que adoecem os trabalhadores servidores municipais da
saúde em Vitória/ES./ Alessandra Murari Porto Ferreira.
- 2018.
110 f.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges.
Coorientador (a): Prof.^a Dr.^a Maristela Dallbello- Araújo.

Dissertação (Mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2018.

1. Saúde do trabalhador. 2. Doenças ocupacionais. 3. Licenças
médicas. 4. Absenteísmo. I. Borges, Luiz Henrique. II. Dalbello-
Araújo, Maristela. III. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. IV. Título.

CDU: 613.9-057

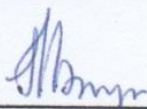
ALESSANDRA MURARI PORTO FERREIRA

**DO QUE ADOEÇEM OS TRABALHADORES
SERVIDORES MUNICIPAIS DA SAÚDE EM VITÓRIA-
ES?**

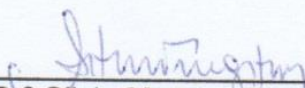
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2018

BANCA EXAMINADORA



Prof Dr Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador



Profª Drª Silvia Moreira Trugilho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno



Profª Drª Luzimar dos Santos Luciano
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Membro Titular Externo

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação, primeiramente, a Deus, ser essencial em minha vida, autor da minha história, meu amigo, socorro presente em todas as horas, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Ao meu professor e orientador Luiz Henrique Borges, por ser uma pessoa digna de aplausos: dedicado, atencioso e muito comprometido com o ensinar e o aprender. Orientador sábio e humano, soube respeitar o meu tempo de escrita e caminhou comigo nos dias difíceis, ajudando-me a superar os obstáculos e a transformar em realidade esta pesquisa. Hoje não tenho só um professor, mas uma pessoa que posso chamar de amigo.

Ao meu esposo Antônio Fernando, amigo presente de todas as horas, pelo amor, dedicação, paciência e respeito.

Ao meu filho amado Luís Felipe, pela confiança incondicional, espera e afeto.

AGRADECIMENTOS

Quando penso em agradecer, lembro desta mensagem: ninguém aparece em nossas vidas por acaso.

Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, pois cada pessoa é única e nenhuma substitui outra. Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, mas não vai só nem nos deixa sós. Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito, mas há os que não levam nada. Essa é a maior responsabilidade de nossa vida, e a prova de que duas almas não se encontram ao acaso (SAINT-EXUPÉRY).

Desse modo, gostaria de agradecer àqueles que passaram pela minha vida, pois, sem dúvida, todos agregaram algo. Agradeço a minha professora e coorientadora Maristela DallBello-Araújo, peça fundamental no desenvolvimento desta dissertação, que caminhou comigo por toda esta trajetória, demonstrando carinho e respeito. Posso dizer que minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa.

Aos professores que estiveram comigo durante o mestrado, especialmente à Prof^a. Dr^a. Silvia Moreira Trugilho. Obrigada pelos ensinamentos, pela paciência e pela confiança durante as longas discussões dos movimentos sociais, bem como pelas supervisões de minhas atividades. É um prazer tê-la na banca examinadora.

À Prof^a. Dr^a. Luzimar S. Luciano, pela participação na banca examinadora. Sua presença faz toda diferença, pois foram as suas aulas que me inspiraram e me motivaram a estudar a saúde e segurança do trabalhador.

À professora Lúcia Helena Sagrillo Pimassoni, pela dedicação e suporte no trabalho estatístico.

Aos meus amigos do mestrado, pelos momentos vividos. Agradeço, em especial, a Michelli Christian, Carolina Campagnoli, Luana Trassi, Alexandre Ruschi, Dorotéia Trassi, Fabricia Forza, Danielle Laudino, que se tornaram grandes companheiros e deixaram mais leve meu trabalho. Obrigada por dividir comigo as angústias e as alegrias. Foi bom poder contar com vocês!

Aos trabalhadores de todas os setores – biblioteca, secretaria, financeiro, laboratório, portaria, recepção, apoio pedagógico e secretaria do mestrado – da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam), pela acolhida e sincera solicitude em nos atender prontamente.

À equipe do setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Administração, pela atenção e pelos relatórios preparados e disponibilizados para a realização desta pesquisa. Em especial, agradeço ao Sr. Marco Antônio, funcionário público de excelência.

A toda equipe de trabalhadores públicos e contratados da Escola Técnica do SUS (ETSUS), pelas incansáveis reuniões e organizações de trabalhos com a finalidade de obter o máximo de dados para favorecer esta pesquisa. Meu muito obrigada, especialmente, a Regina Célia Diniz Werner, diretora no período.

Aos profissionais e amigos do Coren/ES, pelo apoio. Gostaria de agradecer, em especial, a Patrícia Melchioris, Paulo Roberto Gonçalves, Erico Malavasi e Luciene Borlotte, queridos amigos e companheiros do Grupo de Trabalho em Enfermagem do Trabalho. Obrigada pelo apoio, pelas longas conversas e pela torcida positiva.

As minhas queridas amigas Luciene Borlotte, Gilsa Rodrigues, Ana Christina, Tereza Cristina, pelo esforço incansável para me manter sorrindo e feliz quando o medo me assombrava. O apoio de vocês foi essencial para vencer todos os obstáculos que surgiram durante esta caminhada.

Não poderia deixar de agradecer também a minha família. Meu agradecimento, em especial, ao meu esposo, pelo parceiro incansável de todas as horas que é.

Aos meus pais Ozenite Murari e Tolentino Porto (*in memória*), pelo amor incondicional, pelo esforço para que eu pudesse estudar, pela espera incansável pelo apoio e pela alegria e orgulho de ter uma filha estudada.

Ao meu avô Zozimo Murari (*in memória*), por ter sido o maior incentivador do meu crescimento intelectual, pelo amor, pela confiança, pela dedicação e por me ensinar que podemos mudar nossa história por meio dos estudos. Companhia especial no tempo que nos foi permitido.

À tia Orlinda e ao tio Carlindo, assim como a Hugo, Melissa, Caio, Daniele, a Alexandre, Isabela e Fernanda, minha segunda família. Obrigada pela paciência, pela espera, pelo carinho e pelo amor de sempre.

Aos meus irmãos Lena e Inácio e meus cunhados Márcio e Ana Paula, que, mesmo inconscientemente, incentivaram-me e respeitaram minha ausência.

A Luciene e Rogerio Borlotte, pela confiança e ajuda, você fazem parte desta conquista.

Aos meus cunhados Christiana e Roberto, peças fundamentais para realização desta conquista, pela confiança e respeito.

Aos meus queridos compadres Regina e Francisco, amigos pacientes e carinhosos, que foram minha coluna de oração durante esta caminhada.

A todas as minhas irmãs em Cristo no Ministério de Oração da Primeira Igreja Batista de Bento Ferreira: Luciana, Raquel, Jaciara, Sinar e Rosaura. Obrigada pelas orações, pelo apoio e, principalmente, pela compreensão neste tempo que estive ausente fisicamente.

Agradeço também a Aline Barroso da Fonseca, pelo incansável apoio e ajuda nesta fase final da pesquisa.

A todos os meus familiares, irmãos, sobrinho, tios e primos, por sempre estarem torcendo por mim.

A todos aqueles que, embora não nomeados, brindaram-me com seus inestimáveis apoios em diversos momentos e por suas presenças afetivas e inesquecíveis. Meu reconhecido e carinhoso muito obrigado pela compreensão!

Todos vocês fazem parte deste trabalho.

Minha eterna gratidão.

Não reclames, nem te faças de vítima;
Antes de tudo, analisa e observa;
A mudança está em tuas mãos,
Reprograma tuas metas,
Busca o bem e viverás melhor,
Embora ninguém possa voltar atrás e
fazer um novo começo,
Qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim!

Francisco do Espírito Santo Neto

RESUMO

Este trabalho analisa os afastamentos por Licença para Tratamento de Saúde (LTS) dos servidores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), no período de 2010 a 2015. Constituindo-se em um estudo epidemiológico observacional de desenho transversal que utiliza dados secundários coletados junto à Secretaria Municipal de Administração de Vitória/ES, esta dissertação visa identificar as variáveis relacionadas às características da população estudada. Para a análise dos dados, foi realizada uma caracterização do perfil sociodemográfico e temporal dos afastamentos, abordando o ano de ocorrência, o sexo e a faixa etária do servidor. Foram utilizadas distribuições de frequências dessas variáveis, além do estudo do comportamento das variáveis sexo e faixa etária segundo o ano de ocorrência. Com o intuito de verificar se poderiam ser afirmadas mudanças no comportamento dessas variáveis durante o tempo estudado, foi aplicado o teste do χ^2 . Os resultados obtidos indicam a seguinte ordem de distribuição dos afastamentos dos servidores da SEMUS conforme o grupo de morbidades e o tempo de duração: doenças do sistema osteomuscular (17,3%), doenças do aparelho respiratório (12,6%) e transtornos mentais e do comportamento (9,4%). O grupo de doenças do sistema osteomuscular, responsável pelo maior número de afastamentos, foi mais expressivo para os agentes de combate às endemias, os auxiliares de enfermagem e os cirurgiões dentistas, perfazendo, respectivamente, 21,1%, 20,7% e 19,2% dos episódios referidos por esses cargos. O grupo de doenças respiratórias, o segundo mais frequente, foi mais expressivo entre os auxiliares de consultório dentário e os assistentes administrativos, com 16,7% e 14,8%, respectivamente. Por fim, o grupo dos transtornos mentais foi mais expressivo entre os enfermeiros e os médicos, com, respectivamente, 19,4% e 14,0%. Desse modo, este estudo pode contribuir para a construção de um planejamento da gestão pública de forma a intervir no processo de adoecimento.

Palavras chaves: Saúde do Trabalhador. Doenças ocupacionais. Licenças médicas. Absenteísmo.

ABSTRACT

This study aims to analyze the medical sick leave among the health professionals of the SEMUS/PMV, from 2010 to 2015. This is an observational epidemiological cross-sectional study that used secondary data collected from the Municipal Administration Secretariat of Vitória/ES. This type of study aims to identify the variables related to the characteristics of the studied population. The Health Care License departures from health care workers linked to the Municipal Health Department of Vitória (SEMUS), motivated by health problems, were analyzed in the period from 2010 to 2015. The data analysis strategy sought to respond to the specific objectives of the study, starting with the characterization of the sociodemographic and temporal profile of the departures, addressing the year of occurrence, the sex and the age group of the server in which the withdrawal occurred. Frequency distributions of these variables were used, besides the study of the behavior of the variables gender and age, according to the year of occurrence. For this purpose, the X2 test was applied to verify if changes in the behavior of these variables could be affirmed during the time studied. The distribution of departures from the SEMUS servers, according to the morbidity group that motivated the removal and the length of the absence were osteomuscular diseases (17.3%), diseases of the respiratory system (12.6 %) and mental and behavioral disorders (9.4%). The group of diseases of the musculoskeletal system, which was the cause of the greatest number of episodes of withdrawal, was more significant for endemic agents, nursing assistants and dental surgeons, accounting for 21.1%, respectively, 20.7% and 19.2% of the episodes referred to by these positions. The second most frequent group of respiratory diseases was more expressive among dental assistants and administrative assistants, with 16.7% and 14.8%, respectively. Finally, the group of mental disorders was more expressive among nurses and physicians, with, respectively, 19.4% and 14.0%. This study can contribute to the construction of public management planning in order to intervene in the process of becoming ill.

Keywords: Worker Health. Occupational diseases. Medical licenses. Absenteeism.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Evolução temporal do número de LTS em servidores da SEMUS, 2010-2015.....	50
GRÁFICO 2 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS em função do sexo, PMV, 2010-2015	51
GRÁFICO 3 – LTS dos servidores da SEMUS em função do sexo e do ano de ocorrência, PMV, 2010-2015.....	52
GRÁFICO 4 – LTS dos servidores da SEMUS em função da faixa etária, PMV, 2010-2015.....	53
GRÁFICO 5 – LTS dos servidores SEMUS por faixa etária e ano de ocorrência, PMV, 2010-2015	54
GRÁFICO 6 – LTS dos servidores da SEMUS segundo o tipo de vínculo, PMV, 2010-2015.....	55
GRÁFICO 7 – LTS de servidores da SEMUS segundo o vínculo de trabalho e ano de ocorrência, PMV, 2010-2015.....	56
GRÁFICO 8 – LTS dos servidores da SEMUS por cargo e proporção do tipo de vínculo, PMV, 2010-2015.....	58
GRÁFICO 9 – LTS dos servidores da SEMUS em função do tempo de trabalho, PMV, 2010-2015	59
GRÁFICO 10 – Evolução da distribuição dos afastamentos por tempo de trabalho, PMV, 2010-2015	60
GRÁFICO 11 – LTS dos servidores da SEMUS por local de trabalho, PMV, 2010-2015.....	61
GRÁFICO 12 – Evolução temporal das LTS dos servidores SEMUS por local de trabalho, PMV, 2010-2015	62
GRÁFICO 13 – Total de servidores da SEMUS, PMV, 2010-2015.....	71

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS segundo ano de ocorrência (PMV, 2010-2015)	49
TABELA 2 – Distribuição dos servidores da SEMUS afastados por LTS segundo os 10 cargos de maior frequência, PMV, 2010-2015	57
TABELA 3 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS segundo o grupo de morbidade e o tempo de duração do afastamento, PMV, 2010-2015	63
TABELA 4 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS segundo grupo de morbidade e tempo de trabalho na PMV, 2010-2015	65
TABELA 5 – Distribuição dos afastamentos dos servidores da SEMUS de acordo com o grupo de morbidades e o cargo exercido, PMV, 2010-2015	67
TABELA 6 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS segundo o local de trabalho e o grupo de morbidade, PMV, 2010-2015	69
TABELA 7 – Episódios de LTS, número de servidores e Índice de Frequência (IF) de episódios de licença nos servidores da SEMUS segundo o ano, PMV, 2010-2015	72

LISTA DE SIGLAS

CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas.
IF	Índice de Frequência
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
PLR	Participação de Lucros e ou Resultados
SEMAD	Secretaria Municipal de Administração
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 O TRABALHO	20
2.2 O TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS	23
2.3 O TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO	24
2.4 O TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE	27
2.5 O TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	30
2.6 O ADOECIMENTO NO TRABALHO	31
2.6.1 Abordagens da relação saúde-trabalho	32
2.6.2 O adoecimento dos trabalhadores nos serviços de saúde	36
2.6.3 O absenteísmo dos trabalhadores em saúde.....	39
3 METODOLOGIA	43
3.1 TIPO DE PESQUISA	43
3.2 SUJEITOS DO ESTUDO	43
3.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO	43
3.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS	46
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	46
3.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	48
4 RESULTADOS	49
4.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E TEMPORAL DOS AFASTAMENTOS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DA SEMUS	49
4.2. AFASTAMENTO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DA SEMUS E INSERÇÃO NO TRABALHO	54
4.3. PERFIL DE MORBIDADE DOS AFASTAMENTOS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DA SEMUS	63
4.4. ÍNDICE DE FREQUÊNCIA DE EPISÓDIOS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DA SEMUS ..	71
5 DISCUSSÃO.....	73

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	89
ANEXOS.....	100
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA.....	100
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	101
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO	105
APÊNDICES	106
APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DAS LTS DOS SERVIDORES DA SEMUS POR CARGO, PMV, 2010-2015	106

1 INTRODUÇÃO

Atuo na área da enfermagem há 20 anos, sendo 12 como enfermeira. Já atuei em diferentes vínculos de trabalho, tais como: cargos de atenção direta aos usuários e de gerência, bem como participei, por três mandatos, da diretoria do Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo (Coren/ES). Há 10 anos, atuo como enfermeira do trabalho e atualmente coordeno o Grupo de Trabalho dos Enfermeiros do Trabalho do Coren/ES.

Nessa trajetória laboral, tenho acompanhado o afastamento e o adoecimento de diversos colegas de trabalho em meio a discussões sobre o exercício profissional: vínculos de trabalho precários; feminização dos profissionais de saúde; precariedade das condições de trabalho; má remuneração; sobrecarga de trabalho; número insuficiente de profissionais; dupla e tripla jornadas de trabalho e condições organizacionais de várias ordens, como pressão de chefias e falta de solidariedade por parte dos colegas.

Outra situação muito comum é o profissional trabalhar doente devido à insegurança do vínculo de trabalho, principalmente se seu contrato for por tempo determinado. Quando um profissional se afasta para tratamento de saúde, ele começa a ser observado pela chefia direta, passando a sofrer uma grande pressão psicológica. Em muitos momentos, quem cuida está precisando tanto de cuidado e atenção quanto aquele que é cuidado.

O ato de trabalhar é uma atividade inerente aos seres humanos que envolve aspectos como a intencionalidade do meio de produção para com o corpo social. Além disso, permite ganhos financeiros para a conservação do trabalhador e de sua família, bem como possibilita o reconhecimento profissional e a satisfação pessoal (FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005).

O tema trabalho, no campo dos profissionais da área de saúde, merece ampla discussão pela complexidade na assistência e pelos afazeres, os quais envolvem o contato com diversas pessoas e suas subjetividades. Na realização de suas tarefas, os trabalhadores da saúde atuam no coletivo através da cooperação das equipes,

compartilhando, assim, atribuições na distribuição das técnicas e da dimensão social (MERHY,1997).

No âmbito da prestação dos serviços de saúde, os servidores assistenciais constituem a maior força laboral, sendo submetidos a condições de trabalho diversas: extensas jornadas de trabalho, com variações de turnos, e esquema de rodízios setoriais, em multiplicidades, com tarefas repetitivas e monótonas. Os agravos na atuação decorrem também dos ritmos intensos de trabalho, da ansiedade e da sobrecarga física, com exigência de esforços físicos contínuos, posições corporais incômodas, exigência do trabalho intelectual associado ao manual e cobrança das chefias (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

Diante disso, o adoecimento dos trabalhadores, sem dúvida, está atrelado a fatores econômicos e sociais. A história narra que o Brasil Colônia tinha base econômica agrária e mineradora. Com os avanços tecnológicos e o empoderamento dos serviços industriais, emergiram novos meios de negócios e transpareceram os emblemáticos problemas sociais. Como saldo final dessa transformação socioeconômica, tem-se o aumento das atividades de trabalho informal, os baixos salários, a degradação social, o desemprego, a precarização das condições de trabalho e o aumento das doenças profissionais. A atividade do servidor da saúde está correlacionada a esses fatores (BECKER; OLIVEIRA, 2008).

O mercado de trabalho agressivo, a competitividade, o ato do consumismo acelerado e a singularidade do indivíduo no mundo capitalista imprimiram ao trabalhador fatores que atingem, ininterruptamente, sua saúde, prevaricando sua vida profissional. Em virtude desses aspectos, o ambiente competitivo traz consigo, em demasia, a exigência do dinamismo e dos esforços físico e psicológico, que, geralmente, excedem o limite da capacidade do servidor de saúde. Para manter a empregabilidade, o profissional é forçado a atender às exigências, muitas dessas abusivas, das instituições nas quais estão atrelados, bem como às cobranças de produtividade e de qualidade sob contínuas ameaças (MARTINATO et al., 2010).

Outrossim, o volume do absenteísmo dos trabalhadores da área de saúde inquieta os gestores de serviços, pois a ausência do empregado e a soma dos dias perdidos impactam, consideravelmente, nas organizações (CHIAVENATO,1994). Ao se detalhar os principais motivos do absenteísmo, avultam-se o adoecimento e o

acidente do trabalho atrelados às prováveis condições inseguras e inadequadas de trabalho, bem como aos fatores estressantes que fomentam o desequilíbrio psicológico e físico (FARIA; BARBOZA; DOMINGOS, 2005; ALVES; GODOY; SANTANA, 2006; TRINDADE et al., 2006).

Outro aspecto do absenteísmo é caracterizado pelo impacto que causa nas equipes de saúde, visto que a ausência do trabalhador sobrecarrega os afazeres dos demais, demandando um ritmo intenso para manter a qualidade do cuidado ao cliente, além da responsabilidade pelo vultoso trabalho da assistência como um todo. A sobrecarga de trabalho culmina em nocividades à saúde destes trabalhadores, gerando agravos físicos, psicológicos, sociais, espirituais e, como resultado final, o adoecimento. Abaliza-se que as complicações do absenteísmo podem desencadear uma cascata de adoecimentos dos trabalhadores da saúde.

A literatura classifica o absenteísmo em cinco categorias: (1) absenteísmo-doença; (2) absenteísmo por patologia profissional, decorrente de acidentes de trabalho e/ou doença profissional; (3) absenteísmo legal fundamentado pela legislação; (4) absenteísmo compulsório, devido à suspensão imposta pelo empregador, à prisão ou a outro impeditivo de comparecer ao trabalho; (5) e, por último, absenteísmo voluntário, por motivos particulares não justificados (TRINDADE et al., 2006).

Entretanto, não distinguindo o tipo do absenteísmo, ele repercute na fragmentação dos serviços e na sobrecarga de atividades, o que resulta na insatisfação dos trabalhadores presentes. Com as condições inadequadas e com o número de trabalhadores reduzidos nas instituições, o resultado não poderia ser outro: a maior predisposição ao absenteísmo é proporcionada pela sobrecarga de atividades, pela insatisfação dos empregados, pela desorganização do trabalho coletivo das equipes e pela assistência ao cliente com pouca qualidade. Avançando nessa problemática, as faltas ao trabalho acarretam custos diretos, como o custeio de pagamento do auxílio-doença aos trabalhadores e a oneração dos custos indiretos (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Sabendo que existem carências em estudos epidemiológicos para estabelecer um perfil de adoecimento dos profissionais de saúde no Brasil, torna-se oportuno a investigação das licenças médicas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV).

Este estudo busca conhecer e identificar os afastamentos por doenças dos servidores da SEMUS/PMV, bem como subsidiar a reflexão sobre a dimensão do absenteísmo decorrente dos adoecimentos dos trabalhadores de saúde do município de Vitória/ES. Espera-se que os resultados deste estudo possam embasar a elaboração de propostas intervencionistas para ações de prevenção e que, também, possam culminar na mitigação dos agravos sofridos entre estes profissionais.

O objetivo geral da pesquisa em tela é analisar as licenças médicas por doença entre os profissionais de saúde da SEMUS/PMV, no período de 2010 a 2015. Os objetivos específicos, por sua vez, são os seguintes: a) caracterizar o perfil sociodemográfico e temporal dos afastamentos por doença dos servidores da SEMUS/PMV segundo o ano da licença, o sexo e a faixa etária dos trabalhadores; b) descrever as licenças por doença dos servidores da SEMUS/PMV segundo aspectos da situação de trabalho: vínculo de trabalho, cargo exercido, local de trabalho e tempo como servidor; c) caracterizar o perfil de morbidades que motivaram as licenças por doença dos servidores da SEMUS/PMV, bem como a duração do afastamento e sua associação com aspectos da situação de trabalho; d) calcular o Índice de Frequência (IF) de episódios de afastamento do trabalho para os servidores da SEMUS/PMV.

Para tanto, este estudo está estruturado da seguinte forma: no capítulo seguinte, há o referencial teórico-conceitual no qual são abordados o trabalho para servidores e serviços de saúde, o processo de relação saúde *versus* trabalho e, sequencialmente, as principais concepções que informam sobre o adoecimento e o absenteísmo dos trabalhadores de saúde. Em seguida, apresentam-se a metodologia, os resultados obtidos e sua discussão. Por fim, no último capítulo, a título de considerações finais, discute-se a relevância dos resultados, sugerindo estratégias de ações para a saúde dos trabalhadores da saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O TRABALHO

O trabalho está inserido na vida do homem desde suas condições básicas e fundamentais. Coggiola (2002, p. 182) aponta que “o trabalho só começa quando uma determinada atividade altera os materiais naturais, modificando sua forma original”. Nessa perspectiva, a atividade que o homem exerce ao modificar os elementos naturais em diversos aspectos, destacando os bens de consumo com objetivo de melhorar as condições de vida, pode ser considerado como trabalho.

Segundo Marx (1985), ao realizar o trabalho humano, empregam-se ações complexas e habilidade intelectual. Mesmo estas sendo realizadas de forma intuitiva, o homem cria mecanismos que facilitam a execução de seu trabalho, seja na criação de ferramentas ou na transformação de materiais disponíveis na natureza que possam favorecer sua necessidade. O homem, ao desenvolver o trabalho manual e mecânico, aprimora técnicas e tecnologias que lhe são úteis, uma vez que a atividade realizada de forma repetida constitui um objeto de aprendizagem e de ensino.

Marx (1985) afirma, também, que o trabalho é essencial para as condições de liberdade e de autonomia humana. O autor aponta que é por meio da produção de bens materiais, imprescindíveis à existência do trabalho, que se compreende e apreende as dinâmicas da natureza, da reciprocidade e da coletividade. Assim, pode-se afirmar que o homem se desenvolve por meio do ato de trabalhar e isto o torna social, uma vez que o produto do seu trabalho é necessário tanto para o seu bem-estar quanto para o de outros homens (o homem se constitui socialmente, culturalmente). Nesse contexto, percebe-se que a atividade laboral promove a socialização entre os homens e a interação de culturas.

O trabalho, para Ferreira (2001, p. 642), é “a atividade coordenada, concepção reducionista, de caráter físico e/ou necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento”. O produto do trabalho do homem desenvolve uma cultura coletiva compartilhada por todos. O trabalho une, modifica ou torna todos iguais em

determinados aspectos. No entanto, o capitalismo não pratica esses valores, pois é voltado para a prática individualista e ganhos financeiros.

Nesse mesmo sentido, em relação ao trabalho, Rossi (2004) aponta que os indivíduos se comportam de acordo com sua cultura. Dessa forma, o modo de agir dos seres humanos traduz seus costumes, seus valores materiais, seus valores espirituais, suas crenças, suas normas e seus padrões distintos de sentimentos.

Netto e Braz (2006), ao referenciar Marx, corroboram a compreensão de que o trabalho vai muito além de uma categoria indispensável à sobrevivência, pois, além de tornar o homem um ser social, promove o entendimento de questões econômicas, culturais e sociais. Nessa perspectiva, os autores possibilitam uma ampla discussão das questões inerentes ao trabalho, que são aplicadas nas exigências e necessidades do desenvolvimento laboral. É possível compreender que o homem tem a capacidade de projetar mentalmente as tarefas antes de executar um trabalho, de escolher o material e/ou matéria-prima que irá utilizar e de socializar com outras pessoas e outros trabalhadores. Ainda nesse contexto, os autores afirmam que o trabalho tem muito de quem o realiza, visto que a pessoa imprime ao seu trabalho aspectos que lhe são intrínsecos, ou seja, como ato criativo e produtivo, imprime a sua personalidade e a sua identidade. Nesse sentido, verifica-se que há aplicação de características individuais e pessoais no desenvolvimento laboral, sendo que a sensibilidade e a subjetividade do trabalhador podem ser observadas no produto final do trabalho.

Para Netto e Braz (2006), a consciência e o dinamismo das relações desenvolvidas no processo de trabalho têm como objeto as necessidades primárias de consumo e o meio em que o indivíduo vive, o que provoca uma modificação nos interesses individuais dos trabalhadores e uma separação entre atividade intelectual e manual. Esse cenário remete ao século V a. c., na Grécia e na Roma Imperial, no período da Antiguidade Clássica, quando o trabalho era dividido entre intelectual e braçal, onde o primeiro era desenvolvido pela elite dominante e o segundo era realizado pelos escravos capturados nas guerras (CASTRO, 2008).

Ainda nesse contexto da evolução histórica do trabalho, vê-se que este era reconhecido como castigo, sofrimento e punição divina aos pecados cometidos, ou seja, o trabalho estava ligado ao sofrimento. Os escravos, os homens pobres e as mulheres feias e solteiras eram submetidos à sua execução. Com o passar do

tempo e com a estruturação da sociedade em cidades – somado ao surgimento de um novo sistema econômico baseado na produção, comercialização e acumulação de bens e riquezas –, o trabalho deixou de ser reconhecido como algo negativo e passou a ser considerado “como lugar de significações desejantes, fonte de autoavaliação e de autopercepção” (BROTTO, 2012, p.22). Tais mudanças têm a Idade Média como um período histórico marcante, pois foi durante esta que a percepção do trabalho teve maiores transformações, ou seja, o que antes era repudiado passou a ser desejado pelo homem (BROTTO, 2012).

As diversas transformações ocorridas no universo do trabalho – com destaque para a Revolução Industrial, iniciada, na Inglaterra, nos séculos XVIII e XIX – contribuíram para mudanças na organização do trabalho, na economia, nas formas laborativas e nas relações sociais, fatores que deram origem ao capitalismo (CASTRO, 2008). Nesse cenário, havia, de um lado, os detentores dos meios de produção e, de outro, os que vendiam a força de trabalho, configurando os denominados capitalistas, que pagam pela força de trabalho, e os proletariados, que são obrigados vendê-la para sobreviver (BROTTO, 2012).

De acordo com Netto e Braz (2006), o trabalho é central, pois deixou de ser uma ferramenta vital de sobrevivência e se tornou parte da subjetividade do homem enquanto ser social. Brotto (2012) aponta, ainda, que, com a alteração do processo de trabalho, o homem deixou de realizar todo o produto. É preciso lembrar que, antes da Revolução Industrial, o trabalhador (como o artesão, o ourives, o alfaiate, o camponês) controlava toda a produção daquilo que iria vender. Logo, ele participava de todas as etapas de fabricação do seu produto. Após a Revolução Industrial, serializa-se a produção e o trabalhador passa a fazer parte apenas de uma das etapas da fabricação do produto. Com o trabalho fragmentado, o trabalhador não se percebe mais como autor da sua obra, pois não vê o resultado final do seu trabalho, fato que determina a alienação do trabalho.

Segundo Bastos (2013), como o produto não pertence ao trabalhador, o proprietário passa a ser o capitalista, já que ele detém os meios de produção e controla todas as etapas de fabricação, ou seja, tem a percepção do produto final. O controle do processo produtivo, por sua vez, é alienado ao trabalhador, já que o mesmo deixa de conhecer e controlar o processo produtivo, bem como perde sua identificação com o

produto final. O capitalista, ao controlar todas as etapas de produção, passa a decidir qual o valor cada trabalhador merece receber pela etapa do produto fabricado. Assim, atribui-se um valor para a força de trabalho empreendida em cada etapa de produção, o que gera o salário do trabalhador, que é insuficiente para comprar o produto que ele mesmo produziu. No sistema capitalista, portanto, o valor de uma mercadoria é maior do que o pago pelas horas trabalhadas em sua fabricação.

Ao mesmo tempo que o capitalismo se apropria do modo de produção e da força de trabalho do homem, desqualificando-a, nota-se que o trabalho não deixa de produzir mudanças subjetivas no trabalhador. De acordo com Friedrich (2005), o ato de trabalhar não modifica apenas o objeto trabalhado, mas também o modo de pensar do homem, já que, durante o processo de fabricação, é necessário que o trabalhador solucione problemas ou resolva imprevistos. Dessa maneira, o trabalho empregado na criação de um produto vai além de uma simples construção, pois há, também, a adaptação do trabalho, que pode ser caracterizada como a essência do trabalhador agregada ao trabalho.

Faria e Dalbello-Araujo (2010) afirmam que a atividade (trabalho) é fundamental para a socialização do homem e para o seu aparelho psíquico e cognitivo. Porém, o que se observa no sistema capitalista é que a estratégia de divisão do trabalho fragiliza a autonomia do sujeito e castra sua criatividade, uma vez que age no controle das funções do trabalho. A fragmentação transforma o trabalho em algo monótono e sem expressividade para o trabalhador, como ocorre nas esteiras de produção. A divisão técnica e social do trabalho, que separa a concepção do produto de sua execução, embrutece os humanos. Taylor (1990), no final do século XIX, com seus estudos sobre tempos e métodos, contribuiu, enormemente, para a retirada do caráter humanizador do trabalho.

2.2 O TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS

O trabalho no setor de serviços tem aumentado sua participação na geração de emprego e renda. É importante entender as características das atividades desenvolvidas neste setor, uma vez que este corrobora com insumos para o

desenvolvimento da indústria via serviços bancários, via serviços de transporte, via serviços de telecomunicação, entre outros. Melo et al (1997) compreendem o setor de serviços como um segmento do comércio dos serviços de reparos, de alojamento, de alimentação, de transporte, de armazenagem, de comunicação, de intermediação financeira, de atividades imobiliárias, de administração pública, de seguridade social, de saúde, de educação, bem como de serviços domésticos e de serviços às empresas.

Segundo Vieira (2007), uma característica do setor serviço é a utilização de recursos humanos aplicados ao trabalho. Essa característica dificulta a mensuração monetária dos trabalhadores por ser uma atividade, na maioria dos casos, intangível, já que, dependendo do trabalho executado, ele é realizado e consumido ao mesmo tempo. Outros problemas que acometem o setor de serviços, segundo a autora, são as avaliações e a valorização do trabalhador, em virtude das diferentes atividades desenvolvidas nas áreas de atuação e dos diversos graus de complexidade.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) afirma que as atividades de serviços no setor terciário abrangem toda forma de labor ou prestação de serviços, o que não são enquadrados nos setores primário e secundário da economia brasileira.

Tendo em vista que esta pesquisa analisa o trabalhador de saúde, que atua no setor de prestação de serviços, é essencial uma reflexão das práxis referenciando às perdas de direitos e às conquistas trabalhistas alcançadas ao longo dos anos. Montañó (2002) afirma que, ao setor de serviço, foi mitigado a responsabilidade social do Estado por motivos de ideologia política. Além disso, foi retirado o direito universal do cidadão diante das políticas sociais de qualidade e transferido para a sociedade e para um grupo do setor empresarial, que pratica baixos salários e outras exigências, uma obrigação que cabe ao Estado.

2.3 O TRABALHO DO SERVIDOR PÚBLICO

Nesta seção, será abordado o trabalho dos servidores públicos, que, embora esteja bem presente na vida dos cidadãos, costuma passar despercebido no dia a dia.

Junto a esta categoria de trabalhadores, ocultam-se algumas facetas, como a elaboração de diversas especulações frente às regalias e garantias de carreira estável e duradoura em um mercado de trabalho escasso como o do nosso país. De acordo com Paula (2008), as pessoas, quando ouvem a palavra “servidor”, remetem, de imediato, aos movimentos de greve, à obstrução do trânsito, à imagem de pessoas com cartazes nas mãos reivindicando melhores condições de trabalho, assim como à estabilidade trabalhista, entre outros temas.

O trabalho do servidor público é fundamental para o desenvolvimento da nação, já que sua atividade laboral é peça importante para uma eficiente administração pública e, também, para a execução das políticas públicas acessíveis a todos os brasileiros. Os cargos nestes serviços são criados por lei e os vencimentos são pagos com recursos financeiros públicos para provimento em caráter efetivo, temporário ou em comissão (PAULA, 2008).

Segundo Carvalho Filho (2015), os servidores públicos são pessoas que exercem uma função pública com relação de trabalho renumerado em caráter permanente e que fazem parte do quadro funcional de um órgão federal, estadual ou municipal das autarquias e das fundações públicas de natureza autárquica. Para o servidor público ser investido no cargo, ele deve ter sido aprovado em concurso e ter preenchido todos os requisitos legais a fim de ser nomeado em ato administrativo. Outro ponto importante a ser destacado, são os cargos de comissão, em que é dispensável o concurso e o servidor pode ser nomeado conforme previsto no art. 37, II, da Constituição Federal/1988 (BRASIL, 2002).

Há, ainda, de se considerar que ocorreram mudanças na ascensão funcional do servidor público. Antes da Constituição de 1988, os concursos públicos eram obrigatórios para a investidura do cargo e possuíam uma particularidade: possibilitava o servidor ocupar outro cargo por meio de concurso interno, o que o estimulava a se aperfeiçoar e a se dedicar à carreira pública. Atualmente, como essa prática não é mais possível, foi preciso rever os métodos de estímulo para o servidor se aperfeiçoar e se manter motivado a desenvolver um bom trabalho e, consequentemente, alcançar um cargo mais elevado.

Os planos de cargos, carreira e salários têm sido uma das formas de manter os profissionais motivados a se aperfeiçoarem em seu ambiente de trabalho. Carvalho

Filho (2015) afirma que uma das características que descrevem o perfil da categoria servidores públicos é a profissionalidade. Conforme o autor, a profissionalidade se caracteriza por ser um processo de desenvolvimento das competências necessárias ao exercício de uma profissão. Assim, para exercer uma atividade dentro da função pública, o servidor deve ter formação específica para o cargo. Tal fato forma uma “categoria própria de trabalhadores – a de servidores públicos” (CARVALHO FILHO, 2015, p. 647). Nesse sentido, a Constituição Federal vigente conferiu, aos entes federados, a criação de escolas de governo para aprimoramento e formação profissional, objetivando a comprovação de requisitos para a promoção nas carreiras.

O servidor público tem uma regulamentação diferente dos demais trabalhadores, que são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Como cada órgão é guiado por legislações específicas, os planos de cargos, carreira e salários, assim como os benefícios, podem variar entre servidores de diferentes órgãos. Os servidores públicos federais são regidos, de modo geral, pela Lei 8112/90. Os entes estaduais e municipais, por seu turno, têm autonomia para desenvolver seus estatutos e regimentos com base na Constituição Federal/1988 e na Lei 8.112/90. É importante ressaltar, porém, que não há uma obrigatoriedade de os estados e os municípios seguirem tais leis. Inclusive, há alguns que são regidos pela CLT (CARVALHO FILHO, 2015).

Carvalho Filho (2015) divide os servidores estatutários em duas subcategorias, a saber: (1) servidores de regime geral, que são submetidos ao regime geral do estatuto funcional básico; (2) servidores de regime especial, que são submetidos ao estatuto funcional disciplinador, em lei específica.

Além dos servidores públicos concursados, há, ainda, os servidores públicos contratados em regime temporário. Siqueira (2006) aponta que esse grupo deve atender à necessidade do Estado em situações pontuais e ordinárias. Tal regime de trabalho, previsto na Constituição Federal de 1988 – artigo 37, inciso IX –, possui algumas particularidades, já que o servidor trabalha por tempo determinado no setor público. O regime de trabalho do servidor temporário difere em relação ao concursado em itens previstos em lei, tais como estabilidade, remoção e algumas gratificações. Além disso, esse servidor pode ser regido pela CLT ou por lei própria, podendo ser submetido ao regime jurídico ou à aplicação do estatuto vigente.

Em síntese, os servidores públicos podem ser: a) servidores públicos estatutários – possuem cargos criados por lei, tem a remuneração feita pela pessoa jurídica de direito público e o servidor público se investe do cargo; b) empregados públicos celetistas – possuem empregos que são centros de encargo de trabalho, onde o contratado desenvolve sua atividade sob uma relação trabalhista; c) servidores temporários – possuem função com uma atribuição ou com um conjunto de atribuições que a administração confere a cada categoria profissional ou a determinados servidores para a execução de serviços eventuais ou temporários.

Os diferentes vínculos presentes em um mesmo serviço público podem acarretar diferenças de valorização profissional e, por conseguinte, gerar um ambiente onde há servidores extremamente valorizados e outros menosprezados, estando estes às margens de seus direitos. Em decorrência disso, o serviço público é prejudicado aumentando o *turnover* ou, em outras palavras, a rotatividade de funcionários e/ou profissionais, o que promove a descontinuidade das políticas públicas.

2.4 O TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE

Até o momento, focalizou-se o trabalho de modo geral, buscando conceituá-lo. Nesta seção, apresenta-se o trabalho em saúde propriamente dito, que traz algumas especificidades. Marx (2008) indica que todo trabalho é orientado por um objetivo, uma intencionalidade. Nos termos do autor, o trabalho desenvolve seu sistema produtivo da seguinte forma: há um objeto e os meios de trabalho para chegar a um produto final. No modo de produção capitalista, esse produto, como mercadoria, será vendido e consumido pelo seu comprador, consumando a realização do lucro.

O trabalho no setor da saúde se difere do fabril. Enquanto neste se produz algo que será consumido posteriormente, naquele, e em todo setor de serviços, os atos de produção e consumo do produto se dão simultaneamente (MERHY, 2002). Além disso, no trabalho em saúde, o processo laboral tende a se configurar de modo intrincado, tal como frisado por Faria e Dalbello-Araujo (2010, p. 432): “Trata-se de um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente”.

Para Faria e Dalbello-Araujo (2010), há uma diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real:

[...] o trabalho prescrito refere-se a tudo aquilo que está posto de antemão (normas, tempo gasto na operação, modo de utilizar ferramentas) e o trabalho real é aquele que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2010, p. 432).

Diante dessa afirmação, percebe-se que o trabalho se divide em duas faces: de um lado, a proposta do trabalho prescrito, que se refere ao que é planejado e organizado, e, do outro lado, o trabalho real, que é realizado de maneira diferente daquilo que foi idealizado em função da dinâmica do processo. No setor da saúde, o trabalho prescrito pode servir como um trilho diante das particularidades e necessidades de cada usuário que busca o atendimento de um trabalhador.

É preciso pontuar que a distinção entre trabalho real e prescrito foi desenvolvida para se compreender o trabalho desenvolvido nas indústrias e nas fábricas, em setores clássicos da produção, ou seja, os de tradição taylorista. Nestes, a separação entre o que cabe ao cargo da gerência – prescrição das tarefas – e ao dos operadores – quem realiza a tarefa – faz com que a distinção do tipo de trabalho executado fique muito bem marcada (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2010).

O processo de trabalho na área da saúde é, por outro lado, caracterizado pelo envolvimento direto entre pessoas, no caso, o profissional e o usuário do serviço. Em virtude disso, a imprevisibilidade do processo de trabalho é marcante. Merhy (2002) pondera que o trabalho vivo, no momento da sua produção, é criativo e o trabalhador utiliza seus conhecimentos técnicos e científicos para dar materialidade ao objetivo de seu trabalho. No trabalho em saúde, o trabalhador coloca sua singularidade e interage com o usuário. Dessa forma, independentemente da complexidade do trabalho realizado, ambos são protagonistas ativos do processo de produção.

As concepções de saúde, pautadas nos princípios básicos da humanização do cuidado, contam com o saber de diversos trabalhadores, os quais compõem uma equipe multidisciplinar. Nessa área, a tecnologia faz parte do cotidiano dos trabalhadores, visto que os recursos tecnológicos favorecem a qualidade do serviço

e proporcionam o acesso, o acolhimento e a produção de vínculo, tornando as ações mais resolutivas (COELHO, JORGE, 2009).

Merhy e Franco (2003) salientam que os trabalhadores utilizam instrumentos tecnológicos para desenvolver a produção do cuidado. Os autores descrevem dois tipos de tecnologia: as inscritas nos instrumentos, que já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e as outras tecnologias, que diz respeito ao modo particular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado.

Pode-se dizer que as atividades no serviço de saúde estão relacionadas ao “trabalho vivo em ato”, ou seja, aquele em que são aplicadas as tecnologias leves, que definem a metodologia da assistência em saúde utilizada para cuidar do usuário. Podendo atuar nas ações de promoção da saúde, de humanização do atendimento, de prevenção de doenças e de recuperação da saúde, o trabalhador, durante sua atividade laboral, relaciona-se com o usuário e utiliza os saberes de sua profissão. Assim, o trabalhador precisa atuar de forma criativa e autônoma para se inserir na tomada de decisões do tratamento (MERHY, 1999).

Há de se considerar, também, que o Sistema Único de Saúde (SUS), do modo como foi estruturado, aponta para diretrizes que objetivam “dar voz” ao usuário e ao trabalhador a fim de que estes se inclinem para o processo saúde-doença-trabalho e aqueles discutam suas necessidades de saúde. Desse modo, a pactuação efetiva do setor da saúde é de extrema necessidade, visto que amplia os principais campos de ação do Estado e do capital, reorganizando e estruturando os serviços de saúde. Garantem-se, assim, os serviços já prestados aos usuários e a ampliação de novas formas de prestações de atendimento, já que os moldes de gestão do trabalho em saúde não podem ser fundamentados nos modelos clássicos de administração neoliberal (terceirização, privatizações) (MERHY, 1999).

Vale ressaltar aqui que os modelos assumidos pelos serviços de saúde estão organizados na hegemonia da lógica biomédica, isto é, estão centrados na figura do médico. Esse modelo foi estruturado nos benefícios do alívio da dor e do tratamento de diversas doenças que acometem a população (FERTONANI et al., 2014).

Outro ponto fundamental a ser discutido é o crescimento do número de trabalhadores no setor da saúde nos últimos anos. Athayde (2011) aponta que,

mesmo com os avanços tecnológicos, não foi reduzido o contingente de pessoal na área da saúde. Acredita-se que o Brasil tenha a maior área de saúde do mundo, quando considerados os serviços públicos e privados, gerando mais de dois milhões de empregos diretos, em mais de cinco mil municípios (ATHAYDE, 2011).

Em resumo, atualmente, tem-se no Brasil um enorme contingente de trabalhadores. Somado à ausência de infraestrutura nos mais distintos serviços que compõem a saúde pública brasileira, isso acarreta a precariedade na assistência, assim como gera condições impróprias para o desenvolvimento do trabalhador. O documento *DesprecarizaSUS* (BRASIL, 2006), do Ministério da Saúde, aponta que, apesar dos avanços tecnológicos, estes não foram aplicados ao setor público de saúde. Os prestadores de serviços, principalmente, continuam executando suas rotinas e atribuições em condições precárias, o que acarreta a desmotivação e o adoecimento profissional.

2.5 O TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os trabalhadores do setor da saúde são formados e preparados para realizarem suas atividades nos diversos ambientes. Na maioria dos casos, as atividades laborais são institucionalizadas, podendo ser realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios e hospitais (FRIEDRICH, 2005).

São considerados trabalhadores da saúde todos aqueles que se inserem diretamente na assistência, como, por exemplo, médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, odontólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, bioquímicos, assistentes sociais, técnicos de saúde bucal, técnicos de radiologia, bem como os profissionais que realizam exames complementares (PAIM, 1994). Há, ainda, outros trabalhadores que atuam indiretamente nos serviços de saúde: aqueles que se inserem na prestação de serviços, no interior dos estabelecimentos dessa natureza, ou em atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções referentes ao setor (PAIM, 1994), tais como porteiros, motoristas, funcionários administrativos, cozinheiros, funcionários de limpeza e agentes comunitários de saúde.

A atuação no setor da saúde, que envolve um elenco de profissionais com formações diversas, implica a relação de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos na prática da assistência e na continuidade do atendimento ao usuário. Mediante essas considerações, os diversos profissionais se difundem nos arranjos laborais, articulando-se e trabalhando paralelamente para efetivar o cuidado dos usuários, oferecendo, principalmente, uma atuação comprometida com a qualidade dos serviços prestados e com a produção de saúde. Contudo, existem outros fatores relevantes, como as condições de infraestrutura dos ambientes laborais, que são pontos determinantes no processo de saúde-adoecimento (BROTTO, 2012).

As condições de infraestrutura, em muitos serviços da saúde, são precárias e impróprias para o desenvolvimento do trabalho. O ambiente de atendimento desses serviços tem a finalidade de recuperar a saúde, assim como produzir ações de saúde, e não adoecer quem cuida ou piorar a saúde de quem é cuidado (BROTTO, 2012).

Bourguignon et al. (2003) apontam que as péssimas condições de trabalho dos serviços da saúde têm contexto histórico anterior ao SUS. Tal período, que remete às décadas de 1980 e 1990, carrega resquícios do regime militar, época em que os setores da saúde e da educação sofreram grandes cortes de verbas, levando a graves consequências socioeconômicas. No que se refere aos recursos humanos, há, em especial, as demissões voluntárias, os múltiplos vínculos empregatícios e a redução e estagnação salarial (BOURGUIGNON et al., 2003).

O trabalho precário tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde, pois compromete a relação dos trabalhadores com o mesmo ao prejudicar a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS (BRASIL, 2006).

2.6 O ADOECIMENTO NO TRABALHO

Como já discutido, o trabalho faz parte da vida do homem não somente como um meio de sobrevivência, mas como uma fonte de prazer e de integração com o meio social. Contudo, embora o trabalho faça o homem se sentir dignificado, ele também pode

ser uma peça central no seu adoecimento. Para Laurell (1983), a relação saúde-doença decorre do processo de desgaste biológico que acomete os seres humanos, seja individual ou coletivo, diante das diversas situações pertinentes ao ambiente de prestação de serviços. Tal fato pode estar relacionado com a força de trabalho desenvolvida pelo homem ou com o modo que ele produz no processo de trabalho, provocando, assim, a “força produtiva e as relações sociais” (BROTTO, 2012).

O trabalho compõe, continuamente, de modo peculiar, a vida do trabalhador, por isso influencia sua saúde. Corroborando essa discussão, Laurell e Noriega (1989) afirmam que as cargas de trabalho se relacionam de diferentes maneiras com o corpo do trabalhador. Assim, a carga de trabalho pode estar isolada ou associada ao controle de produtividade, aos ritmos excessivos, às jornadas prolongadas e ao trabalho monótono e repetitivo.

2.6.1 Abordagens da relação saúde-trabalho

As relações entre processo de trabalho, produção de produtos econômicos e força entre o capital e o trabalho, têm sido objetos de estudo e de debates desde o período mercantilista e a organização do sistema capitalista. Com o desenvolvimento econômico, houve a formação de cidades e a saída do homem do campo para trabalhar nos galpões, o que constituiu um novo modelo socioeconômico baseado nas relações de consumo de produtos. Nesse cenário, o homem deixa de desenvolver os produtos necessários para sobrevivência e passa a vender sua força de trabalho por salário (BORGES, 1992).

Mendes e Dias (1991) afirmam que a rápida evolução da tecnologia industrial trouxe novos processos industriais, maquinários modernos e, também, diferentes produtos químicos, causando, assim, problemas de saúde ao trabalhador. Além disso, tais mudanças levaram a uma nova organização da Divisão Internacional do Trabalho.

Borges (1992) destaca que, devido ao desenvolvimento fabril com novos tipos de produtos, houve a inserção do médico nesse ambiente. O profissional, que possuía o papel principal na seleção de trabalhadores saudáveis para a execução das

tarefas que lhes fossem designadas, sempre tinha o objetivo de preferir pessoas com características que viabilizassem a obtenção de maior lucro (BORGES, 1992). Com o constante desenvolvimento tecnológico e com as diversas matérias-primas inseridas no processo produtivo, surgiu uma nova percepção da saúde e da vida do trabalhador (BORGES, 1992). Isso, agrupado ao processo de produção e ao conhecimento do capital sobre o trabalho, favorece o aparecimento da higiene industrial e, conseqüentemente, altera o que se entendia por saúde do trabalhador (BORGES,1992).

O surgimento da higiene industrial apresenta como marco a recomendação n.º 112 da Conferência Internacional do Trabalho, ocorrida em 1959, dedicada aos Serviços de Saúde Ocupacional. A conferência aconteceu após diversas experiências dos países industrializados com ocorrências de adoecimento no mundo do trabalho. A referida recomendação, elaborada na conferência, tem como finalidade a implantação de serviços médicos no local de trabalho ou em suas proximidades, visando resguardar a saúde do trabalhador contra qualquer risco que proceda do trabalho ou das condições em que ele é desempenhado (MENDES, DIAS,1991).

No Brasil, para resguardar o trabalhador e sua saúde, foi criada a CLT, em 1943. A CLT, que unificou toda a legislação trabalhista, tem o objetivo de garantir proteção ao trabalhador. Contudo, somente em 1978, foi inserido na CLT um capítulo sobre a Segurança do Trabalho e a Medicina do Trabalho. Tal capítulo, que tem foco no bem-estar, rege alterações, mudanças e atualizações sobre a saúde do trabalhador, assim como propõe normativas de melhorias no seu processo laboral. O capítulo contribui, ainda, para que o processo de trabalho seja o ponto de partida para a verificação da relação entre a saúde do trabalhador e o trabalho. O capítulo, voltado para a valorização do cumprimento do ofício, trata, ainda, o trabalhador como pessoa ativa no processo saúde-doença e não somente como um objeto que requer atenção em sua saúde (RAMMINGER, NARDI, 2007).

Borges (1992) destaca, em sua pesquisa, os avanços na saúde do trabalhador. Tendo como núcleo a ideia do trabalhador como sujeito, a referida pesquisa considera as questões fisiológicas, psíquicas e sociais deste diante o ambiente de labor. Tradicionalmente, a relação saúde e trabalho tem sido realizada pela medicina do trabalho e pela saúde ocupacional, ambas centradas no médico. Para que ocorra

ampliação desse setor de trabalho, faz-se necessário a inserção de novos saberes de caráter técnico, visto que são utilizadas como categorias básicas as concepções de análise de risco, periculosidade e insalubridade, as quais fazem parte da formação dos diversos profissionais da saúde.

A fim de entender o que significa a análise de riscos, tomar-se-á como base um exemplo dado por Dejours (1992, p. 86), que faz uma analogia entre três categorias profissionais: a da aviação de caça, a da construção civil e a da indústria petroquímica. De acordo com Dejours (1992), os pilotos de aviões de caça aceitam e querem dominar os riscos inerentes ao trabalho, por isso estão de acordo com o investimento e a melhora contínua da segurança no trabalho. Contudo, os trabalhadores das outras duas categorias citadas, por não possuírem o mesmo entendimento em relação aos riscos presentes no trabalho, negligenciam-nos.

Araújo (2005) classifica os riscos em seis categorias, a saber: a) riscos físicos: ruído e calor; b) riscos químicos: pó, fumaça, fibras, vapores e líquidos; c) riscos biológicos: microrganismos; d) riscos mecânicos: contusões, feridas e fraturas; e) riscos de acidentes: cargas fisiológicas exemplificadas pelo esforço físico, pela posição incômoda e pela alternância de turnos; f) riscos ergonômicos e cargas psíquicas: monotonia, repetitividade e altos ritmos de trabalho.

Em relação aos riscos de caráter ambiental ocupacional, Gonçalves (2006, p. 273) os conceitua como agentes físicos, químicos, biológicos e ergonômicos presentes no ambiente de trabalho, que, em função da sua natureza, concentração, intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador. A partir dessa concepção, percebe-se que todo trabalho pode conter algum tipo de risco ambiental, o que torna necessário o reconhecimento destes. Assim, é essencial saber controlar e identificar qual a área de trabalho com maior exposição, bem como as características das atividades e o tipo de exposição.

Laurell e Noriega (1989, p. 110) dividem a carga de trabalho em dois grupos: o primeiro corresponde às cargas “físicas, químicas, biológicas, acidentes”, que são equivalentes aos agentes de riscos, e o segundo diz respeito às cargas “fisiológicas e psíquicas”, que são as condições ambientais ligadas ao processo de trabalho. De acordo com os autores, na relação saúde-trabalho, o trabalhador deve conhecer o agente causador (risco) que pode provocar danos ao seu organismo. Para tanto,

devem ser consideradas duas situações: a exposição ao risco e a intensidade deste, ou seja, o tempo em que esteve exposto ao agente causador. Outro ponto importante, apresentado por Laurell e Noriega (1989), é a possibilidade de potencialização dos vários grupos de exposição entre si, o que pode aumentar o efeito de risco sobre o organismo do trabalhador tanto em relação ao efeito psíquico quanto ao fisiológico.

As grandes mudanças ocorridas no mundo do trabalho, nas últimas décadas, têm refletido na saúde do trabalhador de forma gradual e intensa. As tecnologias e os grandes aparatos de informática e robótica, ligados a um complexo modelo de organização, transformaram a estrutura produtiva: houve um aumento das cargas de trabalho, o que promoveu um consumo intenso, e sem medidas, das atividades físicas e cognitivas dos trabalhadores, traço marcante nas relações de trabalho dos países capitalistas, entre os quais o Brasil está incluído, apesar de sua inserção tardia. Diante das intensas mudanças nas organizações, nas condições e nas relações de trabalho, o trabalhador passa a ter, constantemente, incerteza e medo em relação à empregabilidade e ao desemprego. Em decorrência disso, acaba aceitando ambientes laborais precários e insalubres, sem requisitos mínimos de segurança, além de contratos de trabalho duvidosos, nos quais coloca sua vida em risco (ELIAS, NAVARRO, 2006).

Outro acontecimento importante foi a inserção da força de trabalho feminina e sua consequente exploração. No sistema capitalista, as atividades de menor qualificação e as de ritmo intenso são destinadas às mulheres, ao passo que o trabalho de maior qualificação ou os fundamentados em capital intensivo são destinados aos homens (ELIAS, NAVARRO, 2006). Assim, pode-se observar uma segregação trabalhista, que deixa a mulher mais vulnerável à exploração de sua força de trabalho. É, instituída, assim, a divisão sexual do trabalho, presente e perceptível a “olho nu” (ELIAS, NAVARRO, 2006).

Borges (1999) destaca que a vida das pessoas gira em torno do trabalho, o que faz com que este ocupe um valor estrutural/central nas relações sociais e se constitua como fonte de significação da vida. Diante das grandes transformações históricas do mundo do trabalho, pode-se questionar: que lugar o trabalho, como valor estruturante das pessoas e das relações sociais, está ocupando atualmente, visto o crescimento dos trabalhos informais, dos terceirizados e dos vínculos temporários?

Quais os tipos de sofrimentos podem ser desenvolvidos na atual conjuntura, já que o trabalhador pode perder o seu emprego a qualquer momento?

2.6.2 O adoecimento dos trabalhadores nos serviços de saúde

O adoecimento pode ser considerado como o ato de ficar doente, de provocar uma doença ou uma dor. Segundo o dicionário *Aurélio*, da língua portuguesa, adoecer significa “enfermar; torna-se doente” e adoecimento tem sentido de “enfermidade; doença”, e adoentar o de “enfermar” (FERREIRA, 1999, p.25). Nesse sentido, pode-se questionar: o que é adoecer? É perder a saúde? Em torno dessas perguntas, existem muitas discussões entre os profissionais da saúde e entre todos aqueles que se deparam com algum tipo de enfermidade ou o diagnóstico de alguma doença.

O conceito de saúde, em 1948, foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença” (OMS, 1948, p.1). Frente à essa definição, observa-se uma grande dificuldade em alcançar tal estado em sua completude, pois este parece ser inatingível, principalmente, se considerarmos as realidades socioeconômica e política em que vivemos.

Além disso, o tema expressa uma complexidade que dificulta a compreensão das pessoas. A concepção ampliada do conceito de saúde supera a visão mecanicista, universal e dicotômica da noção tradicional, pois considera as condições e os modos de vida e de trabalho como elementos inerentes ao processo saúde *versus* adoecimento. Trata-se, portanto, de uma concepção que reconhece o processo multi-determinado da condição de saúde e do adoecimento relacionado aos fatores econômicos, sociais, políticos, culturais e ambientais.

Na Constituição Federal Brasileira de 1988, art. 196, afirma-se que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença” (BRASIL, 2002, p.119). Porém, no contexto de discussão sobre o adoecimento, pode-se constatar que as ações de promoção da saúde não são tarefas simples e requerem um olhar atento às reais necessidades

dos usuários, bem como o respeito às suas opiniões sobre o adoecimento, suas percepções e sua bagagem cultural.

O tema adoecimento do trabalhador traz indignação tanto para os funcionários da saúde quanto para os de outras áreas. No caso da área da saúde, especificamente, há uma preocupação com as condições de trabalho devido aos riscos que o ambiente possui e ao aspecto penoso oriundo das atividades, entre os quais se destacam o desrespeito ao ritmo biológico e aos horários de alimentação, a falta de programa de trabalho, as longas distâncias percorridas durante a jornada de trabalho, as dimensões inadequadas de mobiliários e a inexistência, insuficiência e inadequação de materiais (MARZIALE; CARVALHO, 1988).

Ferreira et al. (2011) enfatizam que o trabalho nos serviços de saúde possui fatores estressantes e que as inadequações de materiais, assim como o déficit de pessoas capacitadas, desvalorizam o mercado voltado a esses profissionais. Desse modo, tem-se uma insatisfação por parte do trabalhador, que pode levar ao agravamento de sua saúde.

Os hospitais apresentam riscos biológicos e não biológicos para os profissionais em virtude do constante contato com os pacientes, fato que se apresenta como um grave fator de adoecimento. Além disso, boa parte dos profissionais da saúde ainda enfrentam, em seu cotidiano, diversos outros fatores que agravam seu adoecimento, tais como: rotinas exaustivas de trabalho, devido aos vínculos precários de emprego com baixa remuneração, pouca valorização dos profissionais e escalas em rodízio. Esses fatores culminam em um exacerbado esgotamento físico e emocional, em uma alta quantidade de horas trabalhadas por semana, bem como em um aumento da criticidade dos pacientes, já que, devido à estafa, o profissional tende a reduzir a qualidade de seu trabalho.

De acordo com Ferreira et al. (2011), no ambiente hospitalar, a maior força de trabalho é realizada pela enfermagem. Essa profissão lida com características peculiares nesse ambiente, tais como a falta de materiais e de pessoal, a rígida estrutura hierárquica, as longas jornadas de trabalho em ritmos acelerados, os trabalhos repetitivos, a variedade de turnos e as atividades de altos níveis de complexidade. Além disso, por ser uma profissão em que predominam mulheres, na lógica atual, as atividades domésticas exercidas por elas se somam à jornada de

trabalho nos hospitais, o que contribui para um desgaste maior e, conseqüentemente, para maiores riscos de adoecimento desse público, se comparado aos trabalhadores do sexo masculino.

Ferreira et al. (2011) enfatizam, ainda, que as condições impostas pelo mercado de trabalho aos trabalhadores da área da saúde são preocupantes, pois estão muito além do que se espera deles. As jornadas de trabalho, geralmente, possuem mais de 30 horas semanais e há pressão interna exacerbada devido à sobrecarga de trabalho e à demanda excessiva de pacientes. Como consequência, tem-se uma rotina de trabalho cansativa e ininterrupta, assim como uma grande rotatividade de funcionários, visto que estes, após conhecerem a instituição e sua enorme demanda, ainda na fase de adaptação, não se interessam pelo emprego e buscam novos locais que ofereçam melhores cargas horárias e salários e, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida.

Brotto (2012) afirma que os trabalhadores que prestam cuidados também adoecem e necessitam de cuidados. O autor aponta que as dificuldades encontradas para identificar as doenças ocupacionais são inúmeras, assim como são muitos os acidentes de trabalho, os seus agravos e a subnotificação e notificação deficiente dos casos. Esses fatores dificultam a identificação das principais causas do adoecimento do trabalhador da saúde, do setor mais propenso ao adoecimento, do profissional com maior recorrência de acidentes de trabalho, dos tipos de acidente mais comuns no setor da saúde, dos horários mais propensos aos acidentes, bem como do gênero e da faixa etária predominante do trabalhador acidentado (BROTTO, 2012).

O estudo realizado por Brey e seus colaboradores (2017) revela um alto nível de licenças médicas devido aos adoecimentos dos trabalhadores da saúde. Esse fato é preocupante, pois caracteriza a elevação dos níveis de absenteísmos, ou seja, as ausências no trabalho. Nesse estudo, também foi verificado que as doenças mais frequentes são as do sistema osteomuscular, com destaque para a dorsalgia. Conhecendo melhor quais as doenças são mais frequentes entre os profissionais da área, é possível propor medidas de prevenção e de promoção da saúde, o que permite manter um profissional com menos adoecimento e, também, com melhores atendimentos aos pacientes ou usuários do sistema de saúde.

Lima et al (2015) demonstraram que os trabalhadores com maior incidência de depressão são aqueles que têm filhos e aqueles que pertencem ao grupo etário de 25-39 anos. Segundo os autores, os trabalhadores expostos às condições precárias, à alta demanda física e/ou psicológica e a estressores operacionais em seu ambiente de trabalho têm maior predisposição ao adoecimento, se comparados aos que possuem ambientes estruturados. Diante disso, esta dissertação tem fundamento na discussão dos transtornos mentais nos profissionais da saúde.

No que diz respeito aos transtornos mentais decorrentes do trabalho, Nogueira (2010) aponta que o emocional pode estar ligado ao processo de trabalho em que é exigido o controle de sentimentos. Essa carga de contenção emocional resultaria, conforme o autor, em controle de gestos, hábitos, atitudes, reações afetivas, formas de comunicação e desejo a fim de criar uma exposição facial e corporal amena, ou seja, de fácil observação e aceitação na relação com o outro, seja este o paciente, o usuário, o familiar ou outro trabalhador.

Brant e Minayo (2004) sugerem, também, que há uma certa dificuldade dos médicos em perceber o sofrimento psíquico e emocional dos funcionários, visto que eles tendem a reconhecer apenas as doenças de cunho biológico, que se apresentam como físicas, infectocontagiosas, parasitárias, entre outras mais facilmente percebidas no corpo ou via exames laboratoriais e de imagem. À vista disso, os médicos ignoram as informações apresentadas pelos trabalhadores, o que favorece um maior sofrimento destes.

2.6.3 O absenteísmo dos trabalhadores em saúde

O adoecimento dos trabalhadores acarreta um grande registro de absenteísmo nos locais de trabalho. A palavra absenteísmo vem do latim *absen*, que significa ausente (MICHAELLIS, 2009). Sendo assim, o absenteísmo está associado à ausência, por exemplo, do trabalhador no emprego, do aluno na escola, do paciente na consulta ou no exame. De maneira análoga, a Organização Internacional do Trabalho (1999) registra que o termo absenteísmo consiste na ausência remunerada ou não do trabalhador em um dia de trabalho que deveria estar presente. Nesse sentido,

absenteísmo se refere ao ato de estar fora, ausente ou afastado de alguma atividade, tarefa ou função que faz parte do contexto da vida do indivíduo.

O absenteísmo se torna um problema conforme a frequência com que ocorre e o modo como afeta a qualidade do trabalho exercido por uma equipe. Portanto, deve-se avaliar, também, o reflexo na qualidade do trabalho prestado aos usuários dos serviços de saúde (FERREIRA et al., 2011). É de fundamental importância que as instituições de saúde tenham maior responsabilidade sobre os fatores relacionados aos seus recursos humanos. Entretanto, cumpre pontuar que não é somente o serviço ou a empresa que deve se responsabilizar e zelar pela qualidade do serviço, mas também os profissionais, na medida em que puderem contribuir com as decisões da organização dos processos de trabalho. Assim, para ter foco nas necessidades dos cidadãos, nas melhorias das condições de trabalho e dos atendimentos, agregando valores humanos aos profissionais da área da saúde, devem-se mudar o modelo de atenção e gestão, assim como identificar aspiração e estabelecer vínculo solidário e de participação no processo da gestão.

No campo do trabalho, autores discorrem de forma variada sobre o absenteísmo. Para Bernstorff e Rosso (2008), a ausência pode ser considerada uma forma de enfrentamento do trabalhador à proposta de organização do trabalho, já que afeta e influencia todos os seus resultados. De acordo com os autores, o absenteísmo tem efeito de caráter econômico, já que pode acarretar em pagamento de horas extras aos que tiverem de trabalhar a mais, e de caráter não econômico, visto que gera sobrecarga de trabalho para outros funcionários.

Semelhantemente a isso, Brey et al. (2017) afirmam que as cargas de trabalho, sentidas pelos trabalhadores, acarretam problemas de saúde e, por conseguinte, o uso de licenças e atestados médicos. Esse adoecimento é preocupante e sobrecarrega os demais trabalhadores, o que gera um círculo de afastamentos do trabalho. Além disso, os afastamentos ocasionam uma baixa qualidade no serviço prestado ao usuário da área da saúde.

Brey e seus colaboradores (2017) apontam, ainda, que os altos níveis de absenteísmos são preocupantes, pois, além do atendimento perder a qualidade, os custos para os hospitais aumentam. Tal fato causa prejuízo não só às instituições, mas também aos trabalhadores, que passam a apresentar problemas físicos,

mentais, baixa produtividade e, principalmente, insatisfação com o trabalho. Assim, sabendo que os impactos são alarmantes, fazem-se necessárias medidas que atuem na diminuição dos níveis de absenteísmos (BREY, et al., 2017).

É notório que o absenteísmo compromete o modo de organização e as relações do trabalho inerentes ao serviço, o que pode levar ao adoecimento e à desmotivação de vários trabalhadores. Porém, é importante observar que os dados de absenteísmo de um determinado local podem ser usados como indicadores no desenvolvimento de planos de ação, os quais podem ter como finalidade a melhoria nas condições de trabalho, a promoção da redução das ausências dos trabalhadores, assim como o reconhecimento e a valorização da força de trabalho. Sendo a assiduidade o oposto do absenteísmo, ela também pode ser utilizada pelas empresas como um indicador na implantação de programas de valorização dos empregados.

Com base no exposto, nota-se que há uma relação direta entre o adoecimento do trabalhador, o modo como o trabalho é organizado e o absenteísmo, uma vez que a junção dos dois primeiros gera o terceiro como ato. Com o intuito de reduzir os níveis de faltas trabalhistas, foram criadas políticas públicas com foco no trabalhador. Essas políticas públicas têm os objetivos de prevenir doenças, promover a saúde entre os trabalhadores, bem como consolidar uma rede de informação organizada e implementar ações de assistência e de vigilância em saúde (BREY et al., 2017).

Nesse contexto, a medicina do trabalho utiliza a ideia de “risco”, descrevendo os elementos presentes no ambiente laboral que podem provocar danos ao corpo do trabalhador. Em outra vertente, a concepção da saúde do trabalhador, alternativamente, é proposta como “carga de trabalho”, considerando a necessidade de se pensar a interação dos riscos de trabalho nos desgastes e adoecimentos específicos dos trabalhadores (LAURELL; NORIEGA, 1989, p.109).

Em relação ao absenteísmo como um modo de resistência ao trabalho, há de se considerar que essas resistências podem ser coletivas, por meio de greves, ou individuais, via lentidão do trabalho, quebra de equipamentos de modo proposital, furtos e evasão (BERNSTORFF E ROSSO, 2008). No absenteísmo individual ou coletivo, é importante destacar as relações pessoais e sociais, tendo em vista que a prestação de serviço realizada pelo trabalhador ocorre pela troca de um salário, que

está ligado ao cumprimento de uma carga horária estabelecida pela legislação trabalhista ou pelo contrato de trabalho.

Bernstorff e Rosso (2008) afirmam que as causas do absenteísmo podem ser consideradas como um dos melhores "termômetros" para as ações organizacionais, visto que podem se apresentar como extra organização, ou seja, ligadas a fatores externos - por exemplo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, problemas estruturais familiares, acesso ao transporte público e outros – ou a fatores intra-organizacionais – como a falta de liderança, a falta de estrutura do ambiente trabalho, a falta de relacionamentos intergrupais, o tratamento desrespeitoso, a falta de promoção de cargos e salários, a tarefas monótonas e repetitivas, entre outros.

Um fator que preocupa quando há aumento nos níveis de absenteísmo é a sua relação com os problemas mentais sofridos pelos profissionais da área da saúde, visto que, por precisarem controlar suas emoções, esses profissionais acabam tendo um comportamento estereotipado da sua personalidade. Pode-se ilustrar isso por meio dos casos de pacientes em estado terminal, onde há alto nível de dependência e sofrimento em relação as suas patologias, pois, como o profissional pode se sentir impotente, gera uma insatisfação pessoal que o distancia dos seus objetivos como cuidador e que pode desencadear sentimentos de medo e insegurança, que contribuem com a ausência no trabalho (FERREIRA et al., 2011).

Tecendo essas considerações acerca dos riscos ocupacionais e da carga de trabalho sob a perspectiva do processo saúde-doença, é possível perceber que o trabalho pode adoecer o trabalhador e afastá-lo do ambiente laboral. Nesse sentido, é importante usar os índices de absenteísmo para saber quais são os principais tipos de adoecimento e o que favorece a prevenção das doenças do trabalho.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de desenho transversal que utiliza dados secundários coletados junto à Secretaria Municipal de Administração (SEMAD) de Vitória/ES. Esse tipo de estudo visa identificar as variáveis relacionadas às características da população estudada e a análise dos dados possibilita avaliar a relação entre elas (MEDRONHO et al., 2004).

3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado com todos os afastamentos, por LTS, dos servidores de saúde vinculados à SEMUS, no período de 2010 a 2015.

3.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- Ano
- 2010
- 2011
- 2012
- 2013
- 2014
- 2015

- Sexo

Feminino

Masculino

- Faixa etária (idade em anos completos)

18-29 anos

30-39 anos

40-49 anos

50-59 anos

+60 anos

- Cargo

Cargo ocupado no período da LTS

- Vínculo de trabalho

Efetivo

Contrato por tempo determinado

Comissionado

Celetista

Cedido por outros órgãos

Municipalizado

- Tempo de trabalho

Até 2 anos

De 2 a 5 anos

Acima de 5 anos

- Local de trabalho

Unidade Básica de Saúde (UBS)

Pronto-atendimentos

Vigilâncias

Administrativos

Outros atendimentos

Outros locais

- Causa da LTS

Foi utilizada a classificação do Código Internacional de Doenças (CID) – 10ª versão.

- Duração do afastamento

Até 3 dias

Acima de 3 dias

Há grande variação dos estudos em relação ao critério de duração do afastamento. Optou-se por esse, tendo em vista que, diferentemente dos efetivos, os vínculos de trabalho regidos pela CLT (contrato por tempo determinado e celetista) são

encaminhados para o INSS após o 15º dia, não sendo, portanto, computado no sistema da SEMAD tempo posterior a este.

3.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

O banco de dados da presente pesquisa foi coletado a partir de relatórios emitidos pelo setor de Recursos Humanos da SEMAD, que contém informações referentes ao afastamento por doença dos servidores.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A dificuldade em obter informações epidemiológicas mais detalhadas sobre a população geral da SEMUS e, mais especificamente, daqueles que não adoeceram, impossibilitou a utilização de métodos de análise mais afirmativos e conclusivos neste estudo, que pudessem, inclusive, construir indicadores para testar o maior risco de afastamento ou de adoecimento dessa população de trabalhadores.

De maneira geral, realizou-se uma análise exploratória de dados, de caráter descritivo, constituída de análises univariadas e bivariadas, utilizando-se de distribuições de frequências através de tabelas e gráficos (MEDRONHO et al., 2004). Como será visto abaixo, quando necessário, para a estratégia de análise, foram realizados testes estatísticos.

A estratégia de análise de dados procurou responder aos objetivos específicos deste estudo, iniciando com a caracterização do perfil sociodemográfico e temporal dos afastamentos, abordando o ano de ocorrência, o sexo e a faixa etária do servidor afastado. Foram utilizadas distribuições de frequências dessas variáveis, além de um estudo do comportamento das variáveis sexo e faixa etária em função do ano de ocorrência. Para tanto, foi aplicado o teste do X^2 com o intuito de verificar se poderiam ser afirmadas mudanças no comportamento dessas variáveis durante o tempo estudado.

O teste do X^2 , de Pearson, foi utilizado para verificar a associação entre duas variáveis categóricas, considerando-se nível de significância de 5% (MEDRONHO et al., 2004). Caso ocorra significância estatística na associação, considera-se que elas são interdependentes.

Seguiu-se a caracterização dos afastamentos pelas variáveis indicadoras da situação de trabalho: vínculo, cargo, local e tempo de trabalho na instituição. Além da distribuição de frequência dessas variáveis, estudaram-se os seus comportamentos em função do ano a fim de verificar, através do teste do X^2 , se houve mudanças no decorrer dos anos.

Cumpru pontuar que esse procedimento não foi feito para a variável cargo em virtude do grande número de categorias, o que dificultaria sua análise. Nesse caso, optou-se por apresentar a distribuição de afastamentos nos 10 cargos com maiores ocorrências, bem como por verificar a proporção do tipo de vínculo em cada um deles. Para verificar a associação entre cargo e vínculo de trabalho, aplicou-se o teste do X^2 .

O terceiro eixo de análise foi caracterizar o perfil de morbidades que motivaram os afastamentos dos servidores para tratamento através da distribuição de frequências. Além disso, estudou-se como esse perfil se comportou em relação à variável duração do afastamento e às variáveis que informam a situação de trabalho (vínculo, cargo, local e tempo de trabalho na instituição). Para isso, aplicou-se o teste do X^2 e a análise do resíduo.

A análise do resíduo auxilia a interpretação do teste do X^2 , pois informa como as diferentes caselas de distribuição contribuíram para o valor encontrado (CALLEGARI-JACQUES, 2003). A significância estatística a nível de 5% ocorre quando o valor encontrado para o resíduo ajustado é maior do que 1,96 ou menor do que -1,96. Dessa forma, indica, especificamente, quais as caselas apresentaram um número de casos muito acima do esperado (ou muito abaixo do esperado, para o caso negativo), contribuindo, portanto, para que o X^2 fosse estatisticamente significativo.

Por fim, foi calculado o IF de episódios de absenteísmo por doença, proposto pelo Sub-comitê de Absentismo da Comissão Permanente e Associação Internacional de Saúde Ocupacional (PERMANENT COMMISSION AND INTERNATIONAL ASSOCIATION ON OCCUPATIONAL HEALTH, 1973), a partir da fórmula:

$$IF = \frac{\text{nº de episódios de licenças/ano} \times 100}{\text{Servidores (nº médio/ano)}}$$

Os dados referentes ao número total de servidores da SEMUS nos anos de 2010 a 2012 foram obtidos através de relatório do Sistema de Gestão de Pessoas (SIGEP), elaborado pela Gerência de Informações Municipais (SEGES/GIM) (2010). Os dados referentes a 2014 e 2015 foram obtidos no Portal da Transparência da PMV (2016).

É importante dizer que, como não foi obtido dados sobre o total de servidores no ano de 2013, ele não foi calculado.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa seguiu a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/BR, que normatiza as pesquisas com seres humanos. Embora este estudo tenha sido realizado exclusivamente com dados secundários, sem a identificação dos sujeitos, foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, com anuência da PMV.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, serão expostos os dados de afastamentos para tratamento de saúde dos servidores da SEMUS. Num primeiro momento, apresentam-se um perfil demográfico e temporal, com a abordagem do ano de ocorrência, do sexo e da faixa etária do servidor afastado. Em seguida, expõe-se a caracterização do perfil dos afastamentos de acordo com as variáveis que informam a inserção no trabalho: vínculo, cargo, tempo como servidor da SEMUS e local de trabalho. Por fim, constrói-se um perfil das morbidades motivadoras do afastamento e o tempo de afastamento.

4.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E TEMPORAL DOS AFASTAMENTOS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DA SEMUS

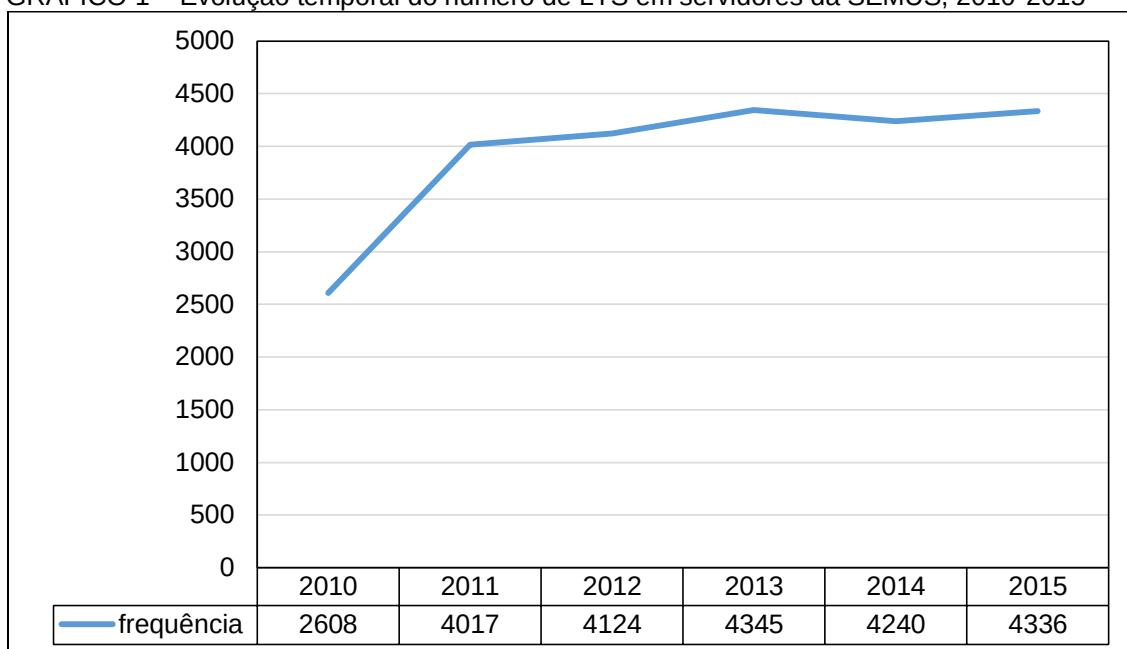
A Tabela 1 e o Gráfico 1 mostram a distribuição dos afastamentos segundo o ano de ocorrência.

TABELA 1 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS segundo ano de ocorrência (PMV, 2010-2015)

Ano	Frequência	Porcentagem
2010	2.608	11,0
2011	4.017	17,0
2012	4.124	17,4
2013	4.345	18,4
2014	4.240	17,9
2015	4.336	18,3
Total	23.670	100

Fonte: Elaborada pela autora.

GRÁFICO 1 – Evolução temporal do número de LTS em servidores da SEMUS, 2010-2015

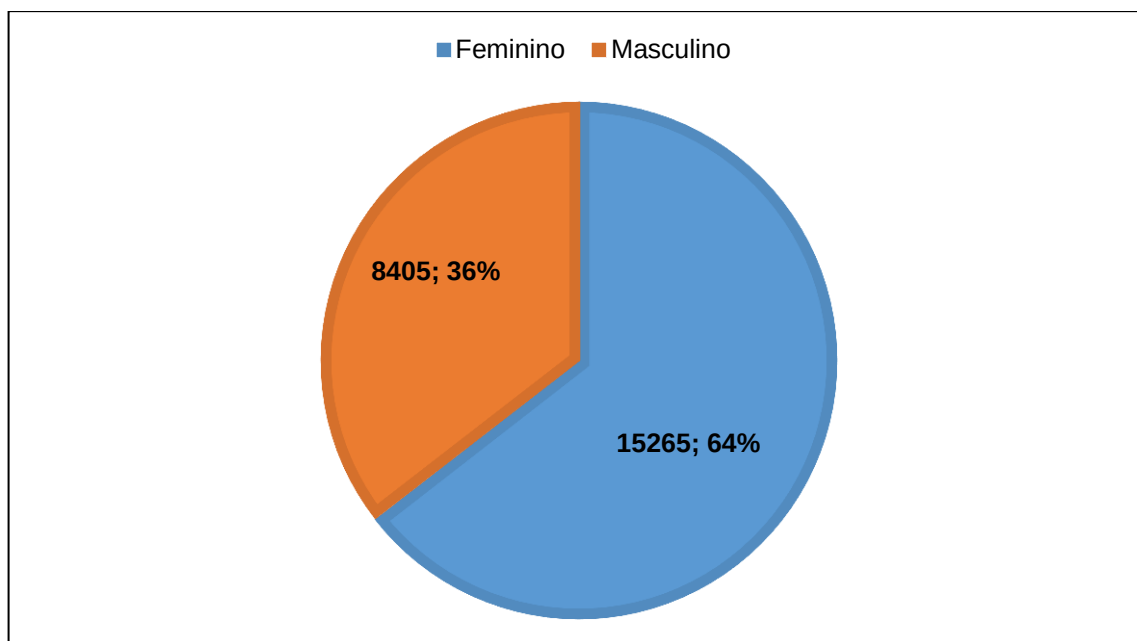


Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se que houve 23.670 episódios de afastamento para tratamento de saúde entre os servidores da SEMUS, no período de 2010 a 2015. A evolução do número de afastamentos mostra que houve um crescimento acentuado, principalmente a partir de 2011. A maior quantidade de afastamentos ocorreu nos anos de 2013, com 4.345 episódios, e de 2015, com 4.336 episódios.

O Gráfico 2 mostra a distribuição dos afastamentos segundo o sexo do servidor.

GRÁFICO 2 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS em função do sexo, PMV, 2010-2015

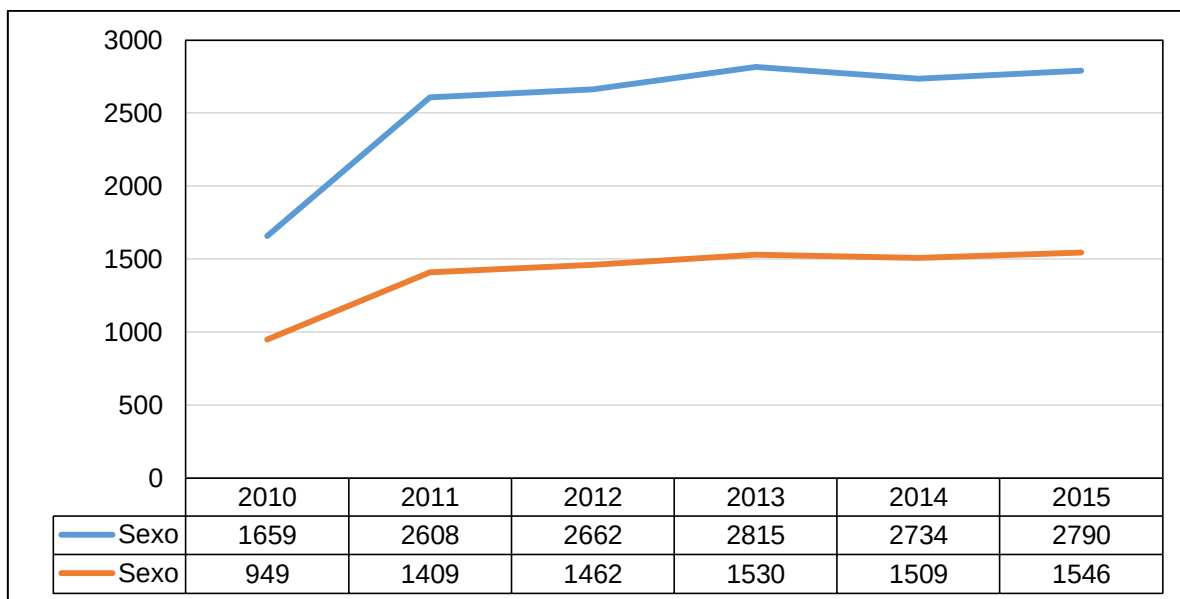


Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se que dois terços dos afastamentos (64%), aproximadamente, foram de trabalhadores do sexo feminino.

No Gráfico 3, apresenta-se a distribuição dos afastamentos dos servidores da SEMUS por sexo e ano de ocorrência.

GRÁFICO 3 – LTS dos servidores da SEMUS em função do sexo e do ano de ocorrência, PMV, 2010-2015

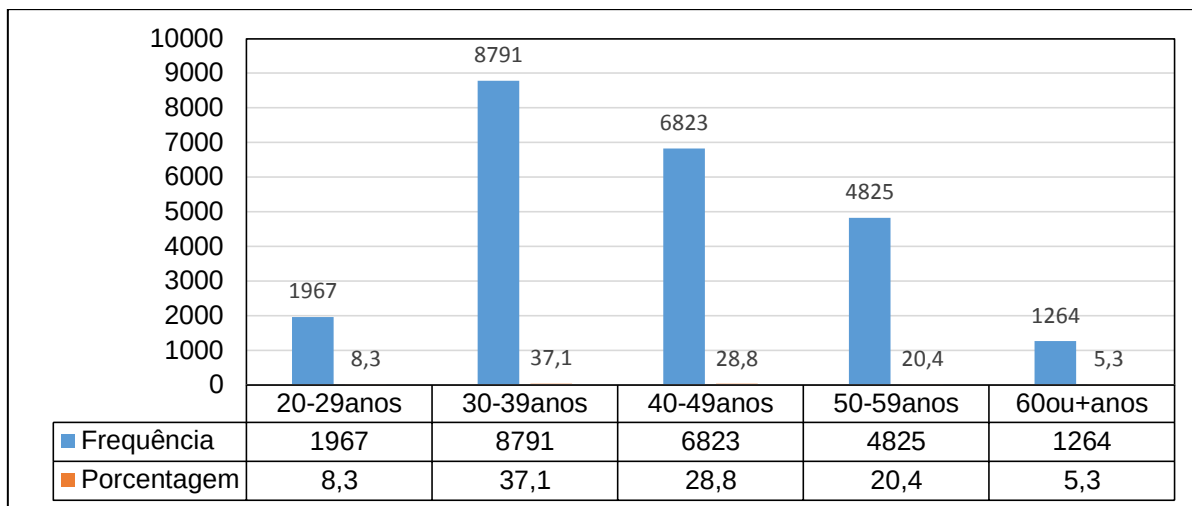


Fonte: Elaborada pela autora.

Percebe-se que a maior proporção de afastamentos de servidores do sexo feminino se mantém, independentemente do ano de ocorrência. Não houve significância estatística na associação entre sexo e ano de ocorrência do afastamento ($p = 0,9213$), o que significa que, independentemente do ano, houve maior proporção no sexo feminino.

No Gráfico 4, consta a distribuição dos afastamentos segundo a faixa etária do servidor afastado.

GRÁFICO 4 – LTS dos servidores da SEMUS em função da faixa etária, PMV, 2010-2015

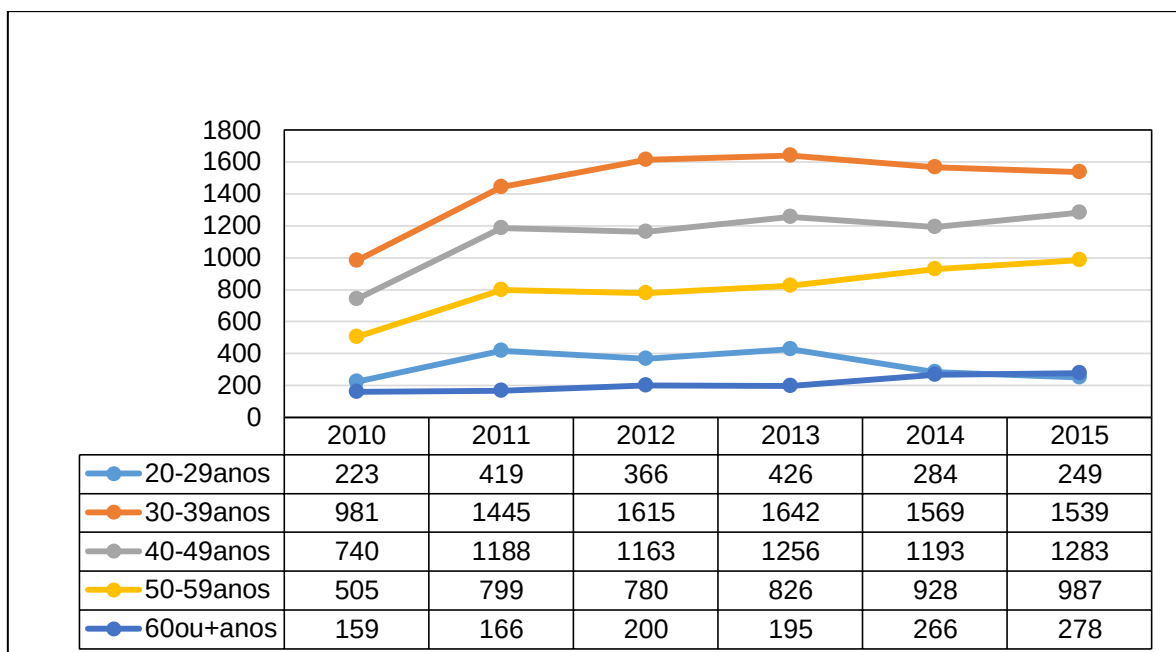


Fonte: Elaborada pela autora.

Nota-se que o maior número de afastamentos ocorreu na faixa etária de 30-39 anos (37,1%), seguida da de 40-49 anos (28,8%). Os menores índices foram encontrados no segmento etário mais jovem (20-29 anos), com 8,3%, e no mais idoso (60 ou mais anos), com 5,3%

O Gráfico 5 mostra a evolução dos afastamentos por faixa etária em função do ano de ocorrência das licenças.

GRÁFICO 5 – LTS dos servidores SEMUS por faixa etária e ano de ocorrência, PMV, 2010-2015



Fonte: Elaborada pela autora.

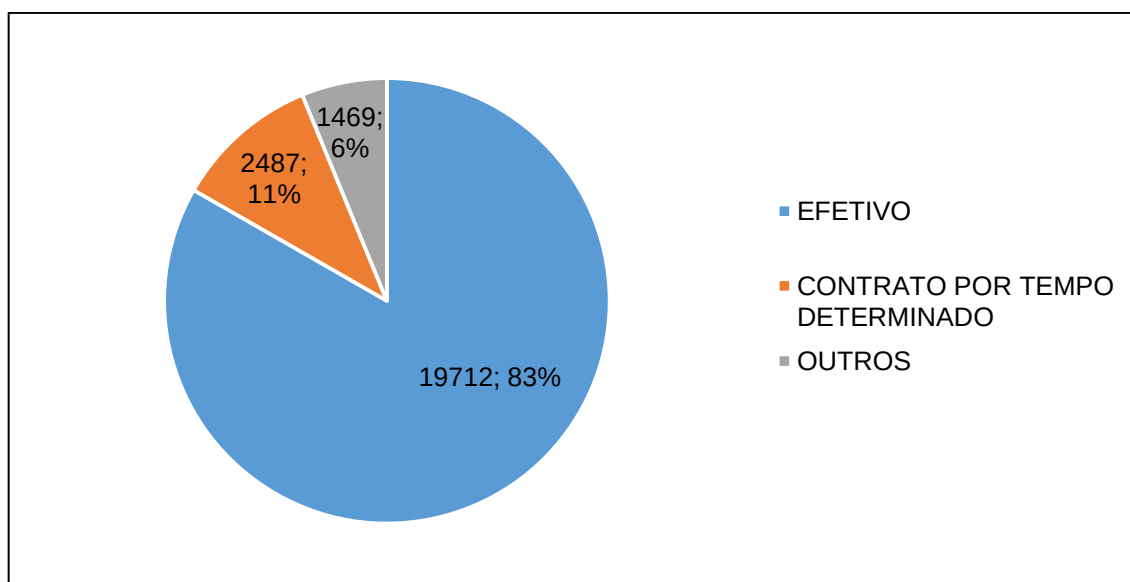
Houve significância estatística na associação entre faixa etária e ano de ocorrência do afastamento ($p = 0,000$), o que significa que a proporção de afastamentos em cada faixa etária variou conforme o ano. O aumento expressivo no primeiro ano do período foi importante para todas as faixas etárias, com exceção da idosa (60 anos ou mais). Quando comparado todo período estudado, observa-se um aumento progressivo no decorrer das faixas etárias: de 11,66% para as pessoas de 20-29 anos, de 56,88% para as de 30-39 anos, de 73,3% para as de 40-49 anos, de 95,49% para as de 50-59 anos e de 74,85% para as de 60 ou mais anos.

4.2. AFASTAMENTO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DA SEMUS E INSERÇÃO NO TRABALHO

Serão apresentados, a seguir, os resultados das variáveis que informam a inserção no trabalho: vínculo, cargo, tempo como servidor da SEMUS e local de trabalho.

No Gráfico 6, tem-se a distribuição dos afastamentos segundo o vínculo de trabalho do servidor afastado.

GRÁFICO 6 – LTS dos servidores da SEMUS segundo o tipo de vínculo, PMV, 2010-2015



*Outros: celetistas cedidos por outros órgãos ou municipalizados.

Fonte: Elaborada pela autora.

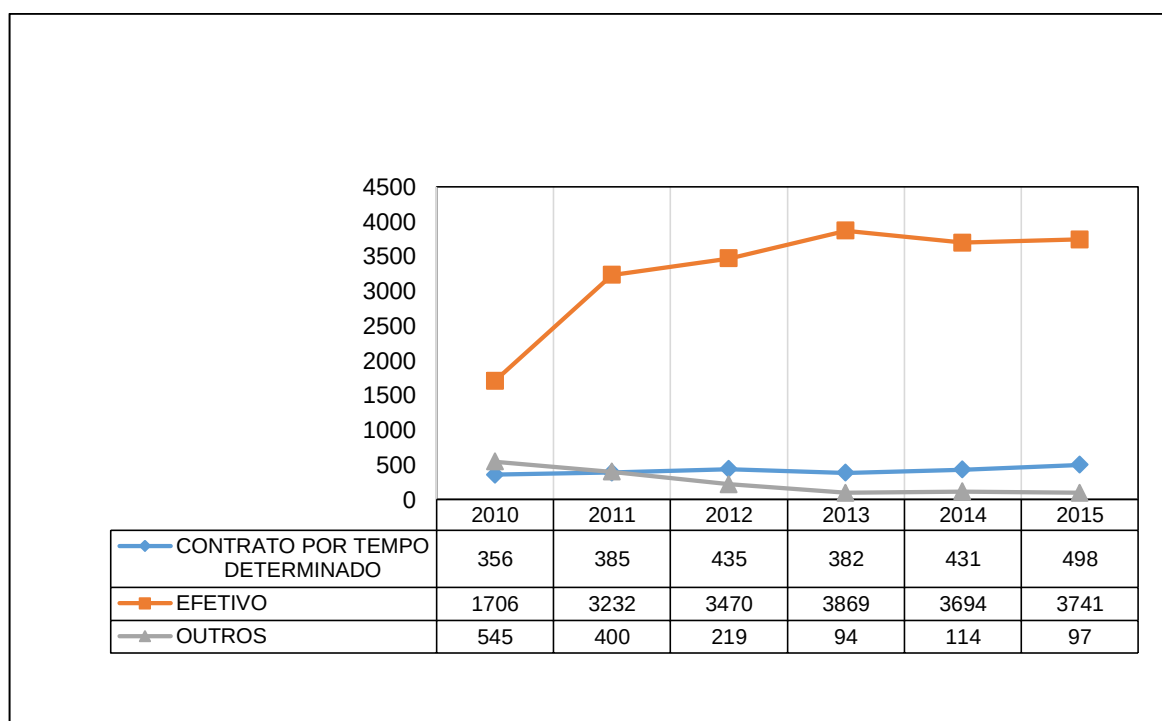
Verifica-se que os trabalhadores da SEMUS, no período de 2010 a 2015, que apresentaram o maior número de LTS foram os servidores que possuem cargo efetivo, perfazendo um total de 83%. É importante dizer, também, que não houve significância estatística na associação entre vínculo de trabalho e ano de ocorrência do afastamento ($p=0,4048$), o que significa que o afastamento em determinado vínculo de trabalho não dependeu do ano de ocorrência.

Dessa forma, observa-se que, em todos os anos, houve predominância de afastamentos de servidores efetivos. Entre estes, percebe-se uma elevação mais acentuada no ano de 2011, seguido de um aumento discreto até 2013, finalizando com uma leve diminuição até 2015. Nos afastamentos dos servidores efetivos, nota-se um crescimento de 119,28% ao longo dos anos estudados.

É importante destacar que os trabalhadores que possuem vínculo de contrato temporário, que é regido pela CLT, tiveram um aumento de 40% no mesmo período. No sentido oposto, observa-se, também, que o grupo de vínculo caracterizado como “outros” (comissionados, celetistas, cedidos por outros órgãos ou municipalizados) teve uma diminuição de 82,20%.

Os servidores que tiveram afastamento do trabalho no período estudado estavam distribuídos por 57 cargos, conforme o APÊNDICE A. No Gráfico 7, mostra-se a evolução temporal dos afastamentos para cada tipo de vínculo de trabalho segundo o ano de ocorrência.

GRÁFICO 7 – LTS de servidores da SEMUS segundo o vínculo de trabalho e ano de ocorrência, PMV, 2010-2015



Fonte: Elaborada pela autora.

Para facilitar a comparação das variáveis, a Tabela 2 apresenta a distribuição pelos 10 cargos de maior expressão quantitativa.

TABELA 2 – Distribuição dos servidores da SEMUS afastados por LTS segundo os 10 cargos de maior frequência, PMV, 2010-2015

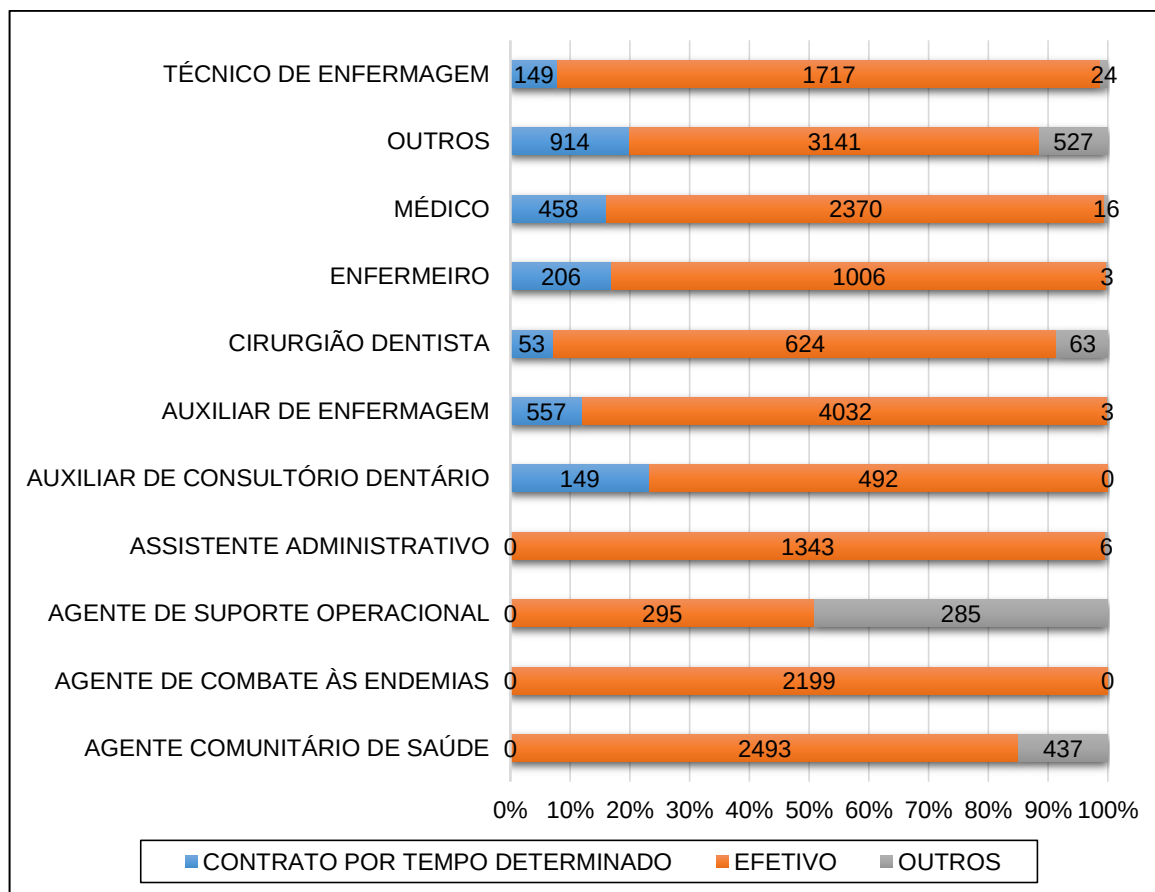
Cargos	Frequência	Porcentagem
Auxiliar de enfermagem	4592	19,4
Agente comunitário de saúde	2930	12,4
Médico	2844	12,0
Agente de combate às endemias	2200	9,3
Técnico de enfermagem	1890	8,0
Assistente administrativo	1349	5,7
Enfermeiro	1215	5,1
Cirurgião dentista	741	3,1
Auxiliar de consultório dentário	641	2,7
Agente de suporte operacional	580	2,5
Outros	4582	19,4
Sem informação	106	4
Total	23670	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se que, no período estudado, os profissionais de saúde que apresentaram o maior número de LTS foram os auxiliares de enfermagem, com uma taxa de 19,4%. Em segundo lugar, destacam-se os agentes comunitários de saúde, com 12,4% e, em terceiro lugar, os médicos, com um percentual de 12,0%.

O Gráfico 8 mostra a proporção do tipo de vínculo de trabalho nos 10 cargos de maior frequência.

GRÁFICO 8 – LTS dos servidores da SEMUS por cargo e proporção do tipo de vínculo, PMV, 2010-2015



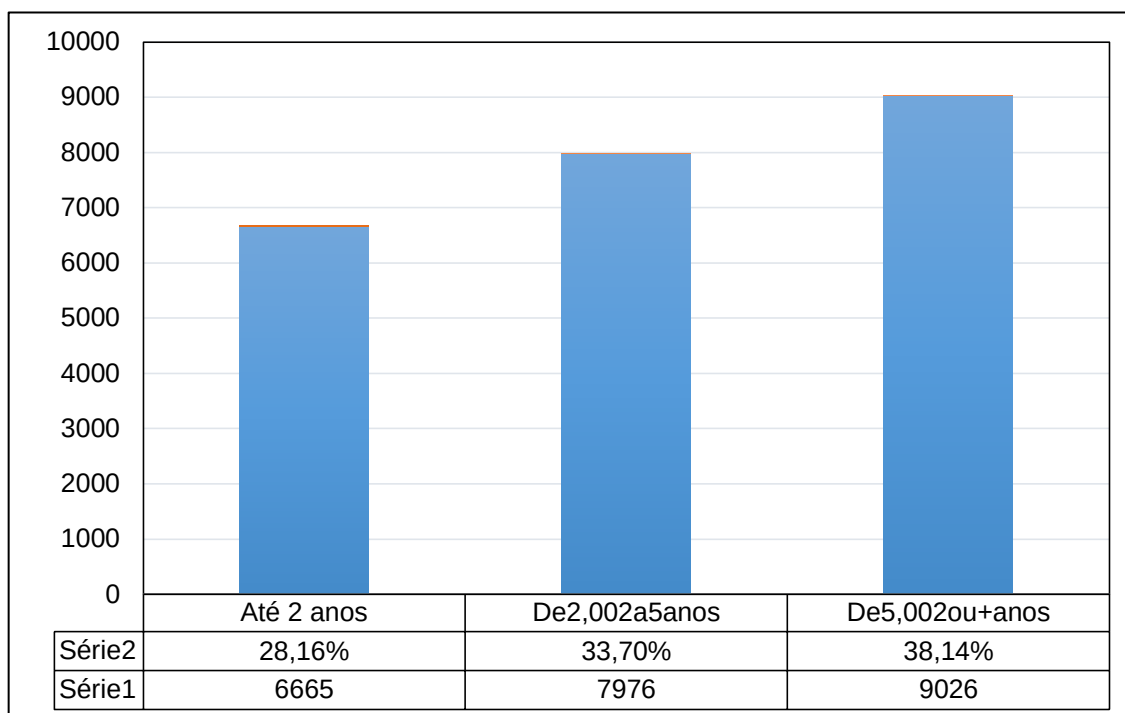
Fonte: Elaborada pela autora.

Foi considerada estatisticamente significativa a associação entre o cargo do servidor afastado e o tipo de vínculo de trabalho ($p=0,0003$), ou seja, o afastamento em determinado cargo dependeu do tipo de vínculo de trabalho.

Observa-se um predomínio de afastamentos nos servidores efetivos em todos os cargos, constituindo, inclusive, a totalidade em alguns deles, como nos de agente de combate de endemias e nos de assistente administrativo. Por outro lado, alguns cargos são constituídos de profissionais efetivos, mas com uma considerável proporção de vínculo por contrato temporário, caso de auxiliares de consultório dentário, enfermeiros e médicos. As outras formas de vínculo têm maior importância entre os agentes comunitários de saúde e os agentes de suporte operacional.

O Gráfico 9 exibe a distribuição dos afastamentos dos servidores da SEMUS segundo o tempo de trabalho na instituição.

GRÁFICO 9 – LTS dos servidores da SEMUS em função do tempo de trabalho, PMV, 2010-2015

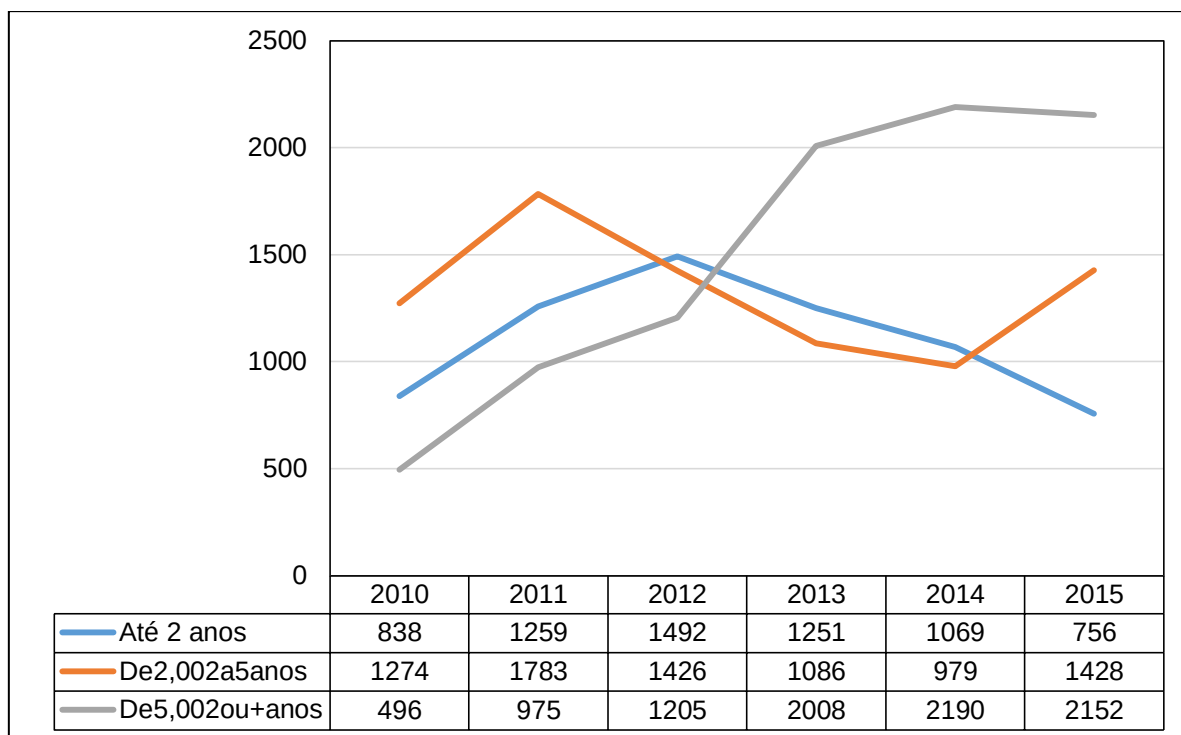


Fonte: Elaborada pela autora.

Nota-se que a principal faixa de tempo de trabalho que ocorreram os afastamentos entre os servidores da SEMUS foi a de 5 ou mais anos de trabalho. Entretanto, cabe destacar aqui que foi expressivo o número de licenças para tratamento de saúde até mesmo em um tempo relativamente baixo de vínculo com a instituição (até 2 anos).

O Gráfico 10 apresenta a evolução da distribuição dos afastamentos por tempo de trabalho na PMV.

GRÁFICO 10 – Evolução da distribuição dos afastamentos por tempo de trabalho, PMV, 2010-2015

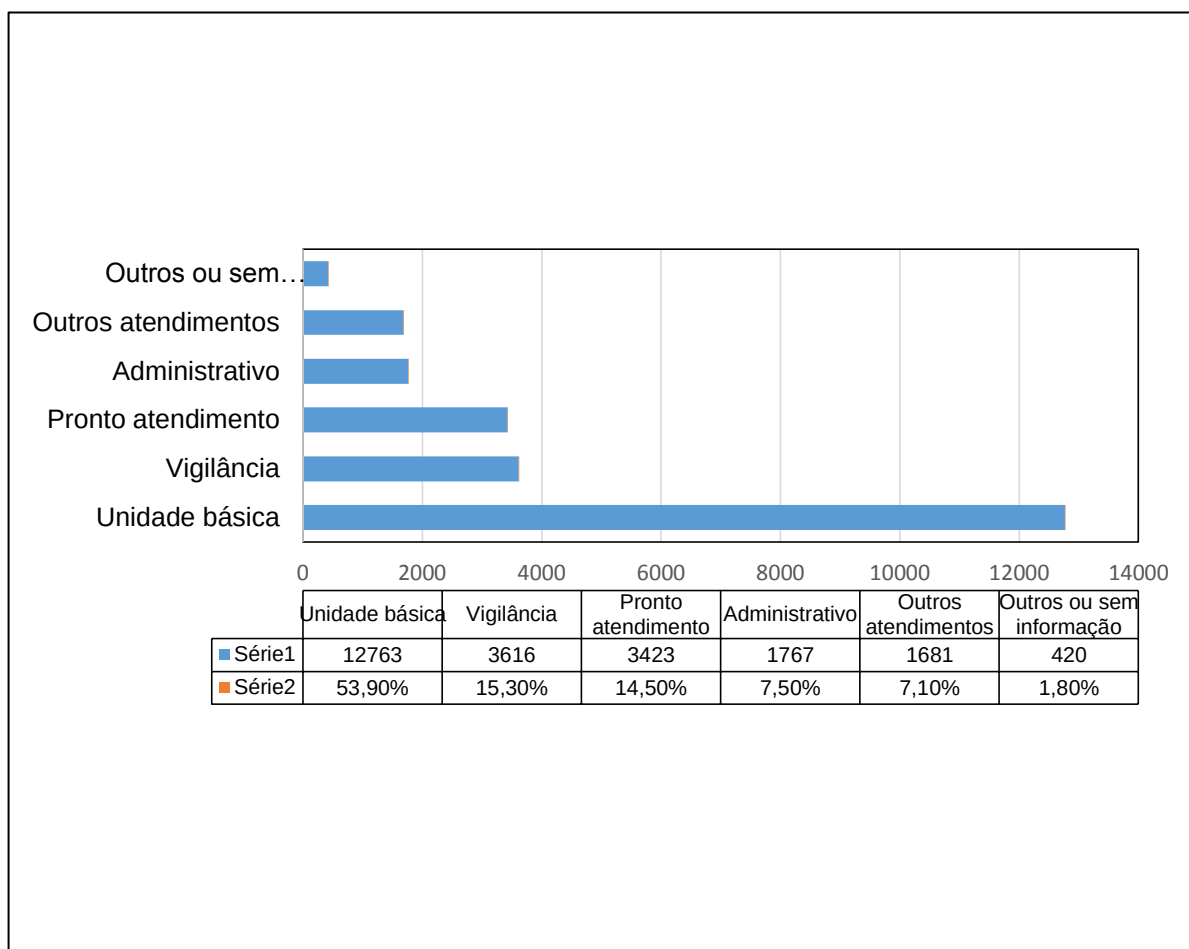


Fonte: Elaborada pela autora.

Com o passar dos anos, houve tendências diversas para as diferentes faixas de tempo de afastamento. Verifica-se um aumento progressivo dos afastamentos entre os trabalhadores com cinco ou mais anos de trabalho, que atingiu 333,87% no final dos seis anos estudados. Tendência contrária a essa ocorreu entre os trabalhadores com o menor tempo de trabalho na instituição (até 2 anos): embora tenham exibido certo aumento nos primeiros anos da série, ao final, contabilizaram uma diminuição de 9,79% no número de afastamentos. Os afastamentos de funcionários com tempo de trabalho intermediário (2–5 anos) seguiram também tendência intermediária, com um aumento de 12,9% no número de afastamentos no final do período.

O Gráfico 11 mostra a distribuição das LTS dos servidores da SEMUS de acordo com o local de trabalho.

GRÁFICO 11 – LTS dos servidores da SEMUS por local de trabalho, PMV, 2010-2015

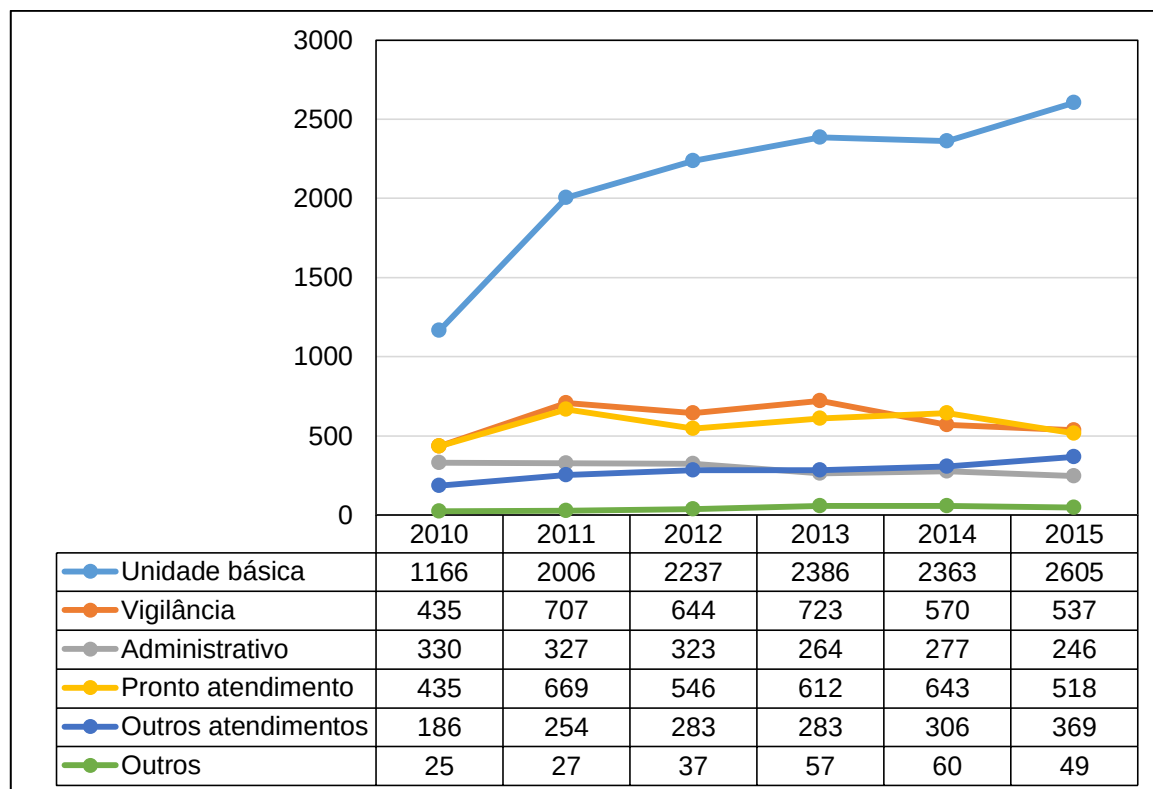


Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme pode ser visto, mais da metade dos afastamentos dos servidores da SEMUS ocorreram entre aqueles que trabalhavam nas Unidades Básicas de Saúde (53,90%), seguido pelos que trabalhavam nas áreas de Vigilância (15,30%) e nos Pronto Atendimentos (14,50%).

No Gráfico 12, tem-se a evolução quantitativa dos afastamentos dos servidores da SEMUS segundo o local de trabalho.

GRÁFICO 12 – Evolução temporal das LTS dos servidores SEMUS por local de trabalho, PMV, 2010-2015



Fonte: Elaborada pela autora.

A associação entre o local de trabalho e o ano de ocorrência foi estatisticamente significativa ($p = 0,0000$), logo o afastamento em determinado local de trabalho dependeu do ano em que ele ocorreu. Percebe-se que, em todos os anos, o local de trabalho com maior número de afastamentos foi a UBS. Além disso, nota-se que os afastamentos neste local quase dobraram em 2011, continuando uma trajetória crescente com o passar dos anos, o que fez com que computasse, em 2015, um aumento de 123,41% em relação a 2010.

Nos demais locais de trabalho, o aumento de afastamento também foi expressivo para os servidores que atuam em outros locais de atendimento (CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, CENTRO REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO AO IDOSO, CENTRO REFERÊNCIA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, etc.), com 98,39%.

Por outro lado, os afastamentos de servidores lotados nos Pronto Atendimentos e nos setores ligados à Vigilância, que tiveram um expressivo aumento em 2011, declinaram em 2015, com apenas 19,08% e 23,45%, respectivamente, do comparativo em relação a 2010.

4.3. PERFIL DE MORBIDADE DOS AFASTAMENTOS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DA SEMUS

A Tabela 3 mostra a distribuição dos afastamentos dos servidores da SEMUS em função do grupo de morbididades e do tempo de duração.

TABELA 3 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS segundo o grupo de morbididade e o tempo de duração do afastamento, PMV, 2010-2015

				(continua)
Grupo morbidade		Duração*		Total**
		Até 3 dias	Acima de 3 dias	
Osteomuscular	n	1698	2393	4091
	%	41,5	58,5	17,3
	RES	-10,1	10,1	
Respiratório	n	2171	808	2979
	%	72,9	27,1	12,6
	RES	28,2	-28,2	
Transtornos mentais	n	365	1867	2232
	%	16,4	83,6	9,4
	RES	-32,1	32,1	
Fatores que influenciam a saúde (convalescença)	n	768	1261	2029
	%	37,9	62,1	8,6
	RES	-10,2	10,2	
Infecciosas e parasitárias	n	1195	608	1803
	%	66,3	33,7	7,6
	RES	15,5	-15,5	
Lesões, envenenamentos, etc.	n	359	1119	1478
	%	24,3	75,7	6,2
	RES	-19,4	19,4	

TABELA 3 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS segundo o grupo de morbidade e o tempo de duração do afastamento, PMV, 2010-2015

(continuação)

Grupo morbidade		Duração*		Total**
		Até 3 dias	Acima de 3 dias	
Achados anormais em exames	n	1112	298	1410
	%	78,9	21,1	6,0
	RES	23,4	-23,4	
Digestivo	n	959	369	1328
	%	72,2	27,8	5,6
	RES	17,7	-17,7	
Circulatório	n	547	598	1145
	%	47,8	52,2	4,8
	RES	-,6	,6	
Outros	n	2350	2823	5173
	%	45,4	54,6	21,9
	RES	-5,3	5,3	
Total	n	11524	12144	23668
	%	48,7	51,3	100

* porcentagem em relação à linha

RES – resíduos ajustados

** porcentagem em relação à coluna

Fonte: Elaborada pela autora.

As principais morbidades que motivaram o afastamento para tratamento de saúde entre os servidores da SEMUS são as doenças do sistema osteomuscular (17,3%), as do aparelho respiratório (12,6%) e os transtornos mentais e do comportamento (9,4%). Além disso, metade dos afastamentos, aproximadamente, duraram até 3 dias ou foram de curta duração, ao passo que os demais duraram acima de 3 dias.

Nota-se, também, que a duração do afastamento dependeu da morbidade que o motivou, pois a associação entre essas variáveis foi considerada como estatisticamente significativa ($p=0,000$). O teste do resíduo mostrou que o que mais contribuiu com essa associação foram os transtornos mentais (83,6% dos afastamentos foram de mais de 3 dias) e as doenças do aparelho respiratório (72,9% dos afastamentos foram de até 3 dias). Outros grupos de morbidades que foram significativas em termos de maior duração dos afastamentos foram as seguintes: lesões e envenenamentos (75,7%), fatores que influenciam a saúde (convalescença) (62,1%) e doenças do sistema osteomuscular (58,5%). Em

contrapartida, os grupos significativos em termos de menor duração dos afastamentos foram os achados anormais de exames clínicos (78,9%), as doenças do aparelho digestivo (72,2%) e as infecciosas e parasitárias (66,3%).

Do ponto de vista das relações entre o tipo de morbidade e as características da inserção no trabalho, a Tabela 4 mostra a distribuição dos afastamentos dos servidores da SEMUS de acordo com o grupo de morbidades e o tempo de trabalho na PMV.

TABELA 4 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS segundo grupo de morbidade e tempo de trabalho na PMV, 2010-2015

(continua)

Grupo morbidade		Tempo trabalho PMV			Total
		2 anos	2 5 anos	Acima de 5 anos	
Osteomuscular	n	978	1349	1763	4090
	%	23,9%	33,0%	43,1%	100
	RES	-6,6	-1,1	7,2	
Respiratório	n	983	963	1033	2979
	%	33,0%	32,3%	34,7%	100
	RES	6,3	-1,7	-4,2	
Transtornos mentais	n	460	784	987	2231
	%	20,6%	35,1%	44,2%	100
	RES	-8,3	1,5	6,2	
Fatores que influenciam (convalescença)	n	558	658	813	2029
	%	27,5%	32,4%	40,1%	100
	RES	-7	-1,3	1,9	
Infecciosas e parasitárias	n	625	591	587	1803
	%	34,7%	32,8%	32,6%	100
	RES	6,4	-,9	-5,1	
Lesões, envenenamentos, etc.	n	427	552	499	1478
	%	28,9%	37,3%	33,8%	100
	RES	6	3,1	-3,6	
Achados anormais em exames	n	470	473	467	1410
	%	33,3%	33,5%	33,1%	100
	RES	4,5	-1	-4,0	

TABELA 4 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS segundo grupo de morbidade e tempo de trabalho na PMV, 2010-2015

(continuação)

Grupo morbidade		Tempo trabalho PMV			Total
		2 anos	2 5 anos	Acima de 5 anos	
Digestivo	n	446	405	477	1328
	%	33,6%	30,5%	35,9%	100
	RES	4,5	-2,5	-1,7	
Circulatório	n	249	364	532	1145
	%	21,7%	31,8%	46,5%	100
	RES	-4,9	-1,4	5,9	
Outros	n	1467	1837	1868	5172
	%	28,4%	35,5%	36,1%	100
	RES	4	3,1	-3,4	
TOTAL	n	6663	7976	9026	23665
	%	28,2	33,7	38,1	100

RES - resíduos ajustados

Fonte: Elaborada pela autora.

A associação estatisticamente significativa entre o tipo de morbidade e o tempo de trabalho na instituição ($p=0,000$) evidencia uma proporção maior de afastamentos de servidores com mais de 5 anos de trabalho por acometimentos do aparelho circulatório, por transtornos mentais, por doenças do sistema osteomuscular e por fatores que influenciam a condição de saúde (principalmente, o estado de convalescença). Por outro lado, houve maior proporção de afastamentos de servidores com menos tempo de instituição (até dois anos) para doenças infectocontagiosas, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e achados anormais em exame. O teste do resíduo confirmou que o que mais contribuiu com essa associação foi a maior proporção de afastamentos por doenças do sistema osteomuscular, transtornos mentais e doenças do aparelho circulatório entre os servidores com mais de 5 anos de trabalho na PMV, bem como a maior proporção de afastamentos por doenças infecto-parasitárias, doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e achados anormais em exames entre os servidores com até 2 anos de trabalho na PMV.

Na Tabela 5, apresenta-se a distribuição dos afastamentos dos servidores da SEMUS conforme o grupo de morbidades e o cargo exercido. O teste mostrou que

existe associação estatisticamente significativa entre o tipo de morbidade e o cargo do servidor ($p=0,000$).

O grupo de doenças do sistema osteomuscular, motivador do maior número de episódios de afastamentos, foi mais expressivo para os agentes de combate às endemias, os auxiliares de enfermagem e os cirurgiões dentistas, totalizando, respectivamente, 21,1%, 20,7% e 19,2%. O grupo de doenças respiratórias, o segundo mais frequente, foi mais expressivo entre os auxiliares de consultório dentário e os assistentes administrativos, com, respectivamente, 16,7% e 14,8%. Por fim, o grupo dos transtornos mentais foi mais expressivo entre os enfermeiros e os médicos, com percentagens de 19,4% e 14,0%, respectivamente.

TABELA 5 – Distribuição dos afastamentos dos servidores da SEMUS de acordo com o grupo de morbidades e o cargo exercido, PMV, 2010-2015

(continua)

Grupo morbidade	Amostra	Local						Total
		Adm.	Outros	Outros*	PA	UBS	VS**	
Osteomuscular	n	330	53	249	523	2162	738	4055
	%	18,7%	20,8%	14,8%	15,3%	16,9%	20,4%	17,3%
	RES	1,7	1,5	-2,7	-3,3	-1,4	5,5	
Respiratório	n	198	27	203	441	1632	464	2965
	%	11,2%	10,6%	12,1%	12,9%	12,8%	12,8%	12,6%
	RES	-1,8	-1,0	-7	5	9	4	
Transtornos mentais	n	175	23	205	291	1351	165	2210
	%	9,9%	9,0%	12,2%	8,5%	10,6%	4,6%	9,4%
	RES	8	-2	4,1	-2,0	6,8	-10,8	
Infecciosas e parasitárias	n	142	15	119	280	976	264	1796
	%	8,0%	5,9%	7,1%	8,2%	7,6%	7,3%	7,6%
	RES	7	-1,1	-9	1,3	0	-8	
Lesões, envenenamentos, etc.	n	143	23	103	215	735	244	1463
	%	8,1%	9,0%	6,1%	6,3%	5,8%	6,7%	6,2%
	RES	3,4	1,9	-2	1	-3,2	1,4	
Achados anormais em exames	n	70	12	82	226	704	306	1400
	%	4,0%	4,7%	4,9%	6,6%	5,5%	8,5%	6,0%
	RES	-3,7	-8	-1,9	1,7	-3,1	6,9	
Circulatório	n	78	10	86	190	613	152	1129
	%	4,4%	3,9%	5,1%	5,6%	4,8%	4,2%	4,8%
	RES	-8	-7	,6	2,2	,0	-1,8	

TABELA 5 – Distribuição dos afastamentos dos servidores da SEMUS de acordo com o grupo de morbididades e o cargo exercido, PMV, 2010-2015

(continuação)

Grupo morbidade	Amostra	Local						Total
		Adm.	Outros	Outros*	PA	UBS	VS**	
Digestivo	n	108	10	91	189	686	236	1320
	%	6,1%	3,9%	5,4%	5,5%	5,4%	6,5%	5,6%
	RES	,9	-1,2	-,4	-,3	-1,7	2,6	
Fatores que influenciam (convalescença)	n	173	24	174	262	1099	281	2013
	%	9,8%	9,4%	10,4%	7,7%	8,6%	7,8%	8,6%
	RES	1,9	5	2,7	-2,1	3	-1,9	
Outros	n	349	58	369	806	2804	766	5152
	%	19,8%	22,7%	22,0%	23,5%	22,0%	21,2%	21,9%
	RES	-2,3	3	0	2,5	2	-1,2	
Total	n	1766	255	1681	3423	12762	3616	23503
	%	100	100	100	100	100	100	100

RES – Resíduos ajustados

Fonte: Elaborada pela autora.

O teste do resíduo confirmou a importância dessas morbididades nos respectivos cargos pelo fato de mostrar que o que mais contribuiu com essa associação foi a maior proporção de doenças do sistema osteomuscular entre os agentes de combate às endemias e os auxiliares de enfermagem; de doenças do aparelho respiratório entre os agentes administrativos e os auxiliares de consultório dentário; de transtornos mentais entre os enfermeiros e os médicos; de fatores que influenciam (convalescença) entre os cirurgiões dentistas; de doenças infectocontagiosas entre os assistentes administrativos; de achados anormais em exames entre os agentes de combate às endemias; de doenças do aparelho digestivo entre os agentes de combate às endemias e os assistentes administrativos; e de doenças do aparelho circulatório entre os médicos.

A Tabela 6 mostra a distribuição dos afastamentos dos servidores da SEMUS conforme com o grupo de morbidade e o local de trabalho.

TABELA 6 – Distribuição das LTS dos servidores da SEMUS segundo o local de trabalho e o grupo de morbidade, PMV, 2010-2015

Grupo morbidade		Local						Total
		ADM	OUT	OAT	PA	UBS	VIG	
Osteomuscular	n	330	53	249	523	2162	738	4055
	%	18,7	20,8	14,8	15,3	16,9	20,4	17,3
	RES	1,7	1,5	-2,7	-3,3	-1,4	5,5	
Respiratório	n	198	27	203	441	1632	464	2965
	%	11,2	10,6	12,1	12,9	12,8	12,8	12,6
	RES	-1,8	-1,0	-,7	,5	,9	,4	
Transtornos mentais	n	175	23	205	291	1351	165	2210
	%	9,9	9,0	12,2	8,5	10,6%	4,6	9,4
	RES	,8	-,2	4,1	-2,0	6,8	-10,8	
Fatores que influenciam (convalescença)	n	173	24	174	262	1099	281	2013
	%	9,8	9,4	10,4	7,7	8,6	7,8	8,6
	RES	1,9	,5	2,7	-2,1	,3	-1,9	
Infecciosas e parasitárias	n	142	15	119	280	976	264	1796
	%	8,0	5,9	7,1	8,2	7,6	7,3	7,0
	RES	,7	-1,1	-,9	1,3	,0	-,8	
Achados anormais em exames	n	70	12	82	226	704	306	1400
	%	4,0	4,7	4,9	6,6	5,5	8,5	6,0
	RES	-3,7	-,8	-1,9	1,7	-3,1	6,9	
Digestivo	n	108	10	91	189	686	236	1320
	%	6,1	3,9	5,4	5,5	5,4	6,5	5,6
	RES	,9	-1,2	-,4	-,3	-1,7	2,6	
Circulatório	n	78	10	86	190	613	152	1129
	%	4,4	3,9	5,1	5,6	4,8	4,2	4,8
	RES	-,8	-,7	,6	2,2	,0	-1,8	
Lesões, envenenamentos, etc.	n	143	23	103	215	735	244	1463
	%	8,1	9,0	6,1	6,3	5,8	6,7	6,2
	RES	3,4	1,9	-,2	,1	-3,2	1,4	
Outros	n	349	58	369	806	2804	766	5152
	%	19,8	22,7	22,0	23,5	22,0	21,2	21,9
	RES	-2,3	3	,0	2,5	2	-1,2	
Total	n	1766	255	1681	3423	12762	3616	23503
	%	100	100	100	100	100	100	100

RES – Resíduos ajustados

ADM – Administrativo; OUT – Outros; OAT – Outros atendimentos; PA – Pronto atendimento; UBS – Unidade Básica; VIG - Vigilâncias

Fonte: Elaborada pela autora.

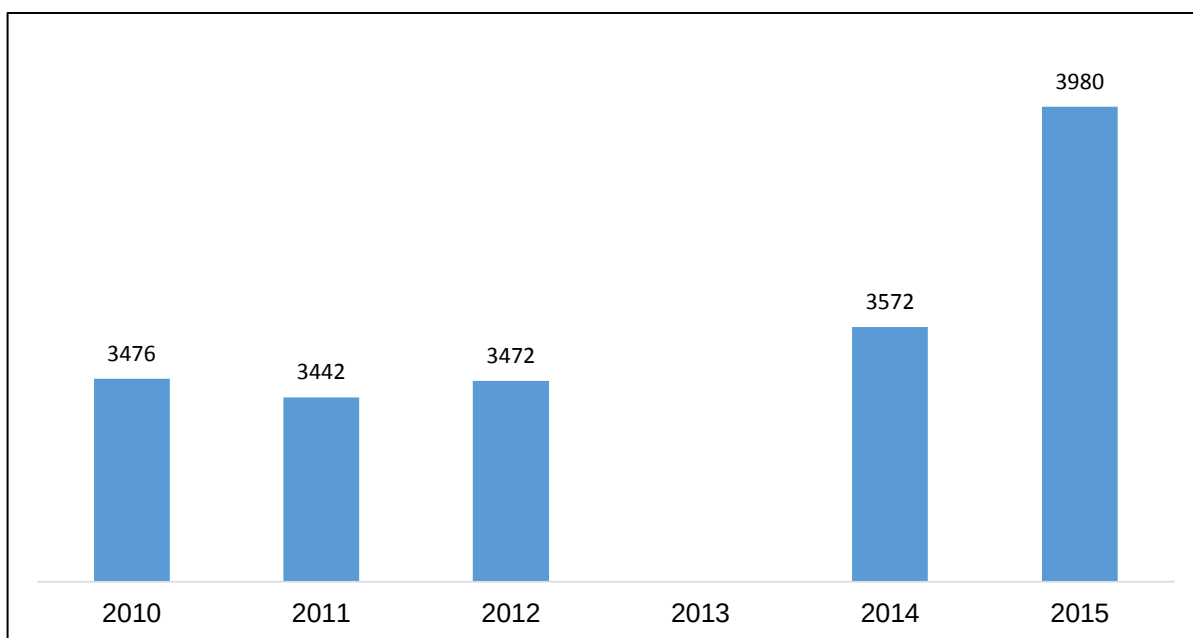
Houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de morbidade e o local de trabalho do servidor ($p=0000$). Os transtornos osteomusculares foram, proporcionalmente, mais importantes para os servidores lotados em atividades de vigilância (20,4% das licenças desse local de trabalho), no conjunto dos demais locais (20,8%) e no setor administrativo da SEMUS (18,7%). As doenças respiratórias, por sua vez, foram, proporcionalmente, importantes em todos os setores de trabalho. Os transtornos mentais foram, proporcionalmente, mais importantes nos servidores que atuam nas UBS (10,6% das licenças desse local de trabalho) e nos outros serviços de atendimento (12,2%). Já o grupo dos fatores que influencia o estado de saúde foi mais frequente nos locais de outros atendimentos (10,4%), nos setores administrativos (9,8%) e nos outros locais de atuação na SEMUS (9,4%). As doenças infectocontagiosas foram, proporcionalmente, mais frequentes nos locais de pronto-atendimento (8,2%) e nos setores administrativos (8,0%). As lesões e envenenamentos foram, proporcionalmente, mais frequentes nos setores administrativos (8,1%) e nos outros locais de trabalho da SEMUS (9,0%). O grupo dos achados anormais em exames foi, proporcionalmente, mais importante para os setores de vigilância (8,5%) e de pronto atendimento (6,6%). As doenças do aparelho digestivo foram mais frequentes nos setores de vigilância (6,5%) e administrativos (6,1%). As doenças do aparelho circulatório, por fim, foram mais frequentes no pronto-atendimento (5,6%) e nos outros atendimentos (5,1%).

O teste do resíduo mostrou que os fatores que mais contribuíram com essa associação foram a predominância das doenças osteomusculares entre os servidores dos setores de vigilância; a pouca predominância das doenças osteomusculares entre os funcionários dos pronto-atendimentos e dos outros setores de atendimento; a maior concentração de afastamentos por transtornos mentais entre os trabalhadores das UBS e dos outros atendimentos; a baixa concentração dos transtornos mentais entre os serviços de vigilância; a maior concentração de afastamentos por lesões e envenenamentos entre os servidores dos setores administrativos; a menor concentração de lesões e envenenamentos entre os funcionários das UBS; a maior concentração de achados anormais em exames entre os trabalhadores da vigilância e a menor concentração entre os setores administrativos.

4.4. ÍNDICE DE FREQUÊNCIA DE EPISÓDIOS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DOS SERVIDORES DA SEMUS

O Gráfico 13 exibe a variação do número total de servidores da SEMUS, no período 2010-2015, segundo as fontes disponíveis.

GRÁFICO 13 – Total de servidores da SEMUS, PMV, 2010-2015



Fontes:

2010 a 2012: Sistema de Gestão de Pessoas – SIGEP (2010)

2014 e 2015: Portal da Transparência da PMV (2017)

2013: sem informações

Verifica-se que, de 2010 a 2012, houve pouca modificação no número total de servidores da SEMUS (de 3.476 passou para 3.472 servidores). Ocorreu um aumento de 2,94% de 2012 para 2014 e, um salto maior, de 2014 para 2015, de 11,42% (para 3.980 servidores). No período de 2010-2015, o crescimento no número de servidores totalizou 14,5%.

A Tabela 7 mostra o resultado do cálculo do IF de episódios de afastamentos do trabalho para tratamento de saúde dos servidores da SEMUS em função do ano.

TABELA 7 – Episódios de LTS, número de servidores e Índice de Frequência (IF) de episódios de licença nos servidores da SEMUS segundo o ano, PMV, 2010-2015

ANO	Episódios LTS	Total de servidores	IF
2010	2.608	3.476	75,3%
2011	4.017	3.442	116,7%
2012	4.124	3.472	118,8%
2013	4.345	s/informação	
2014	4.240	3.572	118,7%
2015	4.336	3.980	108,9%

Fonte: Elaborada pela autora.

Constata-se, assim, que o IF partiu de um patamar de 75,3% (75,3 episódios de licença por cem servidores) para 116,7% em 2011, índice que se elevou para 118,8% em 2012 e para 118,7% em 2014, fechando o período com 108,9% em 2015.

5 DISCUSSÃO

Este estudo encontrou, no período de 2010 a 2015, um número bastante elevado de episódios de afastamentos para tratamento de saúde entre os servidores da SEMUS. Esse aumento, que foi progressivo, teve ápice no ano de 2011.

A magnitude desse aumento, se considerado os dados da Gerência de Informações Municipais (2010) e do Portal da Transparência da PMV (2017), não acompanha a evolução do número total de servidores dessa secretaria, uma vez que, somente em 2015, houve um aumento expressivo de servidores na SEMUS. Em outras palavras, os dados indicam que, de 2011 a 2014, houve um maior número de licenças para, aproximadamente, um mesmo número de servidores, o que acarretou em um expressivo aumento do IF em 2011. De 2014 para 2015, ocorreu um número de afastamentos relativamente igual para um número maior de servidores, que se reflete na diminuição do IF nesse ano.

Os dados do IF se aproximam dos encontrados por Jureves (2017), que, mesmo analisando apenas servidores estatutários da PMV, observou tendência semelhante nos anos de 2010 a 2012 (com elevação acentuada do IF em 2011). Apesar do aumento do IF, em 2011, para as demais secretarias, a magnitude foi bem menor.

A comparação com outros estudos já realizados ficou prejudicada em decorrência da extensa variedade de opções metodológicas, seja em relação aos critérios para se considerar um episódio de afastamento (a partir de um dia, a partir de 3 dias, a partir de 15 dias, etc.), aos vínculos de trabalho incluídos (só efetivos ou também outros vínculos, como por designação temporária) ou ao ano de realização.

Daniel e colaboradores (2017) analisaram os indicadores de absenteísmo dos servidores municipais efetivos de Curitiba, nos anos de 2010 a 2015, que coincide com o período estudado nesta pesquisa. O método utilizado foi o descritivo de série temporal com abordagem quantitativa, considerando os casos de licença a partir de 1 dia, o que também coincide com o estudo em tela. Os autores encontraram um IF que se manteve em torno de 200% durante os anos estudados. Dados de 2015, específicos para cada secretaria, mostraram um IF para a Secretaria Municipal da

Saúde de 248%, valor superior ao das secretarias da Educação (225%) e da Defesa Social (214%) e, também, mais do que o dobro do encontrado em Vitória.

Leão e colaboradores (2015), que estudaram os servidores municipais de Goiânia, analisaram o perfil e os indicadores de absenteísmo-doença, utilizando como critério as LTS superiores a 3 dias, no período de 2005 a 2010. Considerando somente os trabalhadores da saúde (agrupados por cargos), a prevalência média de licenças (correspondente ao IF) do período estudado foi de 137,5%, também superior a do presente estudo.

Santos e Mattos (2010) analisaram as LTS ≥ 15 dias concedidas aos servidores da Prefeitura Municipal de Porto Alegre entre 2004 e 2005. Para a Secretaria Municipal de Saúde, encontraram um IF de 39,1% em 2004 e de 45,7% em 2005. Nesse caso, os índices são bem menores do que os de Vitória, que analisou licenças a partir de 1 dia.

Diante dos dados encontrados para a Secretaria de Saúde no município de Vitória, algumas hipóteses devem ser averiguadas. Como o primeiro ano da série (2010) se diferenciou bastante dos demais, haveria algum motivo para isso ter ocorrido? De fato, nesse ano teria ocorrido um número muito menor de afastamentos, que aumentou a partir do ano seguinte e se manteve crescente até o final do período, mas em níveis menores? Ou teria ocorrido alguma alteração no modo de coletar essa informação por parte da SEMAD, em 2011, de modo que ela tenha ficado subestimada em 2010?

Essa última hipótese pode ser refutada ao se observar que isso não ocorreu para as demais secretarias. Desse modo, não há, a princípio, indícios de coleta de informação diferenciada em relação às demais secretarias. Supondo-se a confiabilidade dos dados, o aumento do número de episódios em 2011 pode ser decorrente de uma sobrecarga de trabalho, a qual está relacionada com o crescimento da prestação de serviços nas instituições municipais de saúde com número insuficiente de servidores, que tendeu a diminuir por meio de contratações em 2015.

Outra constatação importante foi a preponderância, em todo o período estudado, dos episódios de afastamentos entre os servidores do sexo feminino. Esse fato pode estar relacionado à predominância das trabalhadoras no serviço público em geral e, mais especificamente, na área da saúde, que tem características que facilitam o

acesso das mulheres ao mercado de trabalho, tais como atividades de cuidado historicamente alocadas a elas, possibilidade de menor jornada de trabalho e, também, mão de obra mais barata.

Jureves (2017) analisou a temática gênero entre os servidores efetivos da SEMUS nos anos de 2010 a 2012. Dispondo de dados relativos à totalidade dos servidores, independentemente do vínculo de trabalho, observou que o gênero feminino estava mais presente, correspondendo a uma taxa de, aproximadamente, 75% dos servidores dessa secretaria.

Ferreira et al (2011), investigando os profissionais de enfermagem de um hospital universitário de Pernambuco, notaram que o trabalho feminino está muito mais representado e concluíram que é esperado uma maior proporção de absenteísmo por parte das mulheres em virtude disso. Segundo os autores, essa situação decorre da sobrecarga gerada pela dupla jornada de trabalho, já que, além do emprego nos hospitais, as mulheres são responsáveis pelos afazeres domésticos e pelos cuidados com os filhos. Na tentativa de conciliar as demandas oriundas do trabalho e da casa, principalmente, em relação às necessidades dos filhos, essa sobrecarga se torna tanto física quanto emocional.

Para Leão et al. (2015), entre os servidores municipais de Goiânia, onde também houve predominância do sexo feminino nos afastamentos por doença, isso é explicado pela combinação de fatores psicossociais e determinantes econômicos, culturais e biológicos, como, por exemplo, o exercício de diversos papéis tanto no trabalho quanto em casa e a desigualdade de gênero, inclusive no ambiente de trabalho. Esses fatores impactam no serviço público pela grande exigência emocional, pela falta de autonomia e pelos baixos salários. Adiciona-se a isso, ainda, a sobrecarga de trabalho, uma vez que um servidor pode ter, até mesmo, três empregos.

Inoue e colaboradores. (2008) explicam que os níveis de absenteísmos mais elevados no gênero feminino se devem ao fato de as mulheres terem, além do vínculo empregatício, atividades domésticas, o que contribui para o desgaste físico e mental. Como consequência, as mulheres tendem a ter mais chances de adoecimento, o que confirma as teorias do estudo em questão e de outros aqui citados.

No que concerne à faixa etária, percebe-se que os afastamentos ocorreram, em sua maioria, entre os funcionários de 30-49 anos, segmento etário representativo do auge da força produtiva humana. Entretanto, quando se analisa a tendência temporal, observa-se que a proporção de afastamentos cresce conforme o aumento da faixa etária e o transcorrer do período. Esses dados são similares aos encontrados por Jureves (2017), que observou uma maior proporção de afastamentos entre os servidores efetivos da PMV na faixa etária de 30-49 anos.

Uma hipótese para os dados da série temporal é a de que há maiores desgastes com o avanço da idade, o que ocasiona o aumento de licenças para tratamento da saúde. Associado a isso, tem-se o fato de os mais jovens se sujeitarem mais as condições de trabalho oferecidas, visto que correm o risco de serem demitidos caso se afastem para tratamento no período de estágio probatório. Além disso, há, ainda, a possibilidade de estar se configurando um envelhecimento da categoria de servidores, já que, cada vez mais, a entrada via concurso ocorre em faixas etárias mais velhas.

Houve muita dificuldade de encontrar parâmetros comparativos com outros estudos da área da saúde em decorrência das diferenças que surgem entre os locais de trabalho. No caso do hospitalar, mais especificamente, muitas vezes, é o trabalhador mais jovem que mais se afasta.

Proporções semelhantes para essas faixas etárias (30-49 anos) foram encontradas em estudos com servidores públicos em geral: Andrade et al. (2008) encontraram 63,5% dos afastamentos a partir de uma amostra representativa de servidores municipais de Vitória, no período 2005-2007; Rodrigues et al. (2013) obtiveram 61,5% em amostra não representativa de servidores municipais de Belo Horizonte em 2009.

De maneira oposta ao estudo em tela, a pesquisa realizada em Belo Horizonte indicou que o número de licenças (indicador que leva em conta o número total de servidores municipais) reduziu progressivamente com o aumento da faixa etária, sendo, portanto, maior nas faixas mais jovens e menor nas mais velhas.

No que diz respeito à relação entre o afastamento dos servidores e a inserção no trabalho, segundo eixo de análise desta pesquisa, nota-se que, durante todo o período investigado, a maioria dos afastamentos ocorreram com servidores efetivos (83%).

Jureves (2017) mostrou que, entre 2010 e 2012, o principal vínculo dos servidores da SEMUS era efetivo. De acordo com o autor, no transcorrer do período por ele estudado, houve um aumento na proporção de servidores com vínculo efetivo em relação ao número total de servidores da SEMUS, passando de 67,7% para 80,9%. Desse modo, houve um acréscimo de 19,2% no número de servidores efetivos, quando, no mesmo período, o número total de servidores vinculados à SEMUS permaneceu praticamente igual.

A maior proporção de afastamentos entre os servidores efetivos pode ser justificada pelo fato de esta ser a categoria com maior número de funcionários. Entretanto, essa justificativa não é válida quando se considera que o número de afastamentos aumentou, aproximadamente, 120% no período de 2010 a 2015.

A proporção de afastamentos entre os servidores com contrato temporário de 2010-2015 foi bem menor (40%), mesmo se considerado que entre estes também houve um aumento no número de servidores contratados, no período de 2010 a 2012, da ordem de 53,4% (JUREVES, 2017).

Contrariamente, para os vínculos caracterizados como outros (comissionados, celetistas, cedidos por outros órgãos ou municipalizados), no período de 2010-2012, ocorreu uma diminuição de 60% no número de servidores (Jureves, 2017). De 2010 a 2015, foi encontrado uma diminuição de cerca de 80% no número de afastamentos.

Dessa forma, os dados desta pesquisa sugerem que há um maior impacto da condição de vínculo efetivo como causa dos afastamentos, que necessita ser melhor investigado. A variedade de situações de mescla de vínculos entre os diferentes cargos dificulta uma análise mais confiável. A maioria dos estudos revisitados no levantamento bibliográfico, realizado por meio da Scielo e do Google acadêmico, tiveram como sujeitos os profissionais de enfermagem, principalmente, no ambiente hospitalar e em universidades federais.

Não foi possível encontrar dados passíveis de comparação, pois num estudo centrado em trabalhadores de um hospital onde, aproximadamente, metade eram efetivos e metade tinham contrato celetista (BREY et al., 2017), estes apresentaram uma taxa duas vezes maior do que aqueles em relação ao número de dias perdidos. É importante ressaltar, porém, que o contrato celetista é por tempo indeterminado,

enquanto o contrato temporário dos servidores municipais de Vitória é de 1 ou, no máximo, 2 anos de vigência, trazendo diferentes impactos na vida e na saúde dos servidores.

Analisando as atividades desenvolvidas pelos três cargos de servidores com maior proporção de afastamentos, percebe-se que os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários desenvolvem atividades mais braçais e mecânicas – que necessitam de maior esforço físico –, ao passo que os médicos executam atividades de maior esforço cognitivo.

À vista disso, Sancinetti e colaboradores (2009) analisaram as causas de afastamentos por doença entre os profissionais de enfermagem e sua relação com a taxa de ocupação das unidades de internação de um hospital de ensino. Em seus resultados, os autores perceberam que os técnicos de enfermagem, que constituíam 39,7% do quadro da equipe, foram responsáveis por 58,6% dos afastamentos por doença.

Gehring Júnior e colaboradores (2007) investigaram os índices de absenteísmo-doença (entre os quais o Índice de Frequência-IF e o índice de Gravidade-IG) entre os profissionais de enfermagem de 16 UBS do município de Campinas-SP, em 2002, utilizando dados de assiduidade junto à Seção de Recursos Humanos do município. Os técnicos e auxiliares de enfermagem constituíram 82,6% dos trabalhadores de enfermagem. Gehring Júnior e colaboradores (2007) obtiveram um IF considerado alto, de 288%, o qual foi mais elevado para os auxiliares e técnicos de enfermagem (313%) do que para os enfermeiros (170%). Entretanto, encontraram maiores Índices de Gravidade entre os enfermeiros, evidenciado pela maior duração de seus afastamentos.

Para Ferreira et al. (2011), os profissionais de enfermagem são um grupo que se destaca por suas características relacionadas ao gênero, à hierarquia e à sobrecarga, sendo esta física e emocional.

A série temporal em relação ao tempo de trabalho parece configurar dois momentos, que se dividem pelo ano de 2012. No primeiro momento, até 2012, houve um aumento progressivo de afastamentos nas faixas de até 2 anos de trabalho e de 5 anos ou mais de trabalho. Na faixa intermediária (2 a 5 anos de trabalho), por sua

vez, ocorreu um acréscimo em 2011 e uma diminuição em 2012. Esse comportamento pode estar vinculado à realização de concursos e de contratações de efetivos em 2012, o que justificaria o aumento de afastamentos na faixa de menor tempo de trabalho. No entanto, considerando que houve pouca variação no número total de servidores vinculados à SEMUS nesse período, nota-se que a quantidade de servidores com mais tempo de trabalho foi diminuída proporcionalmente. Sendo assim, o aumento de afastamentos pode ser creditado à sobrecarga de trabalho.

No segundo momento (período de 2012 a 2015), há um progressivo decréscimo no número de afastamentos na faixa de até 2 anos de trabalho e um contínuo aumento na faixa acima de 5 anos de trabalho. Poder-se-ia pensar que, passado o efeito da contratação de novos servidores efetivos em 2012 e mantendo o total de servidores nos anos seguintes, o número de servidores com até 2 anos de trabalho fosse diminuir, enquanto o de funcionários acima de 5 anos de trabalho fosse aumentar. Entretanto, para estes últimos, a proporção de aumento do número de afastamentos foi, visivelmente, maior do que a do aumento no número de servidores, reforçando a hipótese de sobrecarga de trabalho como causa dos afastamentos.

Tendo em vista o dado anterior de maior proporção de afastamentos na faixa etária acima de 60 anos e de menor proporção na faixa de 20 a 29 anos, é possível levantar a hipótese de desgaste de saúde desses servidores, acumulado com os anos de serviço.

No que diz respeito ao tipo de local de trabalho, verifica-se que metade dos afastamentos foram de servidores de UBS, seguidos dos de áreas de Vigilância e de Pronto Atendimento. Somados, esses casos atingem mais de 80% dos afastamentos.

A inexistência de estudos que focam as secretarias municipais de saúde, especificamente, impediu a comparação de nossos achados. A pesquisa mais próxima em termos de público alvo é a feita com servidores estaduais em São Paulo, com dados de 2004 (Sala et al., 2009). Contudo, as comparações são dificultadas pelas diferenças de atribuições de estado e município, previstas na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002) – a responsabilidade de atenção básica por parte do município e da atenção ambulatorial e hospitalar pelo estado. No

caso de São Paulo, 64% dos afastamentos ocorreram em profissionais lotados em hospitais e, somente, 14,7% em profissionais de UBS.

É importante ressaltar que a tendência temporal mostrou que os afastamentos em servidores de atenção básica foram preponderantes em todo o período estudado, sendo expressivamente altos entre 2010 e 2011, fechando 2015 com mais do dobro de afastamentos em relação a 2010. Aumentos expressivos também ocorreram em outros locais de atendimento (CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, CENTRO REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO AO IDOSO, CENTRO REFERÊNCIA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS etc), nos quais o número de afastamentos no período foi, praticamente, o dobro.

Embora não se tenha dados mais específicos em relação à população geral de servidores da SEMUS, considerando que de 2010 a 2012, apesar do aumento no número de funcionários efetivos, a quantidade total de servidores permaneceu praticamente a mesma, pode-se pensar que um eventual aumento de servidores em áreas específicas não justificaria um aumento tão acentuado de afastamentos. Dessa forma, ainda pode ser mantida a hipótese de desgaste relacionado ao trabalho como um fator importante.

Por fim, cabe analisar o perfil de morbidades que motivaram o afastamento dos servidores da SEMUS para tratamento de saúde, visto que este, como salientado por Laurell e Noriega (1989), contribui para o entendimento de como o processo de trabalho coletivo se relaciona com o processo saúde-doença. Neste estudo, os principais grupos de morbidade foram as doenças do sistema osteomuscular, as do aparelho respiratório e os transtornos mentais.

Jureves (2017) encontrou o mesmo perfil ao analisar os afastamentos de servidores efetivos da SEMUS, de 2010 a 2012. Nas palavras da autora, esse perfil difere do da totalidade dos servidores públicos municipais efetivos, onde o principal grupo de morbidades foi o de doenças respiratórias, seguido do de doenças osteomusculares. Entre os afastamentos por doenças osteomusculares prevalecem as dorsalgias.

De acordo com Leão et al (2015), vários estudos têm evidenciado que, no serviço público, há predominância de transtornos mentais e de doenças osteomusculares,

ao passo que, em empresas privadas, predominam as lesões por causas externas. Os autores afirmam que os dois primeiros grupos constituem agravos crônicos, influenciados pelas condições e pelos processos de trabalho, ao passo que o último consiste em agravos agudos, ou seja, estaria relacionado à violência urbana e às precárias medidas de segurança laboral. Segundo Leão et al (2015), a alta prevalência de transtornos mentais está relacionada com as atividades de prestação de serviço direto à população, próprias das áreas da educação e da saúde, devido às altas demandas psicológicas e ao baixo suporte social e controle do trabalho que as caracterizam.

Investigando funcionários de um hospital público, Brey et al. (2017) observaram que, entre as doenças osteomusculares, destacam-se as dorsalgias, as quais estão relacionadas com a exposição do trabalhador às cargas físicas e mecânicas no ambiente de trabalho. Os pesquisadores sugerem que existem outras condições que tendem a estar diretamente ligadas aos níveis elevados de doenças osteomuscular como a dorsalgia, tais como os baixos níveis de escolaridade, a pressão maior no tempo de trabalho, as idades mais avançadas e as crenças de negatividade em relação ao trabalho.

Considerando que, aproximadamente, metade dos afastamentos foram de até 3 dias, pode-se dizer que são de curta duração. Esse resultado também foi encontrado em diversos estudos sobre o absenteísmo-doença. Cumpre pontuar, porém, que alguns autores classificam como curta duração o período de 1-2 dias, como de média duração o período de 3-14 dias e como de longa duração o período acima de 15 dias (MARZIALE, 2006 SANTOS; MATTOS, 2010).

A duração do afastamento dependeu da morbidade que o motivou, sendo maior para os transtornos mentais e para as doenças do sistema osteomuscular. Por outro lado, a duração foi menor para as doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo e para as infecto-parasitárias.

Entre os servidores efetivos da PMV, utilizando os critérios de duração de afastamento de até 15 dias (menor duração) e acima de 15 dias (maior duração), Jureves (2017) encontrou somente 13,5% de afastamentos acima de 15 dias, com resultado semelhante em termos dos grupos de morbidade com menor ou maior duração. Na comparação entre as secretarias, observou que os funcionários da

secretaria de segurança urbana eram os que menos se afastavam com maior duração (5,9%), seguido dos da secretaria da saúde (12,1%), dos da secretaria da educação (13,7%) e dos das demais secretarias (28,7%).

Quando analisadas do ponto de vista do tempo de trabalho na instituição, a proporção dos grupos de morbidade se modifica: para os que estão na instituição até 2 anos, as principais morbidades de afastamento foram as doenças infectocontagiosas, as do aparelho respiratório e as do aparelho digestivo, ao passo que, para os que estão acima de 5 anos na instituição, foram as doenças do sistema osteomuscular, os transtornos mentais e as doenças do aparelho circulatório.

Esses dados sugerem que as doenças agudas, que necessitam de menor tempo de afastamento para tratamento, são as que afastam os servidores com menor tempo de trabalho na instituição, o que deve caracterizar, também, os funcionários vinculados por contrato temporário, tendo em vista que este dura no máximo dois anos.

Por outro lado, as doenças crônicas, que necessitam de maior tempo de afastamento para tratamento e impactam, principalmente, os servidores efetivos, são as que mais afastam os funcionários com maior tempo de trabalho na instituição. Entretanto, deve-se atentar que essa faixa de tempo de serviço abarca servidores desde os 5 anos de serviço, tempo relativamente precoce em termos de acometimento de doenças crônicas, o que sugere o desgaste decorrente da situação de trabalho. Não foram encontrados estudos que permitissem a comparação com esses achados.

A presente pesquisa mostrou, também, que o tipo de morbidade dependeu do cargo do servidor, sugerindo uma relação entre o adoecimento e a natureza do trabalho. De forma mais sugestiva, as doenças do sistema osteomuscular são importantes entre os auxiliares de enfermagem; as doenças do sistema osteomuscular e as do aparelho digestivo entre os agentes de combate às endemias; as doenças do aparelho respiratório, as infectocontagiosas e as do aparelho digestivo entre os assistentes administrativos; os transtornos mentais entre os enfermeiros; e, por fim, os transtornos mentais e as doenças do aparelho circulatório entre os médicos.

Entre os servidores efetivos da SEMUS nos anos de 2010-2012, Jureves (2017) encontrou uma importância considerável das doenças osteomusculares entre os cargos de auxiliar de enfermagem e médico. Já os transtornos mentais e do

comportamento, terceiro grupo de morbidades que mais afastou servidores, tiveram maior importância entre médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A escassez de estudos dificulta a comparação dos diferentes cargos que atuam diretamente na área da saúde, o que, de certa forma, deixa os achados desta pesquisa menos explicados. Na literatura especializada, nota-se que há vários estudos que abordam a ocorrência de transtornos mentais (a maioria relacionada ao estresse ou à síndrome de Burnout) em médicos (áreas hospitalares, oncologistas, intensivistas, atenção básica e entre outros) e em enfermeiros.

Em revisão integrativa sobre o absenteísmo na enfermagem, Martinato e colaboradores (2010) selecionaram artigos e dissertações que discorrem sobre essa temática no período de 2003 a 2008. Nos estudos selecionados, verificaram que os transtornos mentais são as morbidades mais citadas como causadoras do absenteísmo, visto as pressões psicológicas decorrentes do próprio objeto de trabalho, isto é, a doença e o paciente que sofre. Posteriormente, estão as doenças osteomusculares, em decorrência da exposição, contínua e prolongada, a riscos ergonômicos presentes no ambiente de trabalho; e as doenças respiratórias, em virtude do risco químico, por elementos aspirados no ar, ou do risco biológico, quando há microorganismos dispersos no ambiente hospitalar. Por fim, estão as doenças do trato gênito-urinário, visto que a categoria profissional da enfermagem é, predominantemente, feminina.

Sancinetti e colaboradores (2009) encontraram os transtornos osteomusculares (41,5%) e os transtornos mentais (28,4%) como os principais grupos de morbidade causadores de afastamentos entre os profissionais de enfermagem. Segundo os autores, o percentual mensal de licenças foi inversamente proporcional à taxa de ocupação das unidades de internação, o que leva a hipótese de que os profissionais tenham se ausentado por doença após períodos que estiveram submetidos a maiores ritmos de trabalho e, por conseguinte, a reivindicação de reposição temporária a fim de se evitar a sobrecarga da equipe.

Brey et al. (2017) apontam que os trabalhadores de enfermagem perderam, em média, 8.081 dias de trabalho, no período de um ano, devido a motivos de saúde, com predominância dos distúrbios musculoesqueléticos (19,2%). De certa forma, as

condições de trabalho inadequadas, as que necessitam de muita força física, a má organização do trabalho, bem como a sobrecarga, o duplo vínculo de trabalho, a falta de apoio para aprimoramento, a ausência de espaços de diálogo, a desorganização na prestação de serviços e a falta de suporte psicossocial tendem a contribuir para o adoecimento dos profissionais e, conseqüentemente, para o aumento considerável dos níveis de absenteísmo.

O tipo de morbidade também esteve relacionado ao tipo de local de trabalho do servidor. Nesse sentido, as doenças do sistema osteomuscular foram mais importantes nos setores de vigilância e nos administrativos e menos nos pronto-atendimentos e em outros locais de atendimento; as doenças respiratórias foram importantes em todos os setores de trabalho; os transtornos mentais foram mais importantes nas UBS e nos outros serviços de atendimento, sendo menos concentrados nos serviços de vigilância. As doenças do aparelho digestivo também foram mais prevalentes como causa de afastamento entre os servidores dos setores de vigilância e administrativos, enquanto as doenças do aparelho circulatório foram mais frequentes nos pronto-atendimentos e nos outros serviços de atendimento.

Desse modo, novamente, é possível supor que o trabalho (processo de trabalho, condições e organização do trabalho) desenvolvido em determinados locais é um fator importante para o surgimento de determinados processos de adoecimento. Cumpre pontuar aqui que não foram encontrados estudos passíveis de comparação com os nossos achados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, verifica-se que os índices de absenteísmo entre os servidores públicos municipais da saúde foram menores do que os encontrados em outros estudos, embora tenha ocorrido uma relativa dificuldade de comparabilidade devido aos diferentes critérios metodológicos. Entretanto, pode-se perceber um aumento expressivo do número de afastamentos e do IF no período do estudo, que só foram parcialmente amenizados no último ano da série temporal.

O aumento do número de afastamentos pode ser associado, de um lado, à sobrecarga de trabalho e ao contingente insuficiente de servidores e, de outro, ao aprofundamento dessa sobrecarga, visto que o afastamento representa menos servidores trabalhando.

O período aqui investigado participa dos esforços do município para cumprir suas responsabilidades diante das atribuições constitucionais de prestar atenção primária da saúde a todos os cidadãos, quando a alocação de recursos públicos não ocorre de modo equitativo e suficiente para as demandas que crescem, principalmente, quando a crise social que lhe acompanha faz aumentar a população adscrita, excluída da possibilidade de acesso aos serviços de saúde privados.

A bibliografia consultada mostrou que a sobrecarga de trabalho está na origem do absenteísmo dos trabalhadores da saúde em decorrência de diversos fatores, tais como a jornada extensiva somada aos acidentes de trabalho, o estresse, a fadiga, a insatisfação profissional, a escassez de pessoal, bem como a falta de substituição dos trabalhadores afastados.

Dessa forma, as cargas de trabalho e o desgaste a ela associado não decorrem somente do número insuficiente de servidores, conforme mencionado acima, mas de vários aspectos que culminam na impossibilidade de exercer com adequação e competência o fazer profissional, que, na área da saúde e do cuidado, é carregado de reconhecimento humano e social. É compreensível, portanto, encontrar, entre esses trabalhadores, um perfil de morbidades em que se sobressaem as doenças do sistema osteomuscular e os transtornos mentais, em conformidade com outros estudos sobre a saúde dos trabalhadores da saúde.

Os pressupostos teóricos desta pesquisa consideram que, para o estudo do processo saúde-doença em sua dimensão social, é necessário analisar a forma como ele ocorre em grupos que se diferem pela inserção no modo de produção econômica da sociedade. Nesse contexto, os servidores municipais da saúde se diferenciam, inicialmente, por uma relação de trabalho com o Estado (o município), regido por legislação de trabalho específica, na qual têm pouquíssimo espaço para decidir sobre o que fazem num sistema, fundamentalmente, hierarquizado e burocratizado.

Somado a isso, tem-se o fato de a composição dos servidores públicos e, particularmente, os da saúde ser predominantemente feminina, condição que traz consigo o caráter de domesticação da força de trabalho e, conseqüentemente, a precarização das relações e das condições de trabalho.

Por outro lado, as atividades de cuidado à saúde implicam um alto grau de autonomia e de conhecimento específico, fundamentalmente implicado na intersubjetividade profissional-usuário. As contradições dessas dimensões avançam, por vezes, no sentido de poder realizar o cuidado, mas perdem, outras vezes, sua dimensão protagônica, momento em que se abrem espaços para a sobrecarga, a frustração, o desgaste, o sofrimento e o adoecimento.

Esses fatores ocorrem quando os profissionais deixam de protagonizar a luta por suas condições de trabalho e saúde, imobilizados diante de uma relação de passividade (ou domesticada) na qual esperam ser cuidados pelo Estado. Dessa forma, coloca-se a necessidade da luta pela construção da área da Saúde do Trabalhador no serviço público. Vale ressaltar aqui que cabe ao Estado acolher as proposições constitucionais e legais na construção de equipamentos que apliquem a Política de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras aos seus servidores, visando melhorar as condições ambientais e organizacionais do trabalho, bem como diminuir os altos índices de adoecimento e afastamento para tratamento. Assim, ganham os servidores, a população e, conseqüentemente, o próprio Estado.

Nesta pesquisa, os dados obtidos indicam a necessidade de oportunizar condições favoráveis de trabalho aos servidores da PMV, respeitando o trabalhador e o usuário. A respeito do absenteísmo, é emergencial a sensibilização dos gestores para compreender a importância do dimensionamento dos trabalhadores para cada unidade assistencial. Outrossim, caberá à alta gestão revalidar os planos, os

cargos/carreiras e vencimentos, valorizando o desempenho do servidor e a ascensão para evolução funcional.

É necessário, também, a elaboração de estratégias que visem à promoção da saúde dos trabalhadores para minimizar os índices de absenteísmo. Essas estratégias podem ser implantadas por meio de programas e ações preventivas que buscam oferecer, além de melhoria nas condições de trabalho, formas positivas de enfrentamento das adversidades no ambiente de trabalho. Dessa maneira, favorecer-se-á tanto a qualidade na assistência prestada ao usuário quanto a saúde dos profissionais.

Para prevenir a perda de capacidade dos trabalhadores sadios, recomenda-se a restauração da capacidade de recursos humanos, a adequação da infraestrutura e a melhor qualidade de vida no trabalho, com adoção de medidas ergonômicas e enquadramento salarial, dando continuidade à política de realização de concursos públicos para o provimento de cargos efetivos a fim de abolir os diversos vínculos empregatícios.

Outras recomendações são a reorganização do processo de trabalho com distribuição equitativa das atividades nos turnos, especialmente na manipulação de pesos; a manutenção preventiva de equipamentos e, se necessário, a aquisição de novos equipamentos; e, prioritariamente, a adequação numérica e qualitativa dos prestadores municipais de saúde. É válido citar, também, a criação de programa que privilegie, nas instituições, a alimentação saudável, as atividades desportivas, as de relaxamento, a política salarial de convênios com academias, a descompressão e o lazer. Além disso, é importante mencionar o apoio emocional e psicológico aos servidores e a adequação ergonômica do ambiente de trabalho. Para tanto, são necessários investimentos institucionais que preservem o recurso humano apto para o trabalho e para a vida.

Contrapondo-se à indigência das políticas sociais de saúde, cabe à administração pública esforços para mitigação dos custos oriundos do absenteísmo/doença. Entender o mecanismo das cifras do absenteísmo e o porquê de as pessoas estarem adoecendo de forma abrupta possibilitam a elaboração de ações, por parte dos órgãos governamentais, que visem à promoção da saúde dos servidores, seja

via medidas de reabilitação e reintegração ao trabalho ou via medidas preventivas de aposentadorias precoces oriundas de invalidez.

Finalmente, do ponto de vista da limitação deste estudo, deve-se atentar para a disponibilidade de acesso ao banco de dados das LTS dos servidores municipais da saúde. Embora tenham sido muito importantes para realização desta pesquisa, esses dados foram insuficientes para um estudo mais aprofundado do adoecimento dos servidores, já que não foi possível realizar cálculos de indicadores que avaliassem as diferentes dimensões estudadas, particularmente do risco de adoecimento delas decorrente.

Recomendam-se, assim, investimentos em estudos e 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 transdisciplinar, bem como com a participação do principal sujeito desse processo: o servidor público. Além disso, sugerem-se intervenções nos ambientes de trabalho que possam contribuir na atenuação dos sofrimentos dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. B. et al. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 166-171, 2008. Disponível em: <revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/3950/782> Acesso em: 15 nov. 2017.

ARAÚJO, G.M. **Normas Regulamentadoras Comentadas**. 5. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2005.

ATHAYDE, V. **Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do trabalhador da saúde**. 2011. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

AZEVEDO, R. F. **Prevalência e fatores associados aos afastamentos por licença médica dos servidores de um hospital universitário**. 2015. 58f. Dissertação (Mestrado em atenção à saúde) – Programa de Pós-Graduação em atenção à saúde, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2015.

BASTOS, J. R. C. **A evolução do conceito de direitos humanos no pensamento de Marx e os problemas da universalização dos direitos**. 2013. 259f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

BASTOS, V. G. A.; SARAIVA, P. G. C.; SARAIVA, F. P. Absenteísmo-doença no serviço público municipal da Prefeitura Municipal de Vitória. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 192-201, 2016. Disponível em: <fi-admin.bvsalud.org/document/view/5y8wn>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_16.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BERNSTORFF, V. H.; ROSSO, S. D. XXXII ENCONTRO DO ANPADO ABSENTEÍSMO AO TRABALHO COMO FORMA DE RESISTÊNCIA INDIVIDUAL À INTENSIFICAÇÃO DO TRABALHO, À INSATISFAÇÃO PROFISSIONAL E AO ESTRESSE OCUPACIONAL. **Anais...** Rio de Janeiro, 2008.

BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos em processos de trabalho repetitivos: estudo de caixas bancários**. 1999. Tese (Doutorado) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-5552005000100016>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BORGUIGNON, D. R. et al. Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 302-309, 2003. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-394032?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRANT, L. C.; MINAYO, C. G. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-394032?lang=pt>. Acesso em: 07 fev. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional Promulgando em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucional nº 1/92 a 35/2001 e pelas Emendas Constitucional de Revisões nº 1/ a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2002. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 07 fev. 2016.

_____. **DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf. Acesso em: 07 fev. 2016.

_____. **Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_saude_trabalhador.pdf. Acesso em: 07 fev. 2016.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o capítulo V do título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 dez. 1977.

_____. **Lei nº 7.602, de 07 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.unifal-mg.edu.br/segurancadotrabalho/files/file/decreto7602_2011_st.pdf. Acesso em: 06 dez. 2015.

_____. **Portaria MTB. n. 3.214, de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília, 1978. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/63/mte/1978/3214.htm>. Acesso em: 08 dez. 2015.

_____. **Portaria nº 2728, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 06 fev. 2016.

_____. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas.** Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2016.

_____. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_9.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2016.

_____. **Lei nº 5.161, de 21 de outubro de 1966.** Autoriza a instituição da Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho e dá outras providências. Brasília, 1966. Disponível em: <http://www.coad.com.br/busca/detalhe_33/3509/Legislacao_Federal>. Acesso em: 06 fev. 2016.

_____. **Portaria GM/MS Nº 2.978, de 15 de dezembro de 2011.** Amplia para 210 (duzentos e dez) a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passíveis de implantação no território nacional. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2978_15_12_2011.html>. Acesso em: 06 fev. 2016.

_____. **Portaria Interministerial Nº 152 de 13 de maio de 2008.** Instituir a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/tags/minist%C3%A9rio-previd%C3%Aancia>>. Acesso em: 06 fev. 2016.

_____. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 24 ago. 2012. Ano CXLIX Nº 165, Seção I, p. 46-51. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em 06 fev. 2016.

_____. **Portaria Nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003.** Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2430_23_12_2003.html>. Acesso em 24 fev. 2016.

_____. **R090 – Sobre Igualdade de Remuneração de Homens e Mulheres Trabalhadores por Trabalho de Igual Valor.** Brasília, 1951. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

BREY, C. et al. O Absenteísmo entre os Trabalhadores de Saúde de um Hospital Público do Sul do Brasil. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro,**

Divinópolis, v. 7, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1135>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 195-204, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1578>. Acesso em: 06 fev. 2016.

BROTTO, T. C. A. **Saúde do Trabalhador da Saúde**: com a palavra a Secretaria Municipal de Saúde. 2012. 161f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

CAPUTO, A. C; MELO, H. P. A. Industrialização brasileira nos anos de 1950: uma análise da instrução 113 da SUMOC. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 513-538, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612009000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 fev. 2016.

CARVALHO FILHO, J. S. **Manual de direito administrativo**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015. Disponível em :< file:///K:/ARTIGOS%20SERVIDO%20PÚBLICO/direito-administrativo-28c2aa-ed-2015-josc3a9-dos-santos-carvalho-filho.pdf>. Acesso em: 20 de jul. 2017.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**: a era da informação: economia, sociedade e cultura. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, M. R. **Fatores subjetivos na ocorrência de acidentes com perfurocortantes**: uma contribuição para a saúde do trabalhador de enfermagem. 2008. 175 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

COELHO M. O. JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1523-1531, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800026&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 de jun. 2017.

COELHO, M. P. et al. Absenteísmo por causas odontológicas em uma empresa agropecuária da Região Sudeste do Estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Minas Gerais, v. 12, n. 1, p. 14-18, 2010. Disponível em: <www.portaldpublicacoes.ufes.br/RBPS/article/download/279/192>. Acesso em: 20 de jun. 2017.

COGGIOLA, O. **O capital contra a história**: gênese e estrutura da crise contemporânea. São Paulo: Edições Pulsar, 2002.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n.

2, p. 36-226. 2009. Disponível em: <www.rbmt.org.br/export-pdf/223/v15n2a04.pdf>. Acesso em: 20 de jun. 2017.

DANIEL, E.; KOERICH, C. R. C.; LANG, A. O perfil do absenteísmo dos servidores da prefeitura municipal de Curitiba, de 2010 a 2015. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 142-149, 2017. Disponível em: <www.rbmt.org.br/export-pdf/223/v15n2a04.pdf>. Acesso em: 20 de jun. 2017.

DEJOURS, C. **Loucura do trabalho: estudo psicopatologia do trabalho**. 5ª ed. ampliada. São Paulo: Cortez, 1992.

DIEESE. Participação dos trabalhadores nos lucros ou resultados das empresas 2005. **Estudos e pesquisas**. v. 3, n. 22, 2006. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/esp/estpesq22_plr.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2017.

FARIA, A. C.; BARBOZA, D. B.; DOMINGOS, N. A. M. Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. **Arq Ciênc Saúde**, v.12, n.1, p.14-20, 2005. Disponível em: < http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-1/03%20-%20id%20100.pdf>. Acesso em: 06 fev.2016.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. **Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos**. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/18.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

FARIAS JUNIOR, C. A. S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. 1999. 137f. Dissertação (Mestrado em saúde pública) – Fundação instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa**. 3ª. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, E. V. et al. Absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário do estado de Pernambuco. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 9-742, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_pdf/a11v12n4.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2017.

FERREIRA, L. R. C. **Stresse no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo**. São Paulo: [s.n.], 2001.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p.1869-1878, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017

FRIEDRICH, D. B. C. O. **O trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora**. 2005. 152 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

GEHRING JÚNIOR, G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n.3, p. 9-401, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000300011&script=sci...tlng>. Acesso em: 20 jun. 2017.

GOMES A.C. et al. Acidentes ocupacionais com material biológico e equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 3-220, 2009. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a14.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

GOMEZ, C.M; COSTA, S.M.F.T. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para saúde coletiva. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 04. n. 02, p. 411-421, 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 fev. 2016.

GONÇALVES, E.D. **Manual de segurança e saúde no trabalho**. 3ª. ed. São Paulo: LTR, 2006.

HACHEM, D. W.; GABARDO, E.; SALGADO, E. D. SEMINÁRIO DIREITO ADMINISTRATIVO E SUAS TRANSFORMAÇÕES ATUAIS – HOMENAGEM AO PROFESSOR ROMEU FELIPE BACELLAR FILHO. **Anais...** Curitiba: Faculdade de direito da universidade federal do Paraná, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Área Territorial Oficial**. Resolução da Presidência do IBGE de 5 (R.PR 5/02). Disponível em: <https://www2.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm>. Acesso em: 10 out. 2015.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 14-209, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a10v61n2.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

IWAMOTO, H. H. et al. Acidentes de trabalho entre os trabalhadores de uma universidade pública, **RBSO**, v. 33, n. 118, p. 40-47, 2008. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbso/v32n115/12.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

JUNIOR, G. G. et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 3, p. 401-409, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000300011&script=sci...tlng>. Acesso em: 10 out. 2015.

JUREVES, F. de S. **Absenteísmo-doença em servidores públicos efetivos da Prefeitura Municipal de Vitória no período de 2010 a 2012**. 90 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2017.

LAIGNIER, M. R. **O processo de trabalho da enfermagem em um hospital pediátrico: relações e intercessões na produção cotidiana do cuidar**. 2005. 159f.

Dissertação (Mestrado em Política, Administração e Avaliação em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção de saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

LEÃO, A. L. M.; BRANCO, A. B.; NETO, E. R. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Revista brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 262-277, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000100262&script=sci...tlng>. Acesso em: 06 fev. 2016.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742011000100010&script=sci_ar...ttext>. Acesso em: 06 fev. 2016.

LIMA, E. P. et al. Prevalência de depressão em bombeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 733-743, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00733.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

LUCA, C. A. **O terceiro setor na economia brasileira**. 2008. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências econômicas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 7-181, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>>. Acesso em: 06 fev. 2016.

MAGALHÃES, N. A. C.; FARIAS, S. N. P.; MAURO, M. Y. C. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. 61º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. **Anais**. Fortaleza, 2009.

MAIS DE 150 CONCURSOS PÚBLICOS TÊM INSCRIÇÕES ABERTAS EM TODO BRASIL. **G1**, São Paulo, 22 fev. 2016. Jornal Hoje. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2016/02/mais-de-150-concursos-publicos-tem-inscricoes-abertas-em-todo-brasil.html>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

MARTINATO, M. C. N. B. et al. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 8-160, 2010.

MARX, K. **O Capital** Livro I. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

_____. **O capital**: crítica da economia política, livro primeiro: o processo global de produção capitalista, volume II. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, 1998. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000110&pid=S0303>. Acesso em: 06 fev. 2016.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2008.

MELO, H. P. et al. **É possível uma política para o setor serviços?** Rio de Janeiro: IPEA, 1997.

MENDES, R. D. E. C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador**. Rio de Janeiro: FAPESP, 1991.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p.758-64, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 06 fev.2016.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

MICHAELLIS. **Dicionário Michaelis online**. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=absenteísmo>>. Acesso em: 22 jun. de 2017.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P.; GEMELLI, L. M. G. Acidente com material biológico em hospital universitário do oeste do Paraná. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 79-168, 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/Alessandra/Downloads/4550-14565-1-PB.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

NAVARRO, V. L. Saúde do trabalhador no SUS: aprender como o passado, trabalhar o presente, construir o futuro, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2450-2452, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001100029> Acesso em: 07 dez. 2015.

NETTO, P. J; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica.4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, C. M. As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. **Revista Aurora**, Santa Catarina, v. 3, n. 2, p. 59-62, 2010. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/1231/1098>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

OLIVEIRA, P. E. **As Reformas Previdenciárias dos Servidores Públicos**. 2006. 163f. Dissertação (Mestrado em Direito Previdenciário) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, R. M. R. **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo**. 2001. 173f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

PAIM, J. S. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais; a epidemiologia na organização dos serviços de saúde. In: COSTA, M. F. L.; SOUZA, R. P. Qualidade de vida; compromisso histórico da epidemiologia. **Anais...** Belo Horizonte: COOPMED, 1994. Disponível em: <pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/lil-160856>. Acesso em: 07 dez. 2015.

PAULA, C. R. **Condições de trabalho, atividade e referência a agravos: um estudo em servidores públicos federais de Santa Catarina**. 2008. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

PENA, P. G. L.; GOMEZ, C. M. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 371-383, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 dez. 2017.

PERMANENT COMMISSION AND INTERNATIONAL ASSOCIATION ON OCCUPATIONAL HEALTH. Subcommittee on absenteeism: draft recommendations. **British Journal of Industrial Medicine**, London, v. 30, n. 4, p. 3-402, 1973. Disponível em: <<https://www.library.illinois.edu/sousa/.../index.php?p...id..>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 1-14, 2007. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/171/176>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

REIS, R. J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 23-616, 2003.

RIBEIRO M. C. S. A. **Acidentes de trabalho referidos por trabalhadores moradores na Região Metropolitana de São Paulo, 1994: um levantamento de**

base populacional. 2000. 90f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

RODRIGUES, A. Cármen Lúcia defende concurso público para contratação de servidores. **Empresa Brasil de Comunicação**, Brasília, 27 jun. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2017-06/presidente-do-cnj-defende-concurso-publico-para-contratacao-de-servidores>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

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

ROSSI, A. M. **Estressado, eu?**. Porto Alegre: RBS Publicações, 2004.

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

SANCINETTI, T. R. et al. Absenteísmo–doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 83-127, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a23v43s2.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2017.

SANTOS, J. P.; MATTOS, A. P. Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 148-156, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100016>. Acesso em: 08 ago. 2017.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12366.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2017.

SILVEIRA, S. G. **Trabalho e Saúde**: um estudo sobre o processo saúde -doença dos servidores de um Hospital Universitário. 2008. 76f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SIQUEIRA, J. P. F. H. Servidor público em regime especial de trabalho. In: ÂMBITO JURÍDICO, n. 34, 2006, Rio Grande. **Anais...** Rio Grande: [s.n.], 2006. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1357>. Acesso em: 08 ago. 2017.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1547/1592>>. Acesso em: 06 fev. 2016.

STROSCHEIN, K. A; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 505-519, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2016.

SUAZO, S. V. V. **Contribuição ao estudo sobre acidentes de trabalho que acometem as trabalhadoras de enfermagem em hospitais chilenos**. 1999. 88f. Dissertação (Mestrado em Ciência do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeiro Preto, São Paulo, 1999.

TAYLOR, F.W. **Princípios de administração científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

TIBLE, J. Lutas operárias em São Paulo e no ABC nos anos 70. **Lugar comum**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 291-309, 2008. Disponível em: <http://uninomade.net/wp-content/files_mf/112303120635Lutas%20oper%C3%A1rias%20em%20S%C3%A3o%20Paulo%20e%20no%20ABC%20nos%20anos%2070.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2016.

TRINDADE, L.L. et al. Absentismo en el equipo de enfermería en el ambiente hospitalario. **Enfermería Global**, v. 13, n. 36, p. 138-46, 2006. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/docencia3.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2016.

VIEIRA, A. **A expansão do trabalho feminino no setor de serviços: uma análise nas cinco regiões do Brasil**. 2007. 69f. Trabalho de Conclusão de Curso (Ciências econômicas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ANEXOS

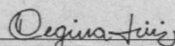
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA


PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "**DE QUE ADOECEM OS TRABALHADORES DA SAÚDE DA SEMUS/PMV?**" de autoria de **ALESSANDRA MURARI PORTO FERREIRA**. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 08 de julho de 2016


Regina Célia Diniz Werner
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

Av. Maria de Lourdes Garcia, 474, Ilha de Santa Maria, CEP 29051-250
E-mail: escolasaudé@correio1.vitoria.es.gov.br. Tel/Fax.: 3132-5194 ou 3132-5074

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP											
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA											
Título da Pesquisa: DE QUE ADOECEM OS TRABALHADORES DA SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA?											
Pesquisador: Alessandra Murari Porto Ferreira											
Área Temática:											
Versão: 3											
CAAE: 60645216.7.0000.5065											
Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -											
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio											
DADOS DO PARECER											
Número do Parecer: 1.865.049											
Apresentação do Projeto:											
Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, descritivo e exploratório. LOCAL DE ESTUDO: Esta pesquisa será realizada junto à Secretaria de Saúde da Prefeitura do município de Vitória (SEMUS), especificamente à Gerência de Saúde e Apoio Social do Servidor, através do banco de dados disponibilizados pelo Setor, os dados contabilizados serão: os atestados médicos com CID-10, os registros de acidentes do trabalho e as doenças ocupacionais, entre os profissionais de saúde efetivos, no período de 2010 a 2015, será utilizado um questionário estruturado que será aplicado ao banco de dados disponibilizados pela Gerência de Saúde e Apoio Social do Servidor da PMV, com as variáveis socioeconômicas do empregado, categoria profissional, idade, gênero, nome da ocupação; Do atestado de saúde: data; número de dias de afastamento; CID-10; serviço que o profissional de saúde esta lotado; Se o mesmo profissional apresentou mais de um atestado e separar por CID-10; Acidente ocupacional: tipo de acidente: data; (inicial, reabertura, comunicação de óbito). Do acidentado: Questões relativas ao acidente ocupacional; (data, hora, após quantas horas de trabalho, local do acidente, parte do corpo atingida, agente causador, houve afastamento, houve atendimento pelo médico.											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="2" style="padding: 2px 5px;">Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa</td></tr><tr><td style="padding: 2px 5px;">Bairro: Bairro Santa Luzia</td><td style="padding: 2px 5px;">CEP: 29.045-402</td></tr><tr><td style="padding: 2px 5px;">UF: ES</td><td style="padding: 2px 5px;">Município: VITORIA</td></tr><tr><td style="padding: 2px 5px;">Telefone: (27)3334-3586</td><td style="padding: 2px 5px;">Fax: (27)3334-3586</td></tr><tr><td colspan="2" style="padding: 2px 5px;">E-mail: comite.etica@emescam.br</td></tr></table>		Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa		Bairro: Bairro Santa Luzia	CEP: 29.045-402	UF: ES	Município: VITORIA	Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586	E-mail: comite.etica@emescam.br	
Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa											
Bairro: Bairro Santa Luzia	CEP: 29.045-402										
UF: ES	Município: VITORIA										
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586										
E-mail: comite.etica@emescam.br											

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 1.865.049

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as licenças médicas, as ocorrências de acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais entre os profissionais de saúde efetivos da SEMUS/ PMV, período de 2010 a 2015.

Objetivo Secundário:

Identificar qual a categoria profissional de saúde; Qual o tipo de acidente de trabalho; Qual o tipo de afastamento (doenças e ou doença ocupacional); O número de dias de afastamento; A data da admissão; idade; gênero; CID-10, entre os profissionais de saúde da SEMUS/ PMV, período de 2010 a 2015.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, a pesquisa terá riscos mínimos inerentes aos procedimentos realizados. Ressalta-se que será realizada através de análise documental (banco de dados já constituído pela PMV, sem o nome e registro do servidor), para a construção de indicadores epidemiológicos e, desta forma, não haverá qualquer forma de constrangimento e desconforto individual para os servidores.

Benefícios:

A pesquisa é relevante, pois ao identificar a população e causas de afastamento do trabalho, pode-se pensar em estratégias para minimizar os efeitos do adoecimento. Além de beneficiar aos três atores envolvidos diretamente na pesquisa: A SEMUS por meio dos dados estatísticos analisados poderá identificar o tipo de doença ocupacional e os tipos de adoecimentos que acometem os trabalhadores, assim como, o tipo de acidente de trabalho. Esses dados favorecerão as intervenções planejadas e prioritárias na promoção da saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois ao se identificar a população e causas de afastamento do trabalho, pode-se pensar em estratégias para minimizar, como foi colocado pelos autores "A importância do trabalho para o homem vai muito além das necessidades do capital, pois envolve também as necessidades humanas individuais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de Anuência da prefeitura de Vitória devidamente assinada pela Diretora da Escola de saúde da Prefeitura

Folha de rosto devidamente assinada pelo diretor da EMESCAM

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Continuação do Parecer: 1.865.049

Recomendações:

Os pesquisadores apresentam um termo de responsabilidade de utilização de dados adequado citam a resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_740827.pdf	05/12/2016 16:54:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_REVISADO.pdf	10/11/2016 15:24:07	Alessandra Murari Porto Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	03/10/2016 17:16:12	Alessandra Murari Porto Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	03/09/2016 17:09:31	Alessandra Murari Porto Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/09/2016 17:08:31	Alessandra Murari Porto Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.pdf	17/06/2016 17:18:56	Alessandra Murari Porto Ferreira	Aceito
Outros	cartadeanuenciapesquisa.pdf	15/06/2016 17:19:05	Alessandra Murari Porto Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	15/06/2016	Alessandra Murari	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 1.865.049

Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	17:16:29	Porto Ferreira	Aceito
----------------	------------------	----------	----------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 13 de Dezembro de 2016

Assinado por:

PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

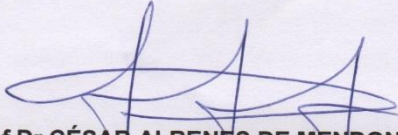


EMESCAM
Tradição e Conhecimento em Saúde

**MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL****DECLARAÇÃO**

Declaramos que **ALESSANDRA MURARI PORTO FERREIRA** teve a sua Qualificação de Mestrado com o, título **“DE QUE ADOECEM OS TRABALHADORES DA SAÚDE DA SEMUS/PVM?”**, aprovada na Sessão de Qualificação, realizada no dia 18 de abril de 2016, às 19:0h, na sala 203 da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, pela Banca Examinadora composta pelos(as) professores(as) doutores(as): Maristela Dalbello de Araújo - Orientadora, Luiz Henrique Borges e Luzimar dos Santos Luciano.

Vitória, 18 de abril de 2016.


Prof Dr CÉSAR ALBENES DE MENDONÇA CRUZ
Coordenador do Mestrado em Políticas Públicas
e Desenvolvimento Local

Prof.º Dr.º César Albenes de Mendonça Cruz
Coordenador
Mestrado em Políticas Públicas
e Desenvolvimento Local
DLocal - EMESCAM

APÊNDICES

APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DAS LTS DOS SERVIDORES DA SEMUS POR CARGO, PMV, 2010-2015

CARGO	Frequência	Porcentagem
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	2930	12,43%
AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS	2200	9,34%
AGENTE DE SUPORTE OPERACIONAL	580	2,46%
AGENTE DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE	31	0,13%
AGENTE DE VIGILANCIA SANITÁRIA	221	0,94%
ANALISTA EM GESTÃO PÚBLICA	24	0,10%
ARTETERAPEUTA	46	0,20%
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1349	5,72%
ASSISTENTE DE FARMÁCIA	257	1,09%
ASSISTENTE SOCIAL	360	1,53%
ATENDENTE	274	1,16%
AUDITOR INTERNO	1	0,00%
AUX. VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE	438	1,86%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	105	0,45%
AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	641	2,72%
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	4592	19,49%
AUXILIAR DE ERRADICAÇÃO DE INSETOS	11	0,05%
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	431	1,83%
AUXILIAR DE PRÓTESE DENTÁRIA	5	0,02%
AUXILIAR DE TOPOGRAFIA	14	0,06%
AUXILIAR DE VETERINÁRIA	56	0,24%
AUXILIAR DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL	363	1,54%
BIBLIOTECÁRIO	1	0,00%
BIÓLOGO	19	0,08%
CIRURGIÃO DENTISTA	741	3,14%
ENFERMEIRO	1210	5,13%
ENFERMEIRO DO TRABALHO	5	0,02%
ENGENHEIRO	14	0,06%

CARGO	Frequência	Porcentagem
ENGENHEIRO DE ALIMENTOS E BEBIDAS	5	0,02%
ENGENHEIRO SANITARISTA	11	0,05%
FARMACEUTICO	8	0,03%
FARMACÊUTICO	252	1,07%
FISCAL DE ARRECADAÇÃO E SERVIÇOS MUNICIPAIS	39	0,17%
FISIOTERAPEUTA	51	0,22%
FONOAUDIÓLOGO	59	0,25%
GUARDA VIDAS	257	1,09%
MÉDICO	2556	10,85%
MÉDICO CLÍNICO	280	1,19%
MÉDICO PEDIATRA	8	0,03%
MÉDICO VETERINÁRIO	19	0,08%
MOTORISTA	182	0,77%
MUSICOTERAPEUTA	13	0,06%
NUTRICIONISTA	7	0,03%
OCEANÓGRAFO	3	0,01%
PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA - PEB II	2	0,01%
PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA - PEB III	53	0,22%
PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA - PEB IV - FUNÇÃO PEDAGÓGICA	11	0,05%
PSICÓLOGO	343	1,46%
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1890	8,02%
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	66	0,28%
TÉCNICO DE PRÓTESE DENTÁRIA	5	0,02%
TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	5	0,02%
TÉCNICO EDUCACIONAL	25	0,11%
TÉCNICO EM EDIFICAÇÕES	4	0,02%
TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL	182	0,77%
TÉCNICO ESPORTIVO	197	0,84%
TERAPEUTA OCUPACIONAL	112	0,48%
Total	23564	100,00%