

**RITA APARECIDA KIETIS VIVOLO**

**Afastamentos por problemas de saúde dos servidores  
públicos estatutários da Coordenadoria de Serviços de  
Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**

Dissertação apresentada ao Programa  
de Mestrado Profissional em Saúde  
Coletiva da Coordenadoria de Recursos  
Humanos da Secretaria de Estado da  
Saúde de São Paulo, para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo

2014

**RITA APARECIDA KIETIS VIVOLO**

**Afastamentos por problemas de saúde dos servidores públicos estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cecília Goi Porto Alves**

São Paulo

2014

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico–Científico. Instituto de Saúde

Vivolo, Rita Aparecida Kietis

Afastamentos por problemas de saúde dos servidores públicos estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP/ Rita Aparecida Kietis Vivolo. São Paulo, 2014

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Maria Cecília Goi Porto Alves

1. Saúde do trabalhador 2. Problemas de saúde 3. Servidor Público  
4. Absenteísmo por doença  
I. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

À Maria Mercedes Escuder “Biba”, pela fundamental contribuição,

À Maria Cecília Goi Porto Alves, pela paciência e persistência,

À Érica Tie Míai, pelas palavras de incentivo e apoio

A Deus e à minha família, muito obrigada!

## RESUMO

**Introdução:** Conhecer os motivos de adoecimento dos servidores públicos da Secretaria de Estado da Saúde é de fundamental importância para o estabelecimento de intervenções inovadoras nos espaços laborais que promovam a saúde dos trabalhadores e a humanização das relações profissionais. **Objetivo:** Este trabalho objetiva analisar os afastamentos por problemas de saúde dos servidores estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), que concentra o maior número de trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em prestação direta de serviços aos pacientes e usuários do Sistema Único de Saúde. **Método:** Foram obtidas as informações referentes às licenças médicas concedidas pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado e publicadas em Diário Oficial no ano de 2011. O banco com os dados dos funcionários da CSS foi obtido junto ao Grupo de Desenvolvimento Institucional da Coordenadoria de Recursos Humanos. Os dois bancos foram relacionados por meio do número do CPF. Foram analisadas as licenças médicas segundo características demográficas e profissionais dos funcionários licenciados, motivo e tempo de duração e foi calculada a taxa de absenteísmo por doença. **Resultados:** Foi observada taxa de absenteísmo motivado por problemas de saúde de 3,4% e a ocorrência de 4,1 licenças para cada 10 funcionários no ano de 2011. Mais da metade das licenças (52,3%) foram de até 15 dias e as licenças mais curtas foram mais frequentes em mulheres e as mais longas em homens. A prevalência de licenças foi de 18,9% e os maiores percentuais foram observados em servidores com cargos de nível intermediário (26%), pertencentes à área da Saúde (21,3%), lotados em hospitais (19,1%) e unidades ambulatoriais (18,3%), e foram maiores em mulheres (22,8%) do que em homens (11,5%). Os motivos de licenças em mulheres estão mais frequentemente associados aos seguintes episódios: Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (23,7% das licenças); Transtornos mentais e de comportamentos (20,2%); Lesões, envenenamento e algumas outras consequências (9,6%); e Doenças do olho e anexo (9,2%). Entre os homens, os mais frequentes foram: transtornos mentais e de comportamentos (20,4%), Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (16,2%), lesões, envenenamento e algumas outras consequências (12,8%) e doenças do aparelho circulatório (10,8%). **Conclusão:** Este estudo levantou dados ainda desconhecidos ou pouco explorados na Secretaria de Saúde. Mostrou que perto de um quinto dos trabalhadores da CSS esteve afastado pelo menos uma vez no ano de 2011, por problemas de saúde, e que ocorreu praticamente uma licença para cada dois trabalhadores. Indicou que o trabalhador mais frequente na CSS (mulher, de nível intermediário, pertencente à área da Saúde, lotado em hospitais e incluído na classe profissional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem) foi também o que mais se ausentou do trabalho. **Potencial de aplicabilidade:** Dados referentes ao absenteísmo por doença analisados no estudo são importantes para subsidiar possíveis tomadas de decisão por parte dos gestores de pessoas. O trabalho mostrou que, embora os dados de licenças médicas na SES-SP já estejam registrados em sistemas, a obtenção das informações utilizadas na análise não se constituiu em tarefa simples, exigindo intensa manipulação dos arquivos. Nesse sentido, gestores de recursos humanos encontrarão neste trabalho justificativas para investir na busca e

manutenção de bancos de dados que consolidem as informações disponíveis sobre afastamentos por motivos de saúde.

**Palavras chave:** saúde do trabalhador; serviço público; problemas de saúde, absenteísmo por doença.

## ABSTRACT

**Introduction:** Knowing the reasons of illness of the civil servants of the State Secretary of health is of fundamental importance to the establishment of innovative interventions in labour spaces that promote the health of workers and the humanization of professional relationships. **Objective:** this study aims to analyze the distances for health problems of statutory servers coordination of Health Services (CSS), which concentrates the largest number of workers of the Secretariat of health of São Paulo State in direct provision of services to patients and health system users. **Methods:** for this study, population were obtained the information concerning medical licenses granted by the Department of medical inspection of State and published in Official Gazette in the year 2.011. The Bank with the data of officials of CSS was obtained by the institutional development group coordination of human resources. The two banks were related through the social security number. Medical licenses were analyzed according to demographic and professional characteristics of employees licensees, reason and duration and absenteeism rate was calculated for medical clearance. **Results:** it was observed a rate of absenteeism caused by medical license of 3.38% and the occurrence of 4.1 licenses for every 10 employees in the year 2011. More than half of the licenses (52.3%) were up to 15 days and shorter licenses were more frequent in women and the longest in men. The highest prevalences were observed in license servers with intermediate level jobs (26%), belonging to the area of health (21.3%), crowded into hospitals (19.1%) and outpatient units (18.3%), were higher in women (22.8%) than in men (11.54%). The reasons of licenses in women are most often associated with the following episodes: diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (23.7% of licences) mental disorders and behaviors (20.2%); Injury, poisoning and certain other consequences (9.6%); and eye diseases and annex (9.2%). Among men, the most frequent were: mental disorders and behaviors (20.4%), diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (16.2%), injuries, poisoning and certain other consequences (12.8%) and diseases of the circulatory system (10.8%). **Conclusions:** This study raised still unexplored or unknown data in the Health Department showed that nearly a fifth of workers CSS was away at least once in the year 2011, due to health problems, and that was almost one license for each two workers. Indicated that the most frequent worker in CSS (female, mid-level, pertaining to Health sector, working in hospitals and included in the professional class of nursing technicians and auxiliaries) was also what else is absent from work. **Potential applicability:** Data related to sickness absenteeism analyzed in the study are important for supporting possible decision making by managers of people. This study showed that, although the medical licenses in SES-SP data have been recorded on systems, obtaining the information used in the analysis are not constituted in easy task, requiring intense manipulation of files. In this sense, human resource managers

will find this justification to invest in job seeking and maintaining databases that consolidate available information on absences for health reasons.

**Key words:** workers ' health; public service; health problems.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>07</b>
1.1. O campo da Saúde do trabalhador	08
1.2 Legislação trabalhista: as normas regulamentadoras	12
1.3 As conferências de Saúde	15
1.4 Os trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	17
1.5 Os afastamentos por problemas de saúde e as perícias médicas	19
1.6 Informações sobre afastamentos por problemas de saúde	21
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
2.1 Objetivos gerais	23
2.2 Objetivos específicos	23
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>24</b>
3.1 População de estudo	24
3.2 Coleta de dados	25
3.3 Organização dos bancos de dados	25
3.4 Análise e interpretação dos dados	28
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>32</b>
4.1 Características dos trabalhadores da CSS	32
4.2 Características das licenças concedidas	35
4.3 Motivos das licenças	40
4.4 Características dos trabalhadores da CSS com licenças concedidas	48
4.5 Absenteísmo	53
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>57</b>
<b>6. CONCLUSÕES</b>	<b>69</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>71</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>74</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CID – Código Internacional de Doenças

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CRH – Coordenadoria de Recursos Humanos

CSS – Coordenadoria de Serviços de Saúde

DPME – Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo

DOE – Diário Oficial do Estado

DOU – Diário Oficial da União

GRH – Gestão de Recursos Humanos

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IAMSPE - Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público do Estado

NIH – Núcleo de Informação Hospitalar

RH – Recursos Humanos

RS/PV – Registro no sistema e número do provimento

SES – Secretaria de Estado da Saúde

UA – Unidade Administrativa

WHO – World Health Organization (OMS)

*“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação,  
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados..”*  
Mahatma Gandhi

## APRESENTAÇÃO

O foco deste estudo se concentra no grupo de trabalhadores que atuam na prestação de serviços públicos de saúde, em nível estadual, do Sistema Único de Saúde (SUS) junto a Secretaria da Saúde de São Paulo, por meio da Coordenadoria de Serviços de Saúde.

Durante os 21 anos de trabalho junto a esta Secretaria, pude acompanhar a dura rotina dos trabalhadores que prestam serviços de Saúde Pública à população, observando o desenvolvimento das atividades, as cobranças, a falta de incentivos externos, o descrédito da população usuária do sistema, os níveis de estresse, o adoecimento e a proximidade com histórias difíceis que terminaram em afastamentos definitivos de suas funções ou em tentativas de suicídio.

Ao presenciar o sofrimento daqueles que são responsáveis por cuidar das pessoas doentes sempre vinha o interesse em compreender o processo de adoecimento e conhecer os motivos, e mais do que isto, estudá-los com o objetivo de pensar em estratégias possíveis de aliviar, evitar e prevenir as suas consequências e poder zelar por um ambiente mais sadio em conjunto com estes trabalhadores.

É um desafio enorme tentar estabelecer intervenções inovadoras nos espaços laborais, estratégias de promoção, prevenção e reabilitação e a humanização das relações profissionais, considerando-se as diferenças pessoais, com seus respectivos ritmos e compromissos com o trabalho, cuidando, assim, de quem deve cuidar das outras pessoas no momento em que o ser humano está muito frágil e debilitado. Então, é de grande relevância para o trabalhador do SUS que uma política de saúde do trabalhador seja institucionalizada no âmbito da administração pública.

É fundamental que os gestores públicos possam acessar informações sobre a saúde dos trabalhadores e ao se utilizarem de sistemas para gerenciar e filtrar os dados recebidos, possam transformá-los em informações úteis para a promoção da saúde dos trabalhadores, para aprimorar a gestão de pessoas e melhorar a organização do trabalho. E também que os próprios trabalhadores pudessem se apropriar e se conscientizar da importância da compreensão das relações de organização do trabalho, da participação ativa na defesa de sua saúde e busca de melhorias das condições de trabalho, fugindo das armadilhas econômicas das reivindicações por adicionais ao salário que tentem compensar os riscos a sua saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

A análise dos afastamentos do trabalho por problemas de saúde no serviço público é apontada como tema de interesse à Gestão Pública em função da percepção de grande volume de licenças médicas e de dias não trabalhados em órgãos do Governo do Estado de São Paulo. (SALA et al., 2009; PORTO, 2010)

A existência de sistemas de informação auxilia no planejamento e na tomada de decisão de forma ágil e segura, permitindo um gerenciamento eficaz e mais eficiente. A falta de informações sobre a saúde dos trabalhadores na Secretaria da Saúde representa uma lacuna na gestão da saúde do trabalhador.

Visando melhorar a compreensão do tema abordado neste trabalho, é importante a apresentação de noções sobre o campo de Saúde do Trabalhador, o que preconiza a legislação trabalhista vigente e a organização de informações sobre os afastamentos por problemas de saúde que afetam os trabalhadores.

### 1.1 O campo da Saúde do Trabalhador

O campo da Saúde do Trabalhador tem como objeto de estudo e intervenção, as relações entre o trabalho e a saúde-doença dos trabalhadores e amplia a visão da medicina do trabalho e da saúde ocupacional. Seus objetivos principais são a promoção e proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e das condições de trabalho e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, envolvendo procedimentos de diagnóstico, de tratamento e de reabilitação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

A saúde do trabalhador tem vários determinantes que são as condições econômicas, sociais e ambientais da organização, que podem afetar a condição de saúde-doença. Existem também fatores de risco no local de trabalho que podem levar a acidentes, a doenças osteomusculares, doenças respiratórias, perdas auditivas, doenças circulatórias, estresse, câncer ou outros distúrbios relacionados com doenças transmissíveis. (WHO, 2012)

Segundo a OMS a

“melhoria do nível de saúde dos trabalhadores, requer uma abordagem holística, combinando saúde ocupacional, segurança e prevenção de riscos, promoção de saúde e combate aos determinantes sociais, tanto para os trabalhadores, como suas famílias e comunidades.” (WHO, 2006, n.9, p.2)

Saúde e segurança no trabalho constituem as bases principais para a preservação da força de trabalho dos trabalhadores dentro das organizações. (CHIAVENATO, 1991)

Na década de 70, acreditava-se que os riscos eram inerentes ao trabalho e o Brasil era recordista mundial em acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Inexistia, portanto, a preocupação em preservar a saúde dos trabalhadores que eram submetidos ao trabalho independente de suas condições de execução. (LACAZ, 1997.) Pressionado por órgãos internacionais e movimentos sindicais, o Governo criou em 27/07/1972 o Serviço Especializado em Segurança e Saúde no Trabalho - SESMT. Nessa época a implantação da política visava o aumento da produtividade, com a responsabilização das empresas pela saúde dos seus trabalhadores, resumindo-se a estratégia à adequação do ambiente de trabalho e do trabalhador numa abordagem conceitual da Saúde Ocupacional. (LACAZ, 2007)

A partir do ano de 1978, começaram a serem instituídas as chamadas Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho, que são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Estas Normas introduziram entre outras orientações, a obrigatoriedade das empresas de manterem Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), que objetivam a saúde do trabalhador. (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2012) A preocupação era a de estabelecer orientações gerais, aplicáveis aos diferentes ambientes de trabalho, independente de serem espaços privados ou públicos. Porém, as bases conceituais ainda emergem da Medicina Preventiva e da Saúde Ocupacional.

De acordo com o Guia Técnico para Riscos Biológicos

“reconhecer o risco significa identificar, no ambiente de trabalho, fatores ou situações com potencial de dano à saúde do trabalhador ou, em outras palavras, se existe a possibilidade deste dano.” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008, p.9)

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (Portal da Saúde, SGTES – Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde), o trabalhador é percebido como sujeito transformador de seu ambiente e não somente como um recurso de realização de tarefas, sendo, portanto, protagonista do seu trabalho.

Nos anos 80, há uma mudança na política de saúde no Brasil, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando se consolida a proposta de criação do SUS, tendo saúde como direito social e de cidadania. (LACAZ, 2007, p.761)

Ainda nos anos 80, em São Paulo ocorre uma movimentação sindical (metalúrgicos, químicos, petroquímicos e bancários) que exige “dos serviços públicos o envolvimento com as questões de saúde relacionadas ao trabalho” (LACAZ, 2007 p.761), culminando no ano de 1984 com a proposta à SES-SP do Programa de Saúde do Trabalhador Químico do ABC. A partir de 1985 a proposta é ampliada para outras regiões do estado de São Paulo e posteriormente para outros estados brasileiros.

A lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) e as leis previdenciárias (nos 8.212/91 e 8.213/91) instituíram, por sua vez, normas de amparo à saúde do trabalhador.

O Governo federal vem desenvolvendo várias ações na tentativa de valorização dos trabalhadores do SUS, tal como a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Ainda, com o objetivo de democratizar as relações de trabalho, tanto no setor público como no privado, e buscando a promoção da saúde do trabalhador, vem estruturando diretrizes para a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS, a fim de garantir o pleno exercício dos direitos de cidadania. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

A fim de elaborar e aperfeiçoar as diretrizes dessa Política, o Ministério da Saúde elaborou documento sob Consulta Pública nº 3/2011 que foi inicialmente publicado em dezembro de 2010. Todos os interessados puderam acessar a minuta da portaria e enviar sugestões ao texto por meio de e-mail, correio ou no próprio site da

consulta e resultou no documento Protocolo 008/2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Nesse documento, parágrafo 1º, Artigo 1º tem-se o objetivo

“promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do SUS, por meio do enfrentamento dos aspectos gerais e específicos dos ambientes e organização do trabalho que possam propiciar a ocorrência de agravos à saúde, do empoderamento dos trabalhadores - atores sociais dessas transformações, e mediante a garantia ao acesso, às ações e aos serviços de atenção integral à saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.3-4)

As diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, segundo o Ministério da Saúde, devem ser repactuadas na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) e apresentadas à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) após a apreciação das contribuições advindas da consulta pública.

Entre as diretrizes estabelecidas nesse documento, estão a promoção de políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos no ambiente de trabalho do SUS, a promoção de processos de educação permanente nos estabelecimentos de saúde e o incentivo ao desenvolvimento de pesquisas na área de Saúde do Trabalhador voltadas para o ambiente de trabalho no setor de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a edição da Resolução SS nº 64 de 30 de abril, publicada em diário oficial no dia 1º de maio de 2009, instituiu o Grupo Técnico para a elaboração da Política de Saúde do Trabalhador do SUS-SP e regulamentou o fluxo para as notificações dos agravos à saúde do trabalhador.

O campo da saúde do trabalhador no Brasil ainda está em construção, apesar dos caminhos percorridos, historicamente, se observa a defesa de seus pressupostos, a preocupação com ações de atenção a saúde, ora retrocesso, com uma prática muito ainda direcionada pelos pressupostos da Saúde ocupacional. (LACAZ, 2007).

O desenvolvimento de política específica para os trabalhadores da área de Saúde é importante, devido às condições peculiares do ambiente de trabalho. Esses trabalhadores enfrentam dia a dia situações de dor física e psíquica, de fragilidade e



sofrimento humano, além de terem contato com agentes biológicos, químicos, radiológicos e com uma infinidade de doenças. Necessitam, muitas vezes, tomar decisões de urgência e emergência que os colocam diante de seus próprios limites, crenças, expectativas e frustrações e os expõe a desgastes físico e mental.

O trabalhador da saúde também está sujeito a outras condições adversas no exercício de suas funções, deparando-se não raramente com pacientes em situações de violência e de extrema pobreza relacionadas ao contexto social.

Na prestação de serviços de saúde, esses trabalhadores também podem se tornar vítimas de agressões e violência e, eventualmente têm que lidar com a falta de segurança, de recursos materiais, equipamentos e de pessoal. Por isso é fundamental cuidar da saúde desses trabalhadores.

Executar ações na área de saúde do trabalhador, prioritariamente, é realizar prevenção, que compreende, entre outros aspectos, a vigilância em saúde, inspeção e fiscalização do ambiente de trabalho e incorporar saberes da produção acadêmica.

Muitas vezes é o acidente de trabalho que pode trazer as maiores consequências para a saúde do trabalhador e é de suma importância a sua análise, notificação, controle e prevenção.

A responsabilidade do empregador pela manutenção de condições de trabalho sem riscos à saúde independe do tipo de vínculo empregatício do trabalhador. Não é aceitável, em nenhuma situação, que para exercer suas atividades os profissionais sejam expostos a riscos que os levem a acidentes, problemas de saúde e doenças ocupacionais, o trabalho pode e deve ser saudável. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2005)

O trabalhador é o mesmo, seja no âmbito do setor público ou privado, sendo que seus direitos são, acima de tudo, assegurados pela Constituição Federal e pelas demais Leis Trabalhistas vigentes.

## 1.2 Legislação trabalhista: as normas regulamentadoras

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) expede normas, denominadas de Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho (NRs), com a

finalidade de estabelecer as orientações e diretrizes relativas à segurança e medicina do trabalho.

Estas normas são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, que possuam algum empregado contratado de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

As normas regulamentadoras de número 1 até a 28 foram aprovadas pelo Ministro de Estado do Trabalho por Portaria nº 3.214, de 08 de Junho de 1978 e publicadas no Suplemento do Diário Oficial da União (DOU) de 06/07/1978.

A NR-4 estabeleceu que todas as empresas que possuíssem empregados regidos pela CLT, deveriam, obrigatoriamente, prestar Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), objetivando promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador em seu local de trabalho.

Esses serviços deveriam avaliar as condições de trabalho, identificar e reduzir potenciais riscos à saúde, a prevenção desses riscos e a manutenção da saúde, incluindo-se a realização de exames médicos admissionais e periódicos.

A NR-5 instituiu a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) que

“tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador”

(MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2012, NR-5, p.1)

As empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados celetistas, devem constituir CIPA e mantê-la em regular funcionamento.

A NR-6 estabeleceu normas sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), caracterizado como sendo “todo dispositivo ou produto, de uso individual, utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2012, NR-6, p.1)

A obrigatoriedade de elaboração e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com o objetivo de promoção e preservação da saúde dos trabalhadores foi instituída pela NR-7. Esta norma estabeleceu a

obrigatoriedade dos controles de comparecimento ao serviço de saúde ocupacional, para a realização obrigatória de exames médicos pré-admissionais, periódicos, de mudança de função, de retorno ao trabalho após afastamento médico e demissionais.

Na NR-8 foram estabelecidos “requisitos técnicos mínimos que devem ser observados nas edificações para garantir segurança e conforto aos que nelas trabalham.” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2012, NR-8, p.1)

A NR-9 instituiu a obrigatoriedade da elaboração e implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) que visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, objetivando também a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

A NR-17 estabeleceu os parâmetros que permitem a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, “de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2012, NR-17, p.1)

Nas condições de trabalho se incluem aspectos relacionados ao transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos, às condições ambientais dos postos de trabalho e à própria organização do trabalho.

A NR-32 foi instituída por Portaria MTE n.º 485, de 11 de Novembro de 2005, publicada na Seção I do Diário Oficial da União de 16/11/2005. Esta NR é popularmente chamada como a “Norma Regulamentadora da Saúde”, pois tem por

“finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2012, NR-32, p.1)

Por unidade de saúde essa NR definiu ser

“qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, pública ou privada.” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2012, NR-32, p.1)

A NR-32 abrange, além de outras diretrizes, o programa de controle de riscos biológicos, químicos, gases medicinais e vapores anestésicos, medicamentos, drogas de risco, quimioterápicos, radiações ionizantes; o programa de imunização (vacinação); os procedimentos em caso de exposição acidental a agentes biológicos e o tratamento médico de emergência para trabalhadores expostos e acompanhamento dos lesionados. Prevê também que os trabalhadores dos serviços de saúde devam ser capacitados para adotar postura e movimentação corporal correta, na manipulação de pacientes ou de materiais, de forma a preservar a sua saúde e integridade física. Devem ser orientados quanto às medidas a serem tomadas diante de pacientes com distúrbios psiquiátricos ou de comportamento.

Embora, possamos constatar que estas normas regulamentadoras ainda estejam fortemente embasadas de pressupostos básicos da Saúde Ocupacional, foram aqui destacadas por sua importância no caminhar para a implementação de fato de uma política de Ssaúde do Trabalhador.

### 1.3 As Conferências de Saúde

Em maio de 2005, aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) em Brasília que teve como tema: “Trabalhar, sim, Adoecer, não!”. Em outubro de 2005, foi realizada a 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador que aconteceu no município de São Paulo e teve o mesmo tema da 3ª CNST.

Depois de todos os debates ocorridos nestas duas conferências foram produzidos documentos que registraram as diretrizes com as propostas para a área de Saúde do Trabalhador.

Segundo a Apresentação dos Textos de Apoio da Coletânea da 3ª CNST,

“no período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente, média de 3.059 óbitos/ano, entre os trabalhadores formais.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, Textos de Apoio, Coletânea nº 1, p.4)

Os países desenvolvidos manifestam sua preocupação com a saúde do trabalhador e acidentes de trabalho, questionam os valores da vida e da liberdade, o significado do trabalho na vida das pessoas e o papel do Estado na regulamentação e fiscalização do ambiente de trabalho. Por isso ao se comparar os coeficientes de mortalidade por acidente de trabalho do Brasil com o de outros países, tais como Finlândia, França, Canadá e Espanha, observa-se que o risco de morrer por acidente de trabalho no Brasil é cerca de duas a sete vezes maior do que nestes países desenvolvidos. (TEIXEIRA, 2005)

A Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do MS considera que os números relacionados ao adoecimento e morte de trabalhadores, apresentados no período de 1999 a 2003, não sejam elevados, mas apontam para uma preocupação maior por não refletirem a realidade.

A justificativa é que o Brasil possui uma População Economicamente Ativa muito maior do que o número de trabalhadores com carteira assinada, que fornecem a base de dados para as estatísticas oficiais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, Textos de Apoio, Coletânea nº 1) E ainda, no Brasil não existem dados nacionais que mostrem a situação de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais de todos os trabalhadores brasileiros, incluindo aqueles que atuam na informalidade, trabalhadores domésticos e servidores públicos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, Textos de Apoio, Coletânea nº 1)

A 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador de São Paulo realizada em 2005 produziu um Relatório Consolidado em que são apresentadas 226 propostas a fim de “garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado em saúde dos (as) trabalhadores (as)”. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2005, p.4)

A proposta de número 28 reforça a importância da implementação de sistemas de notificação de acidentes de trabalho e doenças que incluam os trabalhadores não regidos pela CLT, tais como que os atuam como informais, servidores públicos de regime estatutário e autônomos. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2005, p.6)

A proposta de número 45 que consta do Relatório Consolidado da 3ª CEST-SP (2005) aponta a necessidade de se “incorporar as ações intersetoriais e de vigilância em Saúde do Trabalhador como eixo fundamental capaz de consolidar as

práticas de saúde do trabalhador no SUS” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2005, p.21) A perspectiva é a prevenção dos agravos e promoção da saúde, realizando intervenções que busquem a melhor qualidade de vida dos trabalhadores.

Na proposta de número 46 destaca-se a implantação de

“ações que visem conhecer a magnitude dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, identificar os fatores de riscos ocupacionais, estabelecer medidas de controle, prevenção e avaliação dos serviços de saúde de forma permanente.” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2005, p.7)

A importância da “unificação de normas regulamentadoras referentes à saúde e segurança do trabalho abrangendo as empresas públicas e privadas, independente do vínculo empregatício” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2005, p.11) foi apresentada no item 78 das propostas.

No item 168 se propõe que sejam estendidas aos servidores públicos as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho.

A atenção à saúde dos

“trabalhadores da saúde especialmente com relação à prevenção de acidentes com instrumentos perfurocortantes, biossegurança e com relação a riscos de esgotamento profissional (Burnout), utilização de equipamentos de proteção coletivas e individuais (EPCs e EPIs)”

(SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2005, p.21) foi apontada no item 186 do Relatório Consolidado.

Existe também a preocupação, nessa mesma proposta, em “possibilitar o acesso dos trabalhadores da saúde aos serviços de saúde, de acordo com a realidade local e com horários alternativos de atendimento.” (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2005, p.21)

Lacaz (2007) em seu artigo sobre “O campo da Saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde” demonstra a preocupação com a possibilidade de retrocesso da política de saúde do trabalhador, em virtude de uma fragilidade do movimento sindical atualmente no Brasil, de uma postura pouco engajada da academia e dos resultados destas conferências que resgatam pressupostos da Saúde Ocupacional.

#### 1.4 Os trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Segundo os dados disponíveis no site da Secretaria de Estado da Fazenda de São Paulo, no mês de Dezembro de 2011 o Governo de São Paulo possuía 471.403 servidores públicos.

A SES ocupa a segunda posição em número de trabalhadores e corresponde a terceira maior em despesas com pessoal ativo, segundo as informações disponíveis para consulta pública no site da Secretaria de Estado da Fazenda. Conta atualmente (março/2014) com 56.275 servidores ativos, estatutários e celetistas, sendo 71% do sexo feminino e 29% do masculino e o gasto com a folha de pagamento está em R\$ 187.700.704,10.

Quanto à idade, 48% dos servidores têm acima de 50 anos ou mais, 34% da população tem entre 41 e 50 anos, 15% estão entre 31 e 40 anos e apenas 3% têm entre 18 e 30 anos de idade.

Os servidores da SES são concursados e vinculados por tipos de regimes jurídicos diferentes que podem ser pela CLT, chamados de celetistas, ou por legislação baseada na Lei nº 10.261, de 28 de outubro de 1968 (Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado de São Paulo), denominados estatutários (temporários ou efetivos) distribuídos entre as áreas administrativas e da saúde ou ainda, por contrato por tempo determinado (CTD).

A Secretaria de Estado da Saúde está organizada em nove coordenadorias: Coordenadoria Geral de Administração, Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira, Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH), Coordenadoria de Planejamento de Saúde, Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, Coordenadoria de Regiões de Saúde e a Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS).

Neste trabalho, selecionamos a Coordenadoria de Serviços de Saúde que é a coordenadoria que gerencia diretamente as 44 unidades hospitalares e 4 ambulatoriais de especialidades médicas da capital e possui aproximadamente 49.000 funcionários no total. A CSS é também o órgão responsável por acompanhar a

execução financeira e orçamentária das unidades de saúde subordinadas, além de orientar, avaliar o desempenho e o resultado dos serviços prestados.

Os hospitais gerais da capital de São Paulo, que estão sob a gestão direta, possuem em média cada um, em torno de 1.200 funcionários, 120 leitos e realizam cerca de 10.000 consultas/mês.

Os maiores ambulatórios chegam a ter aproximadamente 400 servidores públicos, totalizando entre os próprios em torno de 1.200 servidores.

Estes dados podem ser consultados pelos usuários cadastrados no sistema eletrônico chamado de Núcleo de Informações Hospitalares (NIH), utilizados pela SES como ferramenta de gerenciamento de dados sobre consultas e internações.

### 1.5 Os afastamentos por problemas de saúde e as perícias médicas

O funcionário público vinculado ao Governo do Estado de São Paulo, por meio de vínculo estatutário com qualquer uma das secretarias de Governo, quando acometido de alguma doença ou quando sofre acidente de trabalho e que necessite de dois ou mais dias de ausências ao trabalho, tem que ser submetido à inspeção médica por médico perito do Departamento de Perícias Médicas (DPME) da Secretaria de Gestão Pública de São Paulo (SGP).

O funcionário deve apresentar o atestado médico completo, fornecido pelo profissional que realizou o primeiro atendimento, ao órgão de recursos humanos onde trabalha que providenciará o agendamento eletrônico da perícia médica junto ao DPME.

No momento da perícia, o funcionário deverá apresentar o atestado que informa o número do Código Internacional de Doença (CID) e número de dias necessários para o afastamento de tratamento e/ou recuperação, além de outros comprovantes disponíveis, tais como resultados ou laudos de exames diagnósticos e receitas médicas.

A função do médico perito do DPME é convalidar o afastamento, determinando oficialmente o número de dias de afastamento ao trabalho que o funcionário terá direito. A decisão final será publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOE) sendo preservado o sigilo da identificação da doença acometida.



Somente mediante o cumprimento destas etapas é que o órgão de pessoal do funcionário poderá anotar a licença na folha de frequência como justificativa de suas ausências ao trabalho, realizando descontos ou não em folha de pagamento, conforme o caso, e arquivando todas as informações pertinentes no prontuário funcional.

Os trabalhadores com vínculo empregatício regido pela CLT têm protocolo diferente dos estatutários quanto aos procedimentos para o afastamento por problemas de saúde. Empregados em afastamento médico com até 15 dias devem entregar seus atestados médicos diretamente ao órgão de pessoal onde trabalham. Acima de quinze dias são encaminhados para perícia médica junto ao Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), que é o órgão responsável pela realização de perícias médicas e convalidações do tempo determinado para o afastamento e tratamento médico.

Não se encontra disponível nos sites oficiais do Governo de São Paulo ou da SES informações sobre o adoecimento no trabalho e tipo de adoecimento, sobre a ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionados ao trabalho. A ausência dessas informações representam uma lacuna ou *gap* de gestão da Secretaria de Estado da Saúde e pode interferir negativamente no seu gerenciamento, uma vez que o não conhecimento da realidade da saúde dos trabalhadores impede a adoção de métodos eficientes de mapeamento das necessidades, planejamento, avaliação, vigilância, reabilitação e manutenção da saúde dos seus trabalhadores. Não se tem, portanto, uma real dimensão desta problemática.

Realizando um estudo piloto por meio da leitura diária da sessão correspondente a SES-SP, durante um mês, pode-se observar uma média, por edição, de cinquenta e oitenta funcionários afastados e um período médio de 30 dias de afastamento, variando entre dois e noventa dias. Considerando o número de edições semanais do jornal (5) e adotando uma média de sessenta funcionários afastados por trinta dias, têm-se como resultado trezentos funcionários por semana, ou seja, 1.200 por mês.

Portanto, para se ter uma ideia da dimensão do problema desses afastamentos, poderíamos fazer uma associação entre o número de servidores afastados por mês e o número médio de trabalhadores de um hospital geral. Como resultado, poderia se

afirmar que o número aproximado de afastamentos por problemas de saúde dos funcionários da SES-SP corresponderia a um hospital geral fechado por falta dos trabalhadores, sem atendimento à população durante um mês.

Então, dos 44 hospitais haveria 12 fechados durante um ano, o que representa 27% a menos de serviços hospitalares à população, porém mantidos os gastos com folha de pagamento e custo de funcionamento sem faturamento. Lembrando, ainda, que nesta estimativa não estão computados os afastamentos por problemas de saúde dos trabalhadores celetistas.

Esse estudo preliminar aponta para um problema de grandes dimensões e indica a necessidade de se ter informações mais precisas sobre o número de afastamentos por problemas de saúde dos servidores públicos estatutários da SES-SP para que se possa gerenciar mais adequadamente e buscar alternativas para minimizar a situação. Foi este estudo, também, que motivou a realização de um trabalho com base científica para apuração das informações referentes a afastamentos.

A investigação histórica dos benefícios concedidos, principalmente quanto às licenças para tratamento de saúde e acidentes de trabalho, viabiliza estudo epidemiológico, que pode subsidiar o planejamento de ações, propostas de melhorias, correções e mudanças nas rotinas administrativas e periciais.

Informações sobre os tipos de benefícios concedidos com ênfase nas licenças para tratamento de saúde, patologias que motivaram os afastamentos, índices de absenteísmo-doença e taxas de afastamento do trabalho por licenças, são importantes para a gestão e implementação da área de saúde do trabalhador.

O número estimado de servidores afastados por problemas de saúde na Secretaria de Estado da Saúde, considerando 1.200 por mês ou 14.400 licenças por ano, leva a indicações sobre a saúde dos trabalhadores da Saúde que pode estar sendo delegada a um segundo plano e mostra que a própria Secretaria que aponta as diretrizes para a promoção da saúde do trabalhador não as segue. Indica, ainda, as consequências da não implementação de fato de uma política de saúde do trabalhador.

O trabalhador da saúde, ao mesmo tempo em que presta os cuidados de saúde aos usuários do SUS, também é vulnerável a problemas com a sua própria saúde, sem se aperceber disto.

Muitos avanços já foram conquistados na área da Saúde do Trabalhador no mercado de trabalho brasileiro, porém ainda não se conseguiu implantar uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, e não é diferente do que parece acontecer em atenção à saúde dos trabalhadores do serviço público, incluindo os que atuam na área da Saúde para o SUS. (MINAYO, 2005)

### 1.6 Informações sobre afastamentos por problemas de saúde

O diagnóstico da situação de saúde-doença dos trabalhadores da saúde pode instrumentalizar os gestores na aplicação de uma política de saúde do trabalhador e embasar a proposição de planos de ação viáveis em nível local, além de envolver o próprio trabalhador nesse processo. Dispor de informações sobre afastamentos por problemas de saúde dos trabalhadores é fundamental para promover mudanças nas condições e organização do trabalho que permitam diminuir o número de adoecidos.

Dessa disponibilidade podem resultar vários encaminhamentos, tais como: identificação dos casos de licenças prolongadas, proposição de aposentadorias por invalidez permanente, revisão de processos de readaptação e identificação de ambientes de trabalho que predisponham os servidores ao adoecimento e a implantação de ações que favoreçam a manutenção dos níveis de saúde dos trabalhadores.

Nesse sentido, todos os dados possíveis de serem coletados sistematicamente poderiam contribuir para a definição de estratégias e políticas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação.

No Relatório Consolidado da 3ª CEST-SP – 2005 é proposta a implantação de um sistema de informação articulado entre os setores público, privado e filantrópico em nível municipal visando à notificação de todas as doenças e acidentes de trabalho dos trabalhadores da área da saúde, independente de seus vínculos empregatícios.

A notificação dos casos viabilizaria, além do controle de benefícios previdenciários, a realização de estudos epidemiológicos. No relatório, é ainda

reforçada a ideia de que sistemas de informação da área da saúde, onde se encontram o registro das informações sobre os acidentes de trabalho, doenças ocupacionais ou não, permitem desenvolver ações de vigilância, realização de estudos e levantamentos epidemiológicos em que se direciona a Saúde do Trabalhador e possibilita a implementação de ações para melhor qualidade de vida e promoção da saúde no seu ambiente de trabalho.

Seria também importante criar uma metodologia que permitisse identificar as prioridades para a Saúde do Trabalhador do SUS, baseadas em dados e diagnósticos, como sugere o item 133 do Relatório Consolidado da 3ª CEST-SP – 2005. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2005, p. 15)

Os relatórios gerenciais poderiam conter informações sobre os tipos de licenças concedidas, principais patologias que as motivaram, índices de absenteísmo-doença, custos diretos dos afastamentos, taxas de afastamento, informações sobre readaptações e as aposentadorias por invalidez de servidores públicos estaduais.

Como citado por Nelson Marconi:

“A falta de definição de diretrizes gerais para as políticas de recursos humanos, aliada à falta de informatização, dá à área de RH no setor público uma imagem burocrática, associada à ineficiência.” (LEVY, 2005, p.331)

Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a inexistência de um sistema informatizado com registros das licenças concedidas aos servidores inviabiliza a realização de estudos epidemiológicos de rotina e o acompanhamento dos afastamentos.

Este trabalho se insere nesse contexto de valorização do conhecimento das causas de adoecimento de servidores públicos estaduais, na busca de subsídios para o planejamento e avaliação das ações de saúde do trabalhador. Urge conhecer os motivos de adoecimento dos servidores públicos da SES-SP, trabalhadores do SUS envolvidos nos cuidados de saúde da população. E com base nesse conhecimento, tentar estabelecer intervenções inovadoras nos espaços laborais que promovam a saúde dos trabalhadores e a humanização das relações profissionais.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo geral

a) Analisar os afastamentos por problemas de saúde dos servidores estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

### 2.2 Objetivos específicos

- a) Organizar um banco de dados que disponha de informações sobre os afastamentos por problemas de saúde;
- b) Analisar as licenças médicas segundo características demográficas e profissionais dos funcionários licenciados, motivo e tempo de duração;
- c) Calcular a taxa de absenteísmo por doença.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 População de estudo**

A população de estudo é constituída pelos trabalhadores hospitalares e ambulatoriais da Coordenadoria de Serviços de Saúde, que concentra o maior número de trabalhadores em prestação de serviços direta aos pacientes e usuários do Sistema Único de Saúde. Além de englobar a maior parte dos trabalhadores da SES-SP, essa coordenadoria concentra grande número de servidores que estão sujeitos a riscos de acidentes, estresse, doenças ocupacionais ou outros problemas de saúde em virtude da característica do trabalho desempenhado.

O critério de inclusão no estudo é o de pertencer ao quadro dos trabalhadores da administração direta da SES-SP vinculados a CSS, contratados sob o regime jurídico do funcionalismo público, incluindo os temporários e os efetivos, pois somente para estes existem informações disponíveis junto ao DPME e excluídos os celetistas.

A SES-SP contava no ano de 2.011 com cerca de 75 mil trabalhadores incluídos no seu quadro de pessoal. Na época, aproximadamente 57.000 eram servidores que atuavam na prestação de serviços da área da saúde enquanto cerca de 18.000 pertenciam à área administrativa. Nessas duas áreas somadas, saúde e administrativa, cerca de 58.000 estavam contratados sob o regime jurídico do funcionalismo público sendo chamados de estatutários em toda a SES-SP.

A população de estudo foi selecionada a partir do quadro geral de funcionários da SES-SP, reunindo os trabalhadores estatutários ativos da CSS que representam em torno de 47% do universo de todo ativo desta Secretaria.

Para essa população de estudo, foram obtidas as informações referentes às licenças médicas concedidas pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado (DPME) e publicadas em Diário Oficial no ano de 2.011, resultando em torno de 15.000 afastamentos entre os trabalhadores da CSS que representam 75% das licenças concedidas a todos os trabalhadores da SES-SP.

### 3.2 Coleta de dados

A base de dados do DPME foi acessada por meio de autorização fornecida pelo órgão, solicitada após a entrega do projeto de pesquisa que foi devidamente qualificado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CAAE 021171312.1.0000.5469 – Parecer 63784).

Os dados sobre os afastamentos foram coletados junto ao Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo (DPME) que é o órgão responsável pela realização das perícias e concessão dos afastamentos e publicações das licenças no Diário Oficial do Estado de São Paulo.

As informações que compõem a base de dados do DPME são originadas da guia de perícia médica expedida junto ao órgão de Recursos Humanos da Unidade do servidor. Esta guia é emitida preferencialmente por meio eletrônico em um sistema próprio disponível na Web denominado “E@SisLa” e contém dados sobre a solicitação do afastamento, constando nome, data de início, tipo de licença, número do CID (Código Internacional de Doenças), número de dias, nome do médico assistente e nº do Registro no Conselho Regional de Medicina e sobre o resultado da perícia e data da publicação em Diário Oficial do Estado.

O banco com os dados dos funcionários da CSS foi obtido junto ao Grupo de Desenvolvimento Institucional (GADI) da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) mediante a devida autorização deste órgão para a realização deste estudo visto o projeto ter sido devidamente analisado e aprovado.

Com relação ao banco de funcionários ativos na SES-SP, optou-se por utilizar os dados do meio do período, o mês de julho/2011, uma vez que a população é flutuante, ou seja, mês a mês ocorrem novas nomeações, bem como aposentadorias, dispensas ou falecimentos, produzindo uma variação mensal no número de funcionários.

### 3.3 Organização dos bancos de dados

O trabalho inicial de coleta de dados consistiu na obtenção de dois arquivos de dados na forma digital em planilha do Excel.

O primeiro arquivo continha os dados das licenças médicas concedidas durante o ano de 2011 a todos os funcionários da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, obtido junto ao Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo (DPME), contendo o total de 21.283 registros de licenças médicas.

O segundo foi constituído pelos dados dos 63.298 registros de funcionários ativos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no mês de julho de 2011, obtidos junto a Divisão de Cadastro da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH).

Na Secretaria da Saúde observa-se que, legalmente, os trabalhadores da Área Administrativa (regidos pela L.C. 1080/08), podem possuir apenas um vínculo empregatício com o Governo. Já os funcionários da Área da Saúde (regidos pela L.C. 1.157/11), que abrange os profissionais com formação específica, podem possuir até dois vínculos públicos entre as três esferas de Governo. Uma vez que na SES-SP podem existir profissionais com duplo vínculo, este arquivo original representa o quantitativo de vínculos ativos.

O primeiro passo foi verificar a disponibilidade de variáveis comuns entre os dois bancos que permitissem o seu cruzamento e foi eleito o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF. No banco de licenças, 134 registros não dispunham desse número, tendo sido, portanto, excluídos.

Os bancos foram relacionados por meio pelo número do CPF, com inclusão de todos os vínculos, utilizando-se o software SPSS - Statistical Package for the Social Sciences. Foram adicionadas à base de dados dos funcionários, as informações sobre todas as licenças publicadas no ano de 2011, podendo haver mais de uma licença por funcionário vinculado à SES-SP.

Nesse processo, foram *linkadas* as licenças médicas aos funcionários, resultando em um arquivo com 72.242 registros, correspondentes aos funcionários sem licenças e com licenças, estes últimos aparecendo no banco tantas vezes quantas foram as suas licenças médicas.

Este novo arquivo foi transferido para o programa de computador STATA SE 10 para a realização da análise estatística descritiva. Para isso, procedeu-se à seleção dos dados referentes à Coordenadoria de Serviços de Saúde - CSS objeto deste estudo.



O banco de dados continha 15.122 registros referentes a guias médicas emitidas em 2011 para funcionários da CSS. Dessas, 99% foram emitidas para motivos de saúde e 1% para gestantes. Não foram identificadas guias para acidentes de trabalho.

O DPME tem um procedimento sistemático sobre os afastamentos por problemas de saúde que prioriza a análise e constatação da impossibilidade do trabalhador de manter-se trabalhando durante seu tratamento. A análise dos casos de acidente de trabalho exige vários documentos para que seja feita uma adequada qualificação e posterior montagem de processo para modificação da licença saúde para licença acidente de trabalho. O problema é que a guia inicial, o banco de dados e a publicação do DOE não são atualizados no mesmo ritmo da emissão de guias.

Excluídos os afastamentos por licença-gestante e observando o parecer sobre as guias emitidas pelo DPME, tem-se que apenas 1,9% obtiveram parecer contrário ao benefício da licença-saúde. Foram concedidas 14.698 licenças para os profissionais vinculados a CSS (98,1% das guias emitidas).

Com relação aos beneficiários destas guias emitidas com parecer favorável, observa-se que em sua maioria, 97,78%, foram concedidas para o próprio servidor e os 2,22% restantes, distribuídos entre avós, pais, cônjuge, filhos, irmãos e netos.

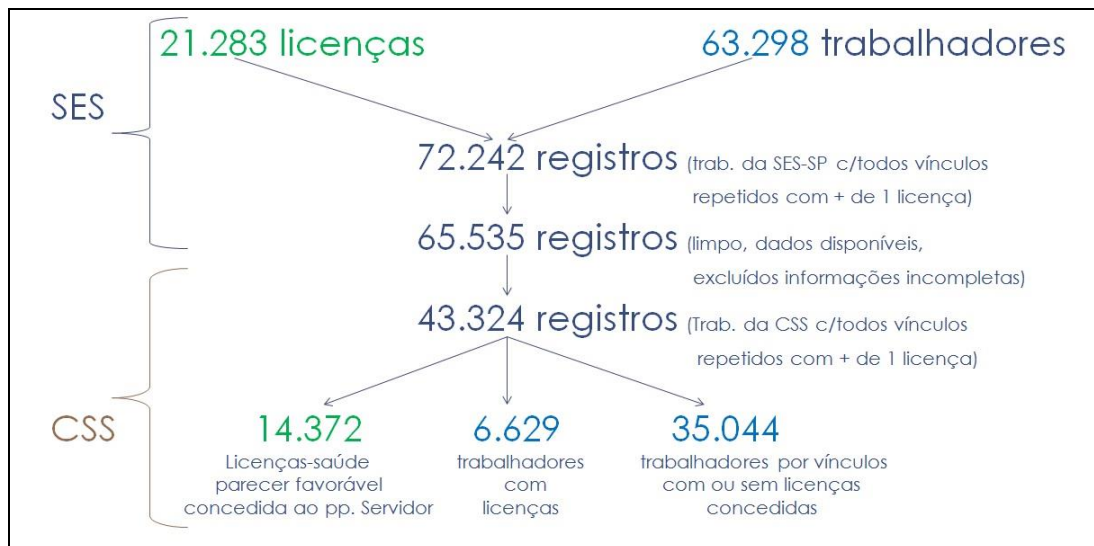
Dessa forma, para análise das licenças foram excluídas do banco de afastamentos, em sequência, as 135 guias emitidas por licença gestante, 289 com parecer contrário ao pedido e 326 cujos beneficiários não foram os próprios servidores, em virtude de não serem objeto deste estudo, resultando em 14.372 licenças concedidas aos próprios servidores.

Em relação ao número de trabalhadores com ou sem licenças concedidas, foram considerados 35.044 registros. Esses registros correspondem a quantidade total de vínculos profissionais existentes com a CSS, uma vez que um mesmo funcionário da área da saúde pode ter mais de um vínculo, aparecendo, dessa forma, mais de uma vez no arquivo de dados.

Embora isso ocorra, consideramos neste trabalho a existência de 35.044 funcionários, já que tendo duplo vínculo, o profissional irá desempenhar suas funções de acordo com o concurso público ou processo seletivo que originou a contratação na respectiva unidade de trabalho e jornada de trabalho. Efetivamente

neste caso, sendo a mesma pessoa, representa a força de trabalho de dois trabalhadores.

**Figura 1.** Fluxograma da organização dos bancos de dados.



Preservando o banco original, foram gerados três arquivos auxiliares:

- 1) o de funcionários da CSS por vínculos, contendo 35.044 registros;
- 2) o de licenças médicas, com parecer favorável concedidas durante o ano de 2011 para os trabalhadores da CSS contendo o registro das 14.372 licenças de saúde;
- 3) o de funcionários da CSS por vínculos, com licenças concedidas durante esse mesmo ano, totalizando 6.629 registros de trabalhadores.

### 3.4 Análise e interpretação dos dados

A análise descritiva buscou caracterizar o perfil dos trabalhadores da CSS e dos que se ausentaram por problemas de saúde; e o perfil das licenças concedidas, incluindo as informações sobre as doenças acometidas.

#### 3.4.1 Referentes ao perfil dos trabalhadores:

- a) Nível: de comando, universitário, intermediário ou elementar;
- b) Área de atuação: administrativa, da saúde ou de pesquisa;
- c) Unidade de lotação: hospital, ambulatório, gestão regional, sede de departamento, Unidade Básica de Saúde e Vigilância em Saúde;
- d) Sexo: masculino ou feminino;
- e) Idade: por faixa etária 18 – 30 anos; 31 – 40; 41 – 50; 51 – 60; 61 – 70; mais de 70 anos;

#### 3.4.2 Referentes ao perfil das licenças concedidas:

- a) Tipo de licença: de saúde, gestante ou por acidente de trabalho;
- b) Duração da licença: computada por número total de dias corridos concedidos e também sendo agrupadas para análise, da seguinte maneira: de 1 dia, de 2 dias, de 3 a 7 dias, de 8 a 15 dias, de 16 a 30 dias, de 31 a 45 dias, de 46 a 60 dias, de 61 a 75 dias e de 76 a 90 dias;
- c) Doença que motivou a licença: codificada pelos números da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Para essas variáveis e respectivas categorias de análise foram calculadas as frequências relativas.

Foram também calculados os seguintes indicadores:

- 1) Média de licenças por 10 trabalhadores:  $\text{número de licenças} \times 10 / \text{número de trabalhadores existentes}$ ;
- 2) Prevalência de trabalhadores com licença:  $\text{número de trabalhadores licenciados} \times 100 / \text{número de trabalhadores existentes}$ .
- 3) Média de licenças por trabalhador licenciado:  $\text{número de licenças} / \text{número de trabalhadores licenciados}$ .

Nos dois últimos indicadores, cada trabalhador licenciado foi incluído uma única vez no cálculo, independente do número de licenças que obteve.

Para se verificar a dimensão do problema dos afastamentos do trabalho por motivos de saúde, foi também calculado o índice de absenteísmo-doença por meio da adaptação de sua fórmula genérica. O absenteísmo é o indicador que representa as

ausências ao trabalho em relação ao número de dias úteis previstos. (Chiavenato, 1991)

O índice de absenteísmo aponta o percentual de horas não trabalhadas em relação à jornada prevista, excluindo-se as férias regulares, feriados, pontos facultativos e outros dias perdidos na instituição.

A fórmula genérica sugerida pelo Bureau of Employment Security do U.S. Department of Labor para o cálculo do absenteísmo geral (Chiavenato, 1991) é a seguinte:

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Homens-dias perdidos por ausência ao trabalho no período}}{(\text{N}^\circ \text{ médio de empregados}) \times (\text{N}^\circ \text{ de dias de trabalho})} \times 100$$

Nesta fórmula genérica, o número de ausências ao trabalho inclui todo tipo de falta: doença comprovada ou não, razões de caráter pessoal ou familiar, atrasos involuntários e faltas voluntárias por outros motivos diversos.

Neste estudo, como serão considerados somente os afastamentos efetivamente comprovados pelo DPME relacionadas às licenças concedidas, considerados o total de dias corridos, será utilizada a fórmula do indicador absenteísmo por doença, que indica o percentual do total de tempo de trabalho perdido por ausências causadas por doenças, ocupacionais ou não, e por acidentes de trabalho. Este indicador é conhecido tanto na gestão de recursos humanos da área privada, quanto na pública.

Foi adotada a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Absenteísmo - por doença} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dias perdidos por afastamentos médicos no ano}}{(\text{N}^\circ \text{ de servidores estatutários ativos}) \times (\text{N}^\circ \text{ de dias do ano})} \times 100$$

No denominador foram considerados os servidores estatutários ativos contratados sob regime jurídico temporário e efetivo da administração direta da Coordenadoria de Serviços de Saúde da SES-SP, multiplicado pelo número total de dias (365) do ano de 2.011, visto que as licenças foram concedidas por dias corridos, computados então os dias úteis, feriados e pontos facultativos.

Na Secretaria da Saúde existem jornadas de trabalho de 12, 20, 30 e 40 horas/semanais e os serviços se organizam tendo esta tabela como referência para

calcular folgas e dias a serem trabalhados de acordo com a jornada semanal de cada trabalhador.

Para definir o número de dias úteis do ano de 2011 foram excluídos pelo calendário os feriados oficiais e os finais de semana, considerados como descanso semanal, totalizando 248 dias úteis, que correspondem à jornada de trabalho de 40 horas semanais usada como referência. Este quadro consta aqui apenas como uma referência para observação do número de dias corridos e o número de dias úteis. A análise das licenças em relação aos dias úteis, provavelmente poderia produzir índices diferentes.

**Quadro 1.** Cálculo de número de dias úteis do ano de 2.011. São Paulo.

<b>Meses</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>Total</b>
Dias/Mês	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	365
Dias úteis	20	20	21	19	22	21	21	23	21	20	20	20	248
Descanso*	11	8	10	11	9	9	10	8	9	11	10	11	117

\* Descanso = Fim de Semana e Feriados Oficiais no Brasil e Estado de SP.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Características dos trabalhadores da CSS

O banco de dados dos funcionários ativos da SES-SP totalizou 35.044 registros.

Desses, a maioria (70,0%) pertence ao sexo feminino. As faixas etárias de 41 a 50 anos e 51 a 60 anos concentram 36,0% e 30,7% dos funcionários, respectivamente, indicando que mais da metade dos profissionais tem entre 41 e 60 anos de idade. Apenas 3,7% têm menos de 30 anos de idade.

**Tabela 1.** Trabalhadores da CSS, segundo idade e sexo. São Paulo, 2011.

Faixa etária	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
18 a 30 anos	931	3,8	366	3,5	1.297	3,7
31 a 40 anos	5.118	20,9	2.158	20,5	7.276	20,8
41 a 50 anos	8.968	36,6	3.655	34,7	12.623	36,0
51 a 60 anos	7.548	30,8	3.217	30,6	10.765	30,7
61 a 70 anos	1.938	7,9	1.109	10,5	3.047	8,7
71 a 80 anos	14	0,1	22	0,2	36	0,1
<b>Total</b>	<b>24.517</b>	<b>100%</b>	<b>10.527</b>	<b>100%</b>	<b>35.044</b>	<b>100%</b>

Aproximadamente 46% dos profissionais que atuam junto a CSS estão no grupo de nível intermediário (com exigência de ensino médio ou técnico completo) que inclui, entre outras, as classes dos Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem e Técnicos de áreas diversas. A Área da Saúde engloba a maioria dos profissionais (70,99%) que trabalham junto a CSS e o maior grupo de profissionais se concentra nos Hospitais com 33.463 trabalhadores representando 95,49% do total.

**Tabela 2.** Trabalhadores da CSS, segundo nível do cargo, área de atuação e tipo de unidade de lotação. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	N	%
Nível	de Comando	1.702	4,86
	Universitário	9.968	28,44
	Intermediário	16.223	46,29
	Elementar	7.130	20,35
	Sem informação	21	0,06
Área	Administrativa	8.429	24,05
	da Saúde	24.877	70,99
	de Comando	1.702	4,86
	Carreiras de Pesquisa	15	0,04
	Sem informação	21	0,06
Lotação	Hospital	33.463	95,49
	Ambulatório de Especialidades	1.005	2,87
	Gestão Regional	70	0,20
	Sede Departamento	206	0,59
	Unidade Básica/ Centro de Saúde	289	0,82
	Vigilância em Saúde	11	0,03
	<b>Total</b>		<b>35.044</b>

Em relação à classificação profissional, na Área da Saúde a classe que agrupa a maior parte das mulheres é a de auxiliar de enfermagem e entre os homens, a classe mais frequente é a dos médicos. Na área administrativa, a maioria dos funcionários ocupa cargos de nível elementar. E considerando as duas áreas, 4,86% estão em cargos de comandos.

**Tabela 3.** Trabalhadores da CSS, segundo sexo e classes profissionais. São Paulo, 2011.

Área	Classe profissional	Mulheres		Homens		Total	
		N	%	N	%	N	%
Saúde	Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	9.880	40,30	1.678	15,94	11.558	32,98
	Enfermeiros	1.659	6,77	254	2,41	1.913	5,46

	Médicos	2.514	10,25	3.573	33,94	6.087	17,37
	Nível Elementar da área da saúde (LC 1157)	1.343	5,48	463	4,40	1.806	5,15
	Outros profissionais do Nível Intermediário da área da saúde (LC 1157)	1.028	4,19	630	5,98	1.658	4,73
	Outros profissionais do Nível Universitário da área da saúde (LC 1157)	1.480	6,04	375	3,56	1.855	5,29
Administrativa	Nível Elementar da área administrativa (LC 1080)	3.378	13,78	1.946	18,49	5.324	15,19
	Nível Intermediário da área administrativa (LC 1080)	1.934	7,89	1.073	10,19	3.007	8,58
	Nível Universitário da área administrativa (LC 1080) + Arquiteto + Engenheiro	35	0,14	63	0,60	98	0,28
Cargos de comando		1.241	5,06	461	4,38	1.702	4,86
Carreiras de pesquisa		13	0,05	2	0,02	15	0,04
Sem informação		12	0,05	9	0,09	21	0,06
	<b>Total</b>	<b>24.517</b>	<b>100</b>	<b>10.527</b>	<b>100</b>	<b>35.044</b>	<b>100</b>

Para auxiliar no processo de análise do perfil do trabalhador da CSS poderíamos, hipoteticamente, descrever este funcionário típico como sendo:

- Mulher
- Idade entre 41 a 50 anos
- Nível: intermediário equivalente ao ensino médio ou técnico completo
- Área de atuação: Saúde
- Unidade de Lotação: Hospitais
- Classe profissional: Auxiliares / Técnicos de Enfermagem



## 4.2 Características das licenças concedidas

Os maiores percentuais de licenças concedidas a trabalhadores da CSS se concentram na faixa dos 41 a 60 anos, somando 67,5% entre as mulheres e 64,6% entre os homens.

**Tabela 4.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS, segundo idade e sexo. São Paulo, 2011.

Idade	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
18 a 30 anos	346	2,9	67	2,6	413	2,9
31 a 40 anos	2.436	20,6	516	20,3	2.952	20,5
41 a 50 anos	3.994	33,8	859	33,8	4.853	33,8
51 a 60 anos	3.981	33,7	784	30,8	4.765	33,1
61 a 70 anos	1.070	9,0	319	12,5	1.389	9,7
71 a 80 anos	0	0,0	0	0,0	-	-
<b>Total</b>	<b>11.827</b>	<b>100%</b>	<b>2.545</b>	<b>100%</b>	<b>14.372</b>	<b>100%</b>

Para verificar a frequência com que as licenças são concedidas aos funcionários da CSS, foi calculada a média de licenças por 10 funcionários. Observou-se a ocorrência média de 4,1 licenças para cada 10 funcionários da CSS ao longo de 2011.

Por meio desse indicador, observou-se que, não só as licenças são mais frequentes em mulheres por existirem em maior número, mas que, na realidade, elas ausentam-se mais do trabalho por motivos de saúde. A média de licenças por 10 homens foi de 2,42 e a de mulheres foi de 4,82 (98% maior).

O hipotético funcionário típico da CSS (mulher, de nível intermediário, da área da saúde, de unidade hospitalar) apresentou altas médias de licenças concedidas por problemas de saúde, lembrando que este funcionário é o maior responsável pelos serviços de saúde prestados diretamente aos usuários do SUS na SES-SP.

A maior média de licenças concedidas por 10 trabalhadores da CSS está na faixa compreendida entre 61 e 70 anos, tanto para mulheres (5,52 licenças) como

para homens (média de 2,88 licenças). Observou-se também que a média cresce com o aumento da idade.

**Tabela 5.** Média de licenças por 10 trabalhadores da CSS, segundo idade e sexo. São Paulo, 2011.

Idade	Mulheres		Homens		Total	
	N	média	N	média	N	média
18 a 30 anos	346	3,72	67	1,83	413	3,18
31 a 40 anos	2.436	4,76	516	2,39	2.952	4,06
41 a 50 anos	3.994	4,45	859	2,35	4.853	3,84
51 a 60 anos	3.981	5,27	784	2,44	4.765	4,43
61 a 70 anos	1.070	5,52	319	2,88	1.389	4,56
71 a 80 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>11.827</b>	<b>4,82</b>	<b>2.545</b>	<b>2,42</b>	<b>14.372</b>	<b>4,10</b>

As médias de licenças por 10 funcionários são maiores para funcionários de nível intermediário (5,61), pertencentes à Área da Saúde (4,46) e para os lotados em hospitais e ambulatórios (4,18).

**Tabela 6.** Média de licenças por 10 trabalhadores da CSS, segundo nível do cargo, área de atuação e local de lotação. São Paulo, 2011.

Variável	Categoria	N	Média
Nível	de Comando	203	1,19
	Universitário	2.263	2,27
	Intermediário	9.098	5,61
	Elementar	2.807	3,94
	Sem informação	1	0,48
Área	Administrativa	3.063	3,63
	da Saúde	11.101	4,46
	de Comando	203	1,19
	Carreiras de pesquisa	4	2,67
	Sem informação	1	0,48
Lotação	Hospital	13.977	4,18
	Ambulatório de Especialidades	311	3,09

Gestão Regional	5	0,71
Sede Departamento	13	0,63
Unidade Básica / Centro de Saúde	66	2,28
Vigilância em Saúde	0	0,00
<b>Total</b>	<b>14.372</b>	<b>4,10</b>

Em relação ao tempo de duração do afastamento, observou-se que as licenças mais frequentes (25,8%) foram as de 3 a 7 dias e que mais da metade delas (52,3%) foram de até 15 dias.

**Tabela 7.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS, segundo a duração do afastamento, São Paulo, 2011.

<b>Duração do afastamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Acumulado</b>
Até 01 dia	247	1,7	1,7
Até 02 dias	729	5,1	6,8
De 03 a 07 dias	3.710	25,8	32,6
De 08 a 15 dias	2.839	19,7	52,3
De 16 a 30 dias	2.017	14,0	66,4
De 31 a 45 dias	1.128	07,8	74,2
De 46 a 60 dias	1.941	13,5	87,7
De 61 a 75 dias	63	0,4	88,2
De 76 a 90 dias	1.698	11,8	100,0
<b>Total</b>	<b>14.372</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Segundo a duração do afastamento, observamos que as que as licenças mais curtas são mais frequentes em mulheres (somam 60,3% entre 3 e 30 dias) e as mais longas em homens, somando 56,9% entre 8 a 60 dias. Vale ressaltar que nos casos em são necessários afastamentos por mais de 90 dias, o DPME realiza nova perícia, o que justifica esse limite máximo utilizado.

**Tabela 8.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS, segundo a duração do afastamento e sexo. São Paulo, 2011.

Duração do afastamento	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
até 02 dias	852	7,2	124	4,9	976	6,8
de 03 a 07 dias	3.162	26,7	548	21,5	3.710	25,8
de 08 a 30 dias	3.964	33,5	892	35,0	4.856	33,8
de 31 a 60 dias	2.513	21,2	556	21,8	3.069	21,3
de 61 a 90 dias	1.336	11,3	425	16,7	1.761	12,2
<b>Total</b>	<b>11.827</b>	<b>100</b>	<b>2.545</b>	<b>100</b>	<b>14.372</b>	<b>100</b>

Em relação à distribuição por idade da duração do afastamento, foi possível observar que a frequência de licenças mais curtas vai diminuindo à medida que aumenta a idade. Da mesma maneira que as mais longas vão aumentando com a idade.

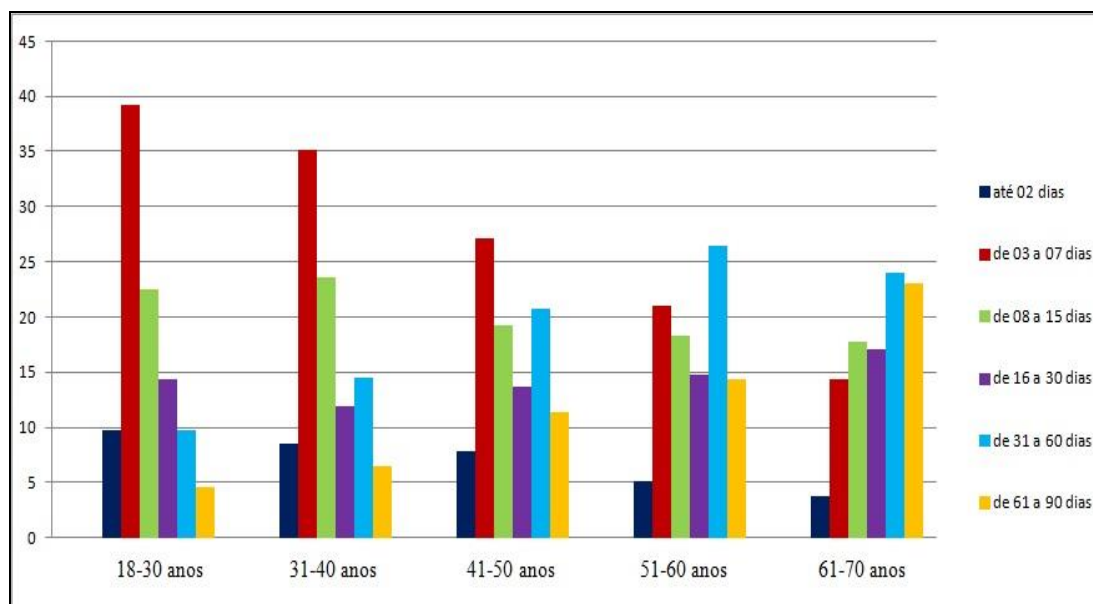
**Tabela 9.** Licenças concedidas aos trabalhadores da CSS, faixa etária e duração do afastamento. São Paulo, 2011.

Duração do afastamento	18-30 anos		31-40 anos		41-50 anos		51-60 anos		61-70 anos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
até 02 dias	40	9,7	250	8,5	387	7,9	246	5,1	53	3,8	976	6,8
de 03 a 07 dias	162	39,2	1035	35,1	1313	27,1	1001	21	199	14,3	3710	25,8
de 08 a 30 dias	152	36,8	1049	35,5	1597	32,9	1573	33,1	485	34,9	4856	33,8
de 31 a 60 dias	40	9,7	427	14,5	1004	20,7	1265	26,5	333	24,0	3069	21,3
de 61 a 90 dias	19	4,6	191	6,4	552	11,4	680	14,3	319	23,0	1761	12,3
<b>Total</b>	<b>413</b>	<b>100</b>	<b>2952</b>	<b>100</b>	<b>4853</b>	<b>100</b>	<b>4765</b>	<b>100</b>	<b>1389</b>	<b>100</b>	<b>14372</b>	<b>100</b>

No gráfico 1 pode-se observar tendência de aumento de duração do afastamento na medida em que há o avanço da idade. Entre a faixa etária dos 18-30

anos de idade, por exemplo, a duração entre 61 a 90 dias de afastamento é de 4,6%, já na faixa dos 61 aos 70 anos o percentual se eleva para 23%.

**Gráfico 1.** Licenças concedidas aos trabalhadores da CSS, faixa etária e duração do afastamento. São Paulo, 2011.



Observou-se que em relação à duração do afastamento na área da Enfermagem (Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros), as licenças mais curtas acontecem com frequência maior do que para a média dos trabalhadores da CSS. As licenças dos médicos com duração de 8 a 30 dias são também mais frequentes que a média.

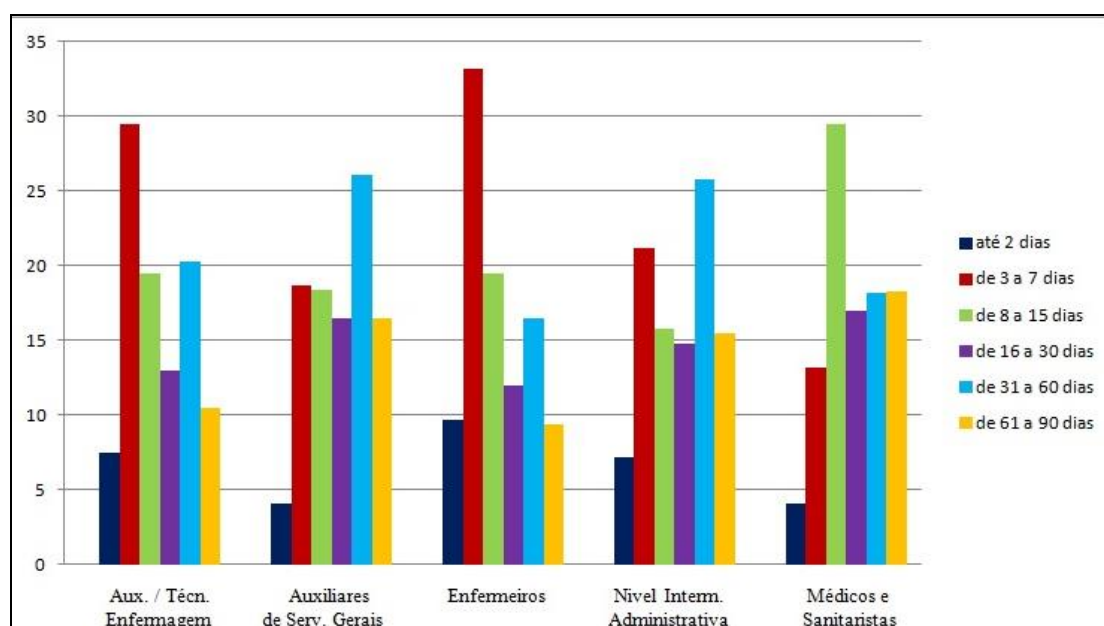
**Tabela 10.** Licenças concedidas aos trabalhadores dos maiores grupos de trabalhadores da CSS segundo duração do afastamento. São Paulo, 2011.

Duração do afastamento (em dias)	Auxiliares / Técnicos de Enfermagem		Auxiliares de Serviços Gerais		Enfermeiros		Nível Intermediário Área Adm.		Médicos/ Médicos Sanitaristas		Todas as classes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
até 2	589	7,5	91	4,1	101	9,6	59	7,1	30	4,1	976	6,8
3 a 7	2307	29,4	413	18,6	346	33,1	174	21,1	96	13,2	3710	25,8
8 a 30	2537	32,4	773	34,8	328	31,4	252	30,6	338	46,4	4856	33,8
31 a 60	1579	20,2	578	26	172	16,5	212	25,7	132	18,1	3069	21,3

61 a 90	823	10,5	367	16,6	98	9,4	128	15,6	133	18,2	1761	12,3
<b>Total</b>	<b>7835</b>	<b>100</b>	<b>2222</b>	<b>100</b>	<b>1045</b>	<b>100</b>	<b>825</b>	<b>100</b>	<b>729</b>	<b>100</b>	<b>14372</b>	<b>100</b>

No Gráfico 2 pode-se visualizar a ocorrência das licenças dentro destes cinco maiores grupos de trabalhadores:

**Gráfico 2.** Licenças concedidas aos trabalhadores dos maiores grupos de trabalhadores da CSS, segundo a duração do afastamento. São Paulo, 2011.



#### 4.3 Motivos das licenças

Observa-se que os motivos de licenças em mulheres estão mais frequentemente associados aos seguintes capítulos: Capítulo 13 (Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo), com 23,7% das menções; Capítulo 5 (Transtornos mentais e de comportamentos), 20,2%; Capítulo 19 (Lesões, envenenamento e algumas outras consequências), 9,6%; e o Capítulo 7 (Doenças do olho e anexo), 9,2%.

Entre os homens os mais frequentes foram os seguintes: Capítulo 5 (20,4%), Capítulo 13 (16,2%), Capítulo 19 (12,8%) e o Capítulo 9 (10,8%).

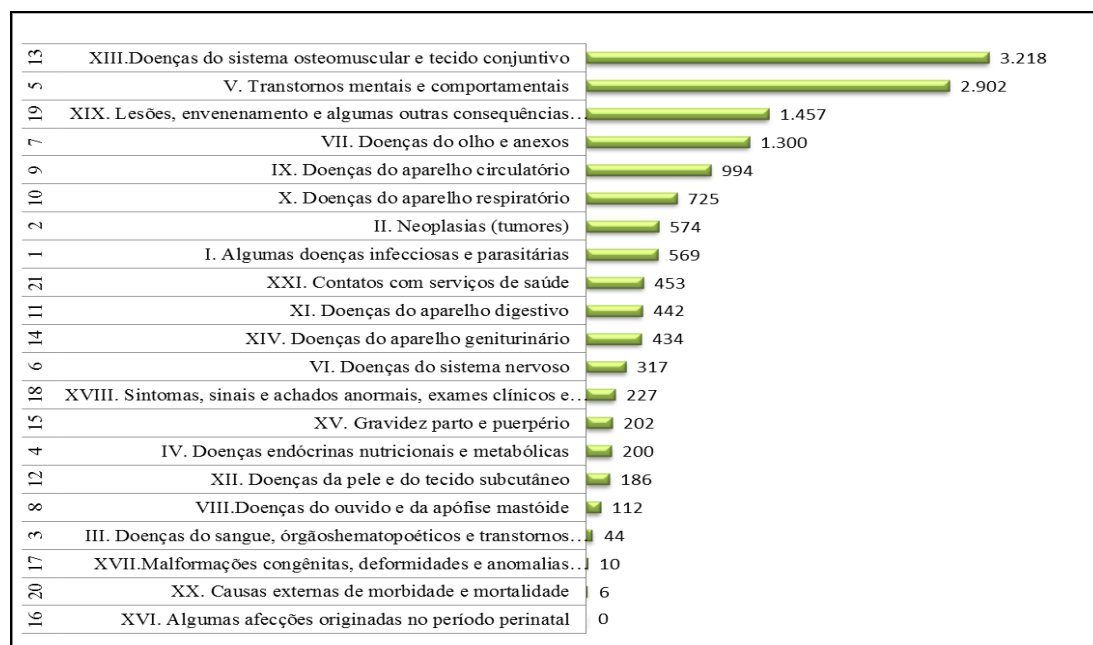
**Tabela 11.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS segundo Capítulo da CID. São Paulo, 2011.

Capítulo do CID	Descrição	Mulheres		Homens		Total	
		N	%	N	%	N	%
13	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	2.806	23,7	412	16,2	3.218	22,4
5	Transtornos mentais e comportamentais	2.384	20,2	518	20,4	2.902	20,2
19	Lesões envenenamento e algumas outras conseq. por causas externas	1.131	9,6	326	12,8	1.457	10,1
7	Doenças do olho e anexos	1.082	9,2	218	8,6	1.300	9,0
9	Doenças do aparelho circulatório	719	6,1	275	10,8	994	6,9
10	Doenças do aparelho respiratório	632	5,3	93	3,7	725	5,0
2	Neoplasias (tumores)	481	4,1	93	3,7	574	4,0
1	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	411	3,5	158	6,2	569	4,0
21	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde	385	3,3	68	2,7	453	3,2
14	Doenças do aparelho geniturinário	359	3,0	75	3,0	434	3,0
11	Doenças do aparelho digestivo	356	3,0	86	3,4	442	3,1
6	Doenças do sistema nervoso	259	2,2	58	2,3	317	2,2
15	Gravidez, parto e puerpério	198	1,7	4	0,2	202	1,4
18	Sintomas/ sinais e achados anormais em ex. clín. e laborat.	181	1,5	46	1,8	227	1,6
4	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	150	1,3	50	2,0	200	1,4
12	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	150	1,3	36	1,4	186	1,3

8	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	97	0,8	15	0,6	112	0,8
3	Doenças sangue órgãos hematop. e transtornos Imunitários	32	0,3	12	0,5	44	0,3
17	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	8	0,1	2	0,1	10	0,1
20	Causas externas de morbidade e mortalidade	6	0,1	0	0,0	6	0,0
<b>Total</b>		<b>11.827</b>	<b>100</b>	<b>2.545</b>	<b>100</b>	<b>14.372</b>	<b>100</b>

No gráfico 3 estão apresentados, por ordem decrescente, os números de casos de acordo com os Capítulos do CID.

**Gráfico 3.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS segundo Capítulo da CID. São Paulo, 2011.



A seguir estão apresentadas as tabelas referentes a estes cinco maiores grupos de CIDs, que representam mais da metade dos afastamentos dos trabalhadores da CSS.



Observa-se que 28,19% dos afastamentos dentro do Capítulo das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo se enquadram em dorsalgia ou "dor nas costas", que, segundo o CID, pode provir dos músculos, nervos, ossos, articulações ou outras estruturas ligadas à coluna vertebral. A dor pode ser constante ou intermitente, localizada ou difusa. Os casos classificados como M51 (13,67%) também estão relacionados à coluna cervical.

**Tabela 12.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS com classificação de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, segundo códigos. São Paulo, 2011.

<b>Código do CID</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
M54	Dorsalgia	907	28,19
M51	Outros transtornos de discos intervertebrais	440	13,67
M75	Lesões do ombro	290	9,01
M50	Transtornos dos discos cervicais	197	6,12
M17	Gonartrose [artrose do joelho]	172	5,34
M65	Sinovite e tenossinovite	154	4,79
M79	Outros transtornos dos tecidos moles, não classificados em outra parte	111	3,45
M77	Outras entesopatias	98	3,05
M25	Outros transtornos articulares não classificados em outra parte	97	3,01
M19	Outras artroses	89	2,77
	Outras doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	663	20,60
<b>Total</b>		<b>3218</b>	<b>100%</b>

Em relação às doenças classificadas no Capítulo 5, de Transtornos mentais e comportamentais, observa-se quase a metade está relacionada à depressão (31,98% de episódios depressivos e 16,13% de transtornos depressivos recorrentes).

**Tabela 13.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS com classificação de transtornos mentais e comportamentais, segundo os 10 códigos com maiores frequência dentro do Capítulo 5. São Paulo, 2011.

<b>Código do CID</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
F32	Episódios depressivos	928	31,98
F33	Transtorno depressivo recorrente	468	16,13
F41	Outros transtornos ansiosos	370	12,75
F31	Transtorno afetivo bipolar	288	9,92
F43	Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação	243	8,37
F20	Esquizofrenia	91	3,14
F10	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	90	3,10
F06	Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física	64	2,21
F29	Psicose não orgânica	50	1,72
F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	43	1,48
	outros transtornos mentais e comportamentais	267	9,20
<b>Total</b>		<b>2902</b>	<b>100</b>

Incluídos em “outros transtornos” estão códigos referentes ao consumo de álcool e outras drogas. Para melhor visualizá-los, estão destacados na Tabela 14

todos os códigos referentes a essas dependências que perfazem 5,24% dos afastamentos por transtornos mentais e de comportamento.

**Tabela 14.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS com classificação de transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de substâncias psicoativas, CID “F10-F19”, Capítulo 5. São Paulo, 2011.

<b>Código do CID</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	90	3,10
F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	39	1,34
F14	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	8	0,28
F11	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos	6	0,21
F19.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de dependência	4	0,14
F13	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos	2	0,07
F11.8	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos - outros transtornos mentais ou comportamentais	1	0,03
F12	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides	1	0,03
F13.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos - síndrome de dependência	1	0,03
<b>Total</b>		<b>152</b>	<b>5,24</b>

O CID “S93”, que concentra as entorses, luxações e distensão das articulações e ligamentos de pé e tornozelo, representa 15,42% dos casos e os casos de fraturas de membros inferiores (região das pernas e pés) totalizam 29,16% dos

casos. As fraturas de membros superiores (ombro, braço e antebraço) somam 25,14%.

**Tabela 15.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS com classificação de lesões, envenenamento e algumas outras em consequência de causas externas, “S00/S99” segundo os 10 códigos com maiores frequência dentro do Capítulo 19. São Paulo, 2011.

<b>Código do CID</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
S93	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé	138	15,42
S92	Fratura do pé (exceto do tornozelo)	134	14,97
S82	Fratura da perna, incluindo tornozelo	127	14,19
S62	Fratura ao nível do punho e da mão	107	11,96
S83	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho	99	11,06
S60	Traumatismo superficial do punho e da mão	74	8,27
S52	Fratura do antebraço	60	6,70
S42	Fratura do ombro e do braço	58	6,48
S80	Traumatismo superficial da perna	51	5,70
S61	Ferimento do punho e da mão	47	5,25
<b>Total</b>		<b>895</b>	<b>100%</b>

Os “Transtornos da Conjuntiva” (conjuntivites) somados correspondem a 83,31% dos casos de afastamentos por doenças do olho e anexo. Glaucoma e Catarata Senil representam 3,31% dos casos

**Tabela 16.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS com classificação de doenças do olho e anexos, segundo os 10 códigos com maiores frequência dentro do Capítulo 7. São Paulo, 2011.

<b>Código do</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
------------------	------------------	-------------------	-------------------

<b>CID</b>			
H10	Conjuntivite	1083	83,31
H54	Cegueira e visão subnormal	24	1,85
H40	Glaucoma	22	1,69
H25	Catarata senil	21	1,62
H33	Descolamentos e defeitos da retina	17	1,31
H16	Ceratite	16	1,23
H02	Outros transtornos da pálpebra	12	0,92
H11	Outros transtornos da conjuntiva	10	0,77
H18	Outros transtornos da córnea	10	0,77
H44	Transtornos do globo ocular	10	0,77
	Outras doenças do olho e anexos	75	5,77
<b>Total</b>		<b>1.300</b>	<b>100%</b>

As doenças hipertensivas (I10-I15) foram responsáveis por 28,37% dos afastamentos por doenças do aparelho circulatório. As doenças isquêmicas do coração, como é o caso da angina pectoris (I20), somaram 7,24% dos casos.

Tabela 17. Licenças concedidas a trabalhadores da CSS com classificação de doenças do aparelho circulatório, segundo os 10 códigos com maiores frequência dentro do Capítulo 9, dos afastamentos dos trabalhadores da CSS, São Paulo, 2011.

<b>Código do CID</b>	<b>Descrição</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
I10	Hipertensão essencial (primária)	282	28,37
I83	Varizes dos membros inferiores	136	13,68
I20	Angina pectoris	72	7,24

I50	Insuficiência cardíaca	52	5,23
I64	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	52	5,23
I21	Infarto agudo do miocárdio	47	4,73
I84	Hemorroidas	38	3,82
I25	Doença isquêmica crônica do coração	35	3,52
I80	Flebite e tromboflebite	29	2,92
I69	Sequelas de doenças cerebrovasculares	25	2,52
	Outras doenças do aparelho circulatório	226	22,74
<b>Total</b>		<b>994</b>	<b>100%</b>

#### 4.4 Características dos trabalhadores da CSS com licenças concedidas

Foi tabulado o número de licenças por trabalhador licenciado e verificou-se que as 14.372 licenças foram concedidas a 6629 funcionários, observando-se de uma a 24 licenças por servidor, sendo a média de 2,2 licenças.

Observou-se que aproximadamente a metade (49,7%) dos trabalhadores teve apenas uma licença médica no ano de 2011 e 95% dos funcionários tiveram cinco ou menos licenças.

**Tabela 18.** Trabalhadores da CSS com afastamentos médicos, segundo número de licenças. São Paulo, 2011.

<b>Nº de guias emitidas</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Acumulado</b>
1	3.291	49,7	49,7
2	1407	21,2	70,9
3	848	12,8	83,7
4	514	7,8	91,4
5	240	3,6	95,0
6	132	2,0	97,0
7	87	1,3	98,3

8	47	0,7	99,1
9	22	0,3	99,4
10	18	0,3	99,7
11	9	0,1	99,8
12	2	0,0	99,8
13	4	0,1	99,9
14	3	0,1	99,9
15	1	0,0	99,9
16	1	0,0	100,0
19	1	0,0	100,0
21	1	0,0	100,0
24	1	0,0	100,0
<b>Total</b>	<b>6.629</b>	<b>100%</b>	

As mulheres receberam licença por motivo de saúde com mais frequência do que os homens. As prevalências de mulheres e de homens foram, respectivamente, 22,08 e 11,54, ou seja, o percentual de mulheres que receberam licença foi superior a 100% do de homens. E, ainda, esses percentuais foram maiores em todas as idades.

O número médio de licenças para cada funcionário licenciado foi de 2,09 para os homens e de 2,19 para as mulheres.

Não se observou tendência de crescimento das prevalências com o aumento da idade, tanto em homens como em mulheres.

**Tabela 19.** Prevalência de trabalhadores da CSS com licença concedida, segundo idade e sexo. São Paulo, 2011.

Faixa etária	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
18 a 30 anos	187	20,09	43	11,75	230	17,73
31 a 40 anos	1194	23,33	282	13,07	1476	20,29
41 a 50 anos	1832	20,43	413	11,30	2245	17,78
51 a 60 anos	1733	22,96	346	10,76	2079	19,31
61 a 70 anos	468	24,15	131	11,81	599	19,66

71 a 80 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>5414</b>	<b>22,08</b>	<b>1215</b>	<b>11,54</b>	<b>6629</b>	<b>18,92</b>

Notou-se que as maiores ocorrências de licenças concedidas segundo o nível do cargo esteve no Intermediário (26%), a área da Saúde com 21,3% e nos Hospitais apresentando 19,1% seguido pelas unidades ambulatoriais com 18,3%.

Tabela 20. Prevalência de trabalhadores da CSS com licença concedida, segundo nível do cargo, área de atuação e local de lotação. São Paulo, 2011.

Variável	Área	N	%
Nível	Comando	11	0,6
	Universitário	1.256	12,6
	Intermediário	4.212	26,0
	Elementar	1.150	16,1
Área	Administrativa	1.320	15,7
	da Saúde	5.297	21,3
	Comando	11	0,6
	Carreiras de pesquisa	1	6,7
Lotação	Hospital	6.404	19,1
	Amb. Especialidades	184	18,3
	Gestão Regional	3	4,3
	Sede	9	4,4
	Unidade Básica / Centro de Saúde	29	10,0
	Vigilância em Saúde	0	0,0
<b>Total geral - prevalência</b>		<b>6.629</b>	<b>18,9</b>

Observou-se que as cinco classes profissionais com maior número de ocorrências de licenças concedidas, independente do sexo e por ordem decrescente,



foram: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem; profissionais de nível elementar da área administrativa; Enfermeiros; Médicos e profissionais de nível intermediário da área administrativa.

A maior taxa de prevalência entre as mulheres se encontra no agrupamento dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem com 32,01%, seguido pelos Enfermeiros com 27%.

Retomando a ideia do funcionário típico da CSS, temos as mulheres, da Área da Saúde, Auxiliares ou Técnicas de Enfermagem com a maior taxa de prevalência para a ocorrência de licenças médicas.

Entre os homens a maior prevalência, na Área da Saúde, se mantém entre estas duas mesmas classes, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem com 24,08% seguido pelos Enfermeiros com 22,05%. Na Área das Carreiras de Pesquisa, como o número de trabalhadores é reduzido (2) entre os homens a ocorrência de um afastamento representou a prevalência de 50%.

**Tabela 21.** Prevalência de trabalhadores da CSS com licenças concedidas, segundo sexo e classes profissionais. São Paulo, 2011.

Área	Classe profissional	Mulheres		Homens		Total	
		N	%	N	%	N	%
Saúde	Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	3.163	32,01	404	24,08	3.567	30,86
	Enfermeiros	448	27,00	56	22,05	504	26,35
	Médicos	248	9,86	201	5,63	449	7,38
	Nível Elementar da área da saúde(LC 1157)	199	14,82	54	11,66	253	14,01
	Outros profissionais do Nível Intermediário da área da saúde (LC 1157)	145	14,11	81	12,86	226	13,63
	Outros profissionais do Nível Universitário da área da saúde (LC 1157)	193	13,04	30	8,00	223	12,02
Administrativa	Nível Elementar da área administrativa (LC 1080)	645	19,09	240	12,33	885	16,62
	Nível Intermediário da área administrativa (LC	271	14,01	112	10,44	383	12,74

	1080) Nível Universitário da área administrativa (LC 1080) + Arquiteto + Engenheiro	4	11,43	4	6,35	8	8,16
Cargos de comando		98	7,90	32	6,94	130	7,64
Carreiras de pesquisa		0	0,00	1	50,00	1	6,67
sem informação		0	0,00	0	0,00	0	0,00
	<b>Total geral - prevalência</b>	<b>5.414</b> <b>(22,08%)</b>		<b>1.215</b> <b>(11,54%)</b>		<b>6.629</b> <b>(18,92%)</b>	

As 10 Unidades de Frequência da CSS com os maiores números de trabalhadores afastados por problemas de saúde, somadas correspondem a 45,9% do total de unidades. O Conjunto Hospitalar do Mandaqui apresentou o maior número de afastamentos na área da Enfermagem (Auxiliares, Técnicos e Enfermeiros).

O Hospital Geral “Dr. Álvaro Simões de Souza” em Vila Nova Cachoeirinha apresentou o maior número de afastamentos entre a classe dos Médicos e no nível intermediário da área administrativa (LC1080) foi o Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

**Tabela 22.** Unidades da CSS, segundo as 10 com maiores números de trabalhadores com licenças médicas concedidas, por agrupamento de classes, São Paulo, 2011.

Unidade de Frequência	Auxiliares / Técnicos de Enfermagem	Cargos de comando	Carreiras da Pesquisa	Enfermeiros	Médicos	Nível elementar da área Administrativa (LC1080)	Nível elementar da área da Saúde (LC 1157)	Nível Intermediário da área Administrativa (LC1080)	Nível Universitário da área Administrativa (LC1080)	Outros profissionais do Nível Intermediário da área da Saúde (LC1157)	Outros profissionais do Nível universitário da área da Saúde (LC1157)	Total	%
Conjunto Hospitalar do Mandaqui	296	1	0	37	27	33	9	10	1	12	7	433	6,53
Conjunto Hospitalar de Sorocaba	205	4	0	31	32	39	13	31	0	25	8	388	5,85
Hospital Geral "Dr. Álvaro Simões de Souza" em Vila Nova Cachoeirinha	190	9	0	31	34	17	5	17	0	10	6	319	4,81
Hospital Regional "Dr. Vivaldo Martins Simões" em Osasco	192	10	0	18	26	15	8	19	0	12	4	304	4,59
Centro Especializado em Reabilitação "Doutor Arnaldo Pezutti Cavalcanti", em Mogi	145	8	0	31	20	41	14	20	2	6	13	300	4,53
Hospital "Guilherme Álvaro" em Santos	162	7	0	24	14	38	8	18	0	15	5	291	4,39
Hospital Geral "Dr. Manoel Bifulco" em São Mateus	152	6	0	22	14	36	13	20	1	6	8	278	4,19
Instituto de Infectologia "Emílio Ribas"	145	7	0	23	10	20	18	16	0	11	5	255	3,85
Hospital Geral "Dr. José Pangella" de Vila Penteados	128	5	0	23	23	26	3	22	0	6	11	247	3,73
Hospital Geral "Jesus Teixeira da Costa" em Guaianazes	130	10	0	20	13	22	4	16	0	9	4	228	3,44
Demais Unidades	1.822	63	1	244	236	598	158	194	4	114	152	3.586	54,10
<b>Total</b>	<b>3.567</b>	<b>130</b>	<b>1</b>	<b>504</b>	<b>449</b>	<b>885</b>	<b>253</b>	<b>383</b>	<b>8</b>	<b>226</b>	<b>223</b>	<b>6.629</b>	<b>100</b>

#### 4.5 Absenteísmo

Analisando as licenças concedidas por número de guias emitidas e os números de dias de afastamentos, pode-se observar que a maior frequência em número de dias corresponde às licenças concedidas por 60 dias com 1.842 guias emitidas (12,82%), seguida pelas de 90 dias com 1.665 guias (11,59%); 30 dias com 1.460 guias (10,16%), 15 dias com 1.350 guias (9,39%) e 5 dias com 1.077 (7,49%).

**Tabela 23.** Licenças concedidas a trabalhadores da CSS e total de dias de ausência segundo número de dias concedidos. São Paulo, 2011.

nº de dias concedidos	Frequência	Percentual	nº total de dias de ausências
1	247	1,72%	247
2	729	5,07%	1.458
3	1.034	7,19%	3.102
4	419	2,92%	1.676
5	1.077	7,49%	5.385
6	197	1,37%	1.182
7	983	6,84%	6.881
8	246	1,71%	1.968
9	98	0,68%	882

10	682	4,75%	6.820
11	80	0,56%	880
12	111	0,77%	1.332
13	59	0,41%	767
14	213	1,48%	2.982
15	1.350	9,39%	20.250
16	48	0,33%	768
17	41	0,29%	697
18	47	0,33%	846
19	19	0,13%	361
20	187	1,30%	3.740
21	44	0,31%	924
22	30	0,21%	660
23	22	0,15%	506
24	19	0,13%	456
25	44	0,31%	1.100
26	6	0,04%	156
27	12	0,08%	324
28	16	0,11%	448
29	22	0,15%	638
30	1.460	10,16%	43.800
31	15	0,10%	465
32	7	0,05%	224
33	7	0,05%	231
34	10	0,07%	340
35	30	0,21%	1.050
36	7	0,05%	252
37	10	0,07%	370
38	6	0,04%	228
39	5	0,03%	195
40	172	1,20%	6.880
41	5	0,03%	205
42	4	0,03%	168
43	8	0,06%	344
44	7	0,05%	308
45	835	5,81%	37.575
46	5	0,03%	230
47	2	0,01%	94
48	1	0,01%	48
49	1	0,01%	49
50	60	0,42%	3.000
51	5	0,03%	255
52	2	0,01%	104
53	6	0,04%	318

55	8	0,06%	440
56	2	0,01%	112
57	2	0,01%	114
58	3	0,02%	174
58	2	0,01%	116
60	1.842	12,82%	110.520
61	3	0,02%	183
62	4	0,03%	248
65	2	0,01%	130
66	2	0,01%	132
67	1	0,01%	67
69	1	0,01%	69
70	33	0,23%	2.310
75	17	0,12%	1.275
77	2	0,01%	154
78	2	0,01%	156
79	2	0,01%	158
80	18	0,13%	1.440
81	1	0,01%	81
85	2	0,01%	170
86	1	0,01%	86
88	4	0,03%	352
89	1	0,01%	89
90	1.665	11,59%	149.850
<b>Total</b>	<b>14.372</b>	<b>100%</b>	<b>432.595</b>

Em 2.011 o índice geral de absenteísmo por doença (porcentagem de tempo perdido por afastamentos médicos durante o ano) foi de 3,38%. No Quadro 1 estão indicados os dados inseridos na fórmula de cálculo apresentada no item de Metodologia.

**Quadro 1.** Dados utilizados no cálculo de absenteísmo dos trabalhadores da CSS. São Paulo, 2011.

Nº de dias úteis do ano 2011	248
Nº de dias do ano 2011	365
Nº de total de trabalhadores estatutários ativos da CSS	35.044
Nº de trabalhadores da CSS sem licenças	28.202
Nº de licenças concedidas aos trabalhadores estatutários da CSS	14.372

Nº de trabalhadores da CSS com licença saúde	6.629
Nº total de dias corridos perdidos por afastamentos médicos	432.595

Nesta última tabela podem-se observar os valores obtidos nas cinco maiores classes de profissionais da CSS. O maior índice foi de 5,14%, observado entre os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

**Tabela 25.** Número de licenças, dias perdidos e índice de absenteísmo para as maiores classes profissionais dos trabalhadores da CSS. São Paulo, 2011.

<b>Classe profissional</b>	<b>Índice de absenteísmo por doença</b>	<b>Total de dias perdidos (corridos)</b>	<b>Nº de licenças concedidas</b>
Aux. / Técnicos de Enfermagem	5,14%	216.822	7.834
Nível Elementar - Administ.	4,19%	81.513	2.222
Enfermeiro	3,65%	25.514	1.045
Nível Intermediário - Administ.	2,67%	29.287	3.007
Médico	1,14%	81.513	720
Geral	3,38%	432.595	14.372

## 5. DISCUSSÃO

Sala et al. (2009), no estudo sobre as licenças concedidas aos trabalhadores da SES no ano de 2004, observaram que houve, naquele ano, uma média de episódios de licenças médicas (inicial mais as prorrogações) de 2,32 licenças por trabalhador. Nesse estudo os autores também puderam verificar uma maior proporção de trabalhadores com uma ou mais licenças entre aqueles lotados em hospitais em comparação com os lotados nos demais tipos de unidades (OR = 1,50) Portanto, em relação ao número de licenças por trabalhador a razão permaneceu praticamente a mesma nesse estudo de 2011 e no grupo de 2004.

Os hospitais concentram o maior número de trabalhadores da CSS (aproximadamente 96%), sendo que estes apresentaram a maior taxa de prevalência (ocorrência) de licenças concedidas (19,1%), em relação a outros locais de lotação. Este percentual pode nos indicar que praticamente um quinto desse grande grupo de trabalhadores esteve afastado, por pelo menos uma vez no ano de 2.011, por problemas de saúde.

As ausências por licenças médicas concedidas aos trabalhadores provocam grande impacto nos hospitais da CSS em termos da prestação de serviços, podendo comprometer a qualidade, eficiência e humanização da assistência. Os profissionais afastados não costumam ser substituídos durante a licença e como consequência, os demais podem ficar sobrecarregados na prestação dos serviços à população, aumentando o nível de stress, desgaste físico e emocional, além de onerar a SES-SP em decorrência dos dias não trabalhados.

Quase metade dos trabalhadores da CSS (46,29%) pertence a categorias profissionais classificadas na SES-SP como do nível intermediário, que inclui na Área da Saúde, os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e na Área Administrativa, os Oficiais Administrativos. Apresentaram a maior prevalência de licenças (26,0%), quando comparados com outros níveis.

Os profissionais desse nível são responsáveis por atividades mais operacionais, que são o conjunto das principais ações diárias que formam o objeto da instituição, sendo os executores de tarefas auxiliares de nível médio e técnico com contato direto com os pacientes e de procedimentos que exigem muito do físico

(atividades musculoesqueléticas). Atuam também na prevenção e controle de doenças transmissíveis, sob a orientação e supervisão de outros profissionais e também no planejamento, programação e orientação de assistência de enfermagem.

Os Oficiais Administrativos são responsáveis por atender e orientar usuários, pacientes e funcionários da unidade pessoalmente, por telefone e/ou via internet; transportar e distribuir processos, papéis e documentos, interna e/ou externamente; classificar, arquivar e desarquivar documentos e processos; operar microcomputadores, impressoras e aparelhos de fax e fotocopiadoras; efetuar cálculos e elaborar planilhas, entre outras atribuições. São, portanto, responsáveis pelas principais rotinas administrativas da instituição.

Esta quantidade imensa e diversificada de atividades desempenhadas por estas classes profissionais permite compreender a dimensão da problemática dos afastamentos ao trabalho por problemas de saúde. Geralmente a população usuária de sistemas de saúde tem em mente um modelo de assistência médico-centrado. Tende a enxergar muito mais claramente a presença da figura do médico e seu papel, sentindo fortemente sua ausência, sem ter conhecimento da importância dos demais profissionais na estrutura de funcionamento das unidades e papel deles na assistência.

Quando se analisa a prevalência de trabalhadores com licenças médicas segundo sexo, observa-se maior prevalência de mulheres (22,08%), 90% maior que a de homens. Observa-se também que a maior prevalência de mulheres ocorre em todas as classes profissionais. Em relação à duração, os afastamentos mais curtos são mais frequentes para as mulheres e os mais longos para os homens.

Tem havido nos últimos anos, importante envelhecimento da população de trabalhadores da SES-SP, o que se reflete no registro de menos de um quarto de trabalhadores com idade inferior a 40 anos; apenas 3,7% têm entre 18 e 30 anos.

O percentual de trabalhadores que tiveram licença se manteve praticamente o mesmo para todas as faixas etárias, porém a média de licenças mostrou crescimento com o aumento da idade, ou seja, com o envelhecimento, o número de licenças por trabalhador aumenta, bem como o tempo de duração das licenças.

Neste estudo, as maiores prevalências de trabalhadores com licenças foram observadas entre os auxiliares de enfermagem e enfermeiros, que têm atividades com



grande exigência física. Monteiro (2006, p.20) realizaram estudo sobre as Doenças musculoesqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde e apontaram que em

“relação às características do trabalho, a associação à doença ocorreu naqueles com exigência predominantemente física, na maior duração semanal do segundo emprego, no maior tempo de trabalho na instituição. Quanto ao estilo de vida, estiveram associados à ocorrência de doença a obesidade, a longa duração das atividades domésticas e a não realização de atividades de lazer”.

Entre os profissionais da área da Saúde, principalmente, Auxiliares / Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos, é frequente o trabalho em dois vínculos empregatícios ou mais. Às vezes na mesma unidade, mas também em locais distantes entre si, enfrentando o trânsito durante o deslocamento, cumprindo jornadas em sistema de plantão (a SES-SP tem escala de 12 horas por 36 horas de descanso) e sacrificando os dias de folga pelo trabalho no plantão inverso. Como há dificuldade de manter os quadros de pessoal mínimos nos hospitais, a Administração oferece ainda, plantões extras mensalmente aos profissionais que já possuem vínculo empregatício com a SES-SP e na perspectiva de melhora na renda, estes profissionais acabam assumindo também estas escalas extras.

Talvez este acúmulo de jornadas de trabalho, com atividades de exigência física, o avanço da idade (39,5% dos trabalhadores da CSS têm mais de 50 anos), o estilo de vida pessoal e, no caso das mulheres, o provável acúmulo de atividades profissionais e domésticas, possam justificar a taxa de prevalência de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Para se ter uma ideia, complementando a informação sobre esta questão da faixa etária e a produtividade, na SES-SP, atualmente, tem direito a aposentadoria por idade os trabalhadores a partir dos 65 anos se homens e a partir dos 60 anos de idade para as mulheres, desde que cumprida a carência exigida em relação ao tempo de serviço público e no cargo em que se dará a aposentadoria.

No trabalho de Ferreira (2010) sobre o “Perfil da aposentadoria por invalidez em servidores públicos municipais do Rio de Janeiro de 1997 a 2008” foi citado um trabalho de Tome et al (1991) em que os autores descreveram a prevalência das principais causas de invalidez nos períodos pré e pós-aposentadoria de trabalhadores

municipais escandinavos e observaram uma prevalência de 42% de doenças musculoesqueléticas entre os servidores com trabalho físico e 32% em trabalho com predomínio de atividade mental.

Ferreira (2010) também cita outra pesquisa norte-americana realizada por Crimmins & Hayward (2004) na qual foi investigada a associação entre as características de trabalho e a incapacidade laborativa entre homens e mulheres em faixas etárias mais idosas nos Estados Unidos (EUA). Os autores partiram da hipótese de que trabalhos com atividades físicas pudessem causar distúrbios musculoesqueléticos e puderam verificar que as mulheres poderiam ser mais vulneráveis a algumas condições de trabalho com tarefas rotineiras e exigências físicas. Este seria, portanto, o motivo da maior prevalência de doenças musculoesqueléticas no sexo feminino.

Cabe também destacar que em unidades hospitalares, nos leitos de internação com pacientes dependentes, como os da unidade de terapia intensiva (UTI), é função dos auxiliares e técnicos de enfermagem, dar banho no leito, realizar trocas de roupas, fraldas e lençóis e mudar a posição dos pacientes acamados ou com dificuldade de movimentos a cada duas horas pelo menos, a fim de prevenir a formação de escaras. Pessoas em cadeiras de rodas, que permanecem sentadas durante muito tempo, devem mudar de posição com mais frequência, a cada dez ou quinze minutos e estas atividades exigem muito do físico dos trabalhadores.

Em relação à duração, as licenças podem ser consideradas curtas, uma vez que cerca de metade delas (52%) não superaram 15 dias, e, ainda, um quarto delas, duraram até sete dias. Metade dos trabalhadores da CSS com afastamento em 2011 teve somente uma licença. Por outro lado, há 5% de trabalhadores que tiveram mais de cinco licenças, tendo havido o registro de um caso com 24 guias de licença emitidas para um mesmo trabalhador. A média de licenças por trabalhador licenciado foi de 2,2 licenças.

Reis et al (2003), por meio de uma coorte de todos os trabalhadores da área de saúde de uma universidade pública, analisaram os fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem e os afastamentos de curta duração. Os resultados apontaram média de afastamentos de 1,4 por trabalhador, média de dias de 5,5, mediana de 1,0 dia e terceiro quartil de 7 dias. No grupo

estudado, 37,6% tiveram um afastamento, 26,3%, dois afastamentos, 14,7%, três, 10,4%, quatro afastamentos, e os demais (11%) tiveram cinco ou mais afastamentos.

No presente estudo, em relação ao número de guias emitidas por servidor, observou-se que para 50% deles, apenas uma guia de licença médica foi emitida no ano de 2011 e para um grupo de 21% houve a emissão de duas guias.

Não foi possível classificar as licenças médicas concedidas em inicial ou prorrogação por esta descrição não constar do banco de dados fornecido pelo DPME e também não foi encontrado registro de licenças por acidente de trabalho. Seria extremamente desejável que o trabalhador não fosse vítima de acidente de trabalho durante o exercício profissional, mas devido ao problema da sistemática utilizada pelo DPME para a mudança da licença saúde para acidente de trabalho depois de receber a documentação e a falta de atualização dos dados, não foi possível obter informações sobre os casos. Lamentavelmente, é difícil supor que durante todo o ano de 2011 não tenha existido nenhum episódio desta natureza.

No estudo de Sala et al (2009) a taxa de absenteísmo apurada foi de 2,8% entre os 58.196 trabalhadores da SES e correspondeu a 601.350 dias corridos de licença. Entre os trabalhadores em atividades nos hospitais a taxa foi de 3,1% entre os 22.239 trabalhadores, tendo sido gerados 266.044 dias de licença (44,2% do total de dias de licença do universo do estudo).

Neste estudo a taxa de absenteísmo foi de 3,38%, entre os 35.044 trabalhadores da CSS e correspondeu a 432.595 dias corridos de licença. É importante esclarecer que esse índice foi obtido em dias corridos para todo o ano de 2011, desconsiderando-se os dias úteis que foram 248, uma vez que seria necessário consultar cada licença concedida extrair os dias úteis de afastamento também.

A taxa de referência para o absenteísmo geral indicada em literatura (Ministério do Trabalho e Associações) é de 0,10 ao mês ou 1,2% ao ano, portanto o índice de apontado para o ano de 2011 na CSS neste estudo corresponde a quase três vezes o valor de referência.

A Resolução do COFEN – Conselho Federal de Enfermagem nº 293/2004 estabelece parâmetros para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em unidades assistenciais. Na realização destes cálculos se utiliza um coeficiente de

6,67% para a Taxa de Absenteísmo não planejado, ou seja, para as ausências e faltas por motivos diversos.

É importante observar que o índice de absenteísmo pode estar subestimado, uma vez que, com frequência, funcionários se utilizam de outros expedientes, tais como férias e licenças prêmios, para se afastarem do trabalho quando estão doentes e não, necessariamente somente via licença-saúde.

Quanto aos motivos que causaram os afastamentos, constatou-se que 22% estão relacionados ao agrupamento do Capítulo 13 do CID que compreende as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, seguido dos transtornos mentais e comportamentais, Capítulo 5, com 20% e em terceiro lugar os afastamentos em virtude de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, com 10% do total de casos em relação ao número total de licenças concedidas.

Estes resultados são semelhantes aos observados por Sala et al (2009) em 2004: 21,5% para as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Cap. 13), 19,2% para transtornos mentais e comportamentais (5), 11,8% para lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (9), 10,3% para as doenças do aparelho circulatório (9), 5,9% para doenças do aparelho respiratório (10) sendo os demais diagnósticos relacionados ao restante das licenças que corresponderam a 31,5% do total dos diagnósticos.

Observa-se que 23% dos afastamentos dentro do Capítulo das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo se enquadraram em dorsalgia ou "dor nas costas", que, segundo a CID, pode provir dos músculos, nervos, ossos, articulações ou outras estruturas ligadas à coluna vertebral.

No trabalho realizado por Monteiro (2006) foram citados outros estudos, tais como o realizado em unidades de internação de um hospital que atendia pacientes com alto grau de dependência, em que os pesquisadores identificaram a prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre auxiliares e técnicos de enfermagem segundo as áreas anatômicas do corpo humano. A região lombar teve 59% de prevalência, seguida dos ombros (40%), joelhos (33,3%) e pela região cervical (28,6%). Resultado semelhante de outro estudo também apontou que os indivíduos com ocupações com exigência de trabalho físico e mental (composta predominantemente

por auxiliares de enfermagem) apresentaram 31,9% de ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos.

Dentro deste capítulo das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, destacamos o CID “M79” que representou 3% do total de casos das doenças deste grupo. Na revisão de versão da CID no ano de 2008, foram introduzidas especificações para auxiliar profissionais médicos não reumatologistas a realizarem o diagnóstico diferencial entre reumatismo ou reumatismo não especificado e fibromialgia. Portanto, este grupo “M79” ainda pode ser considerado relativamente novo. Portanto ao encontrarmos o percentual de 3% entre os pesquisados podemos considerar como baixo, mas pode estar ocorrendo ainda pouca identificação de casos.

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa não inflamatória, caracterizada por dores musculares difusas, fadiga, distúrbios de sono, parestesias, edema subjetivo, distúrbios cognitivos e dor em pontos específicos sob pressão (pontos no corpo com sensibilidade aumentada ou tender-points). Esta síndrome tem como característica, causar muito sofrimento para os seus portadores e quanto mais avançado o estágio, maior o sofrimento, principalmente o psicológico. Como existe esta dificuldade de diagnóstico diferencial entre os médicos não reumatologistas, talvez o número de trabalhadores afetados por esta doença possa ser maior do que o valor que apurado.

Outra doença que foi registrada e que tem também difícil diagnóstico é o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). De acordo com a CID, trata-se de uma doença autoimune sistêmica caracterizada pela produção de autoanticorpos, formação e deposição de imunocomplexos, inflamação em diversos órgãos e dano tecidual, que não tem cura até o momento, mas que pode ser controlado. Muitos portadores da doença podem sofrer preconceitos em virtude da manifestação da doença sofrer interferência de fatores psicossomáticos. Observou-se a ocorrência de 58 casos de LES em mulheres, o que dentro dos 3.218 de casos de doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo desse estudo, representa 2% dos afastamentos.

O CID “S93” que concentra as entorses, luxações e distensão das articulações e ligamentos de pé e tornozelo, neste estudo representou cerca de 9% dos casos, que acrescidos dos casos de fraturas, de membros inferiores (região das pernas,

tornozelos e pés) totalizam 16% dos casos. As fraturas de membros superiores (ombro, braço e antebraço) somam 7%.

Seria importante realizar outros estudos que pudessem avaliar em que condições estes trabalhadores sofreram as fraturas, a fim de identificar se ocorreram no ambiente de trabalho, durante o trajeto ou se em outros locais não relacionados ao desempenho profissional e promover ações educativas e preventivas.

As doenças hipertensivas (I10-I15) foram responsáveis por 28% dos afastamentos por doenças do aparelho circulatório. Esta doença não tem cura e deve ser controlada, sua manifestação pode ser silenciosa e dificultar a identificação de sua presença nas pessoas.

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco importante e preocupa a todos em virtude das possibilidades de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, podendo causar doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Segundo pesquisas realizadas pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ranking das doenças crônicas no Brasil a hipertensão arterial ocupa o primeiro lugar com prevalência de 14% (estudo PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2008).

Segundo pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde (PORTAL BRASIL, 2013), segundo dados de 2012, no Brasil a hipertensão é

“doença é mais comum entre as mulheres (26,9%) que entre os homens (21,3%) e também varia de acordo com a faixa etária e a escolaridade. Entre os brasileiros com mais de 65 anos de idade, 59,2% se declaram hipertensos, contra apenas 3,8% na faixa de 18 a 24 anos e 8,8% de 25 a 34 anos.”

Em São Paulo, os dados corresponderam a 26,6% entre as mulheres, 20% entre os homens e no total 23,5%. (PORTAL BRASIL, 2013)

As doenças isquêmicas do coração, como é o caso da *angina pectoris* (I20) corresponderam a 7% dos casos de doenças do aparelho circulatório.

Pode-se observar que os “Transtornos Depressivos” corresponderam a 43% dos casos e segundo consta na descrição da CID estas perturbações caracterizam-se pela perda de prazer nas atividades diárias (anedonia), apatia, alterações cognitivas (diminuição da capacidade de raciocinar adequadamente, de se concentrar ou/e de

tomar decisões), alterações psicomotoras (lentidão, fadiga e sensação de fraqueza), alterações do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também hipersonolência), alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite), redução do interesse sexual, retraimento social, ideação suicida e prejuízo funcional significativo (como faltar muito ao trabalho ou piorar o desempenho escolar).

Se as classes de nível intermediário, tanto na área administrativa como na da saúde, representam quase a metade dos trabalhadores da CSS e são estes os responsáveis por grande parte das ações direcionadas diretamente aos pacientes e usuários do sistema de saúde, o número de casos de transtornos depressivos entre os trabalhadores afastados merece preocupação e análise mais profunda da situação.

De modo geral, a condição de estar doente não é desejável pelas pessoas, não sendo todas as que sofrem de doenças que se afastam do trabalho com licença. Geralmente, quando o afastamento acontece é porque estão ocorrendo limitações nas atividades da vida diária. Nem sempre quando o trabalhador retorna às atividades significa que esteja curado, permanecendo muitas vezes em acompanhamento ambulatorial e gerando dúvidas sobre quais seriam de fato suas condições reais para retornar às atividades de prestação de serviços ao público.

No caso dos transtornos depressivos, há referência pela CID quanto ao tipo de caso (leves, moderados ou graves), quanto aos episódios (atuais ou recorrentes) e quanto aos comportamentos manifestos. Na população estudada também houve o registro de cerca de 3% de casos de esquizofrenia e 2% de psicose entre os trabalhadores.

Relacionando os profissionais que realizam suas atividades diretamente com o público e as manifestações comportamentais dos transtornos depressivos, como imaginar quais as possibilidades de relacionamento interpessoal quando quem vai atender ao doente sofre de anedonia e apatia? E qual a condição real do profissional da enfermagem que deve administrar medicamentos aos pacientes e apresenta alterações cognitivas, como a diminuição da capacidade de raciocinar adequadamente e de se concentrar ou/e de tomar decisões? A avaliação destes quadros psíquicos e psicológicos pode ser bastante subjetiva. Vemos atualmente muitos casos na mídia, de trabalhadores da área da saúde manifestando surtos

durante o atendimento, além de diversos casos de profissionais que trocaram medicações ou fizeram confusões que levaram pacientes ao óbito.

A Síndrome de Burnout ou estafa profissional é um distúrbio psíquico de caráter depressivo consequente a exposição do indivíduo a prolongados níveis de estresse no trabalho e compreende exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal e vem sendo tema de vários artigos (TRIGO, 2007) por ser considerado um risco ocupacional para os profissionais que atuam na área da Saúde, Educação e Recursos Humanos. Essa Síndrome não se caracteriza apenas por isso, mas os distúrbios psíquicos apontados acima são indicadores importantes relacionados ao Burnout.

Na CID há a descrição identificada pelo código “Z73” como “Problemas relacionados com a organização de seu modo de vida” e “Z74” como “Problemas relacionados com a dependência de uma pessoa que oferece cuidados de saúde”. Neste estudo foram registrados apenas três casos com CID Z73 e dois como Z74, que poderiam indicar casos de Síndrome de Burnout. Pode-se observar pela descrição do diagnóstico diferencial, como existe certa subjetividade em caracterizar “problemas relacionados com a organização de seu modo de vida”, o profissional que atende ao paciente tem que estar muito bem preparado para conseguir realizar esta identificação.

Os sintomas psicossomáticos incluem enxaquecas, dores de cabeça, insônia, gastrite, úlceras, diarreias, crise de asma, palpitações, hipertensão, maior frequência de infecções, dores musculares, alergias, suspensão do ciclo menstrual nas mulheres. Os sintomas emocionais são impaciência, distanciamento afetivo, sentimento de solidão, sentimento de alienação, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, sentimento de impotência, desejo de abandonar o emprego, decréscimo do rendimento de trabalho, baixa autoestima, dúvidas de sua própria capacidade e sentimento de onipotência ou de impotência. Os sintomas comportamentais manifestos são os que geralmente levam ao absenteísmo em virtude da incapacidade de relaxar, mudanças bruscas de humor, isolamento, agressividade e violência, drogadicção e comportamento de risco.

Por este conjunto de sintomas e por ser ter uma classificação relativamente nova (início das discussões e descrição em 1970) pode existir dificuldade de



diferenciação diagnóstica com os quadros de depressão, ansiedade e suscetibilidade às dores físicas e, conseqüentemente, dificuldade de identificação dos casos de Síndrome de Burnout.

Os gestores devem ter em mente que é papel de cada unidade de lotação proporcionar aos seus funcionários um ambiente saudável de trabalho. É importante fazer uma boa gestão de saúde dos funcionários. As unidades poderiam desenvolver programas de nutrição, incentivar a prática de exercícios, realizar palestras e treinamentos e adotar outras iniciativas para orientação dos trabalhadores quanto à importância de cuidarem de sua saúde e manterem qualidade de vida.

Ficar atento à saúde dos funcionários e, principalmente, ao seu nível de stress também é importante para ajudá-los a manter a satisfação no trabalho. Algumas ações de baixo custo de implantação ou atitudes simples, como fazer convênio com empresas de massagem e oferecer o serviço para os funcionários gratuitamente ou com um bom desconto é algo que pode fazer a diferença no dia-a-dia e ajudar a relaxarem antes, durante ou no final do expediente.

É possível observar que quando as instituições se preocupam com as condições de trabalho dos funcionários públicos, estão quase sempre voltadas para questões burocráticas, de salários, de benefícios ou, quando incluem a saúde em suas pautas, pensam apenas na saúde física, acidentes de trabalho, indenizações, licenças e substituições.

É fundamental analisar a organização de trabalho, identificando aspectos que possam constituir em fatores de risco. No entanto, frequentemente a alteração desses aspectos, como os relacionados ao número de funcionários para executar determinada tarefa, às metas institucionais e às escalas de serviço, entra em conflito com as gerências de planejamento e produção. O planejamento de novos postos de trabalho ou novas atribuições, operações e processos de trabalho visando evitar condições que coloquem os trabalhadores em risco deve fazer parte da cultura a ser difundida na Secretaria da Saúde.

Desenvolver um sistema efetivo de comunicação, enfatizando a importância da detecção e tratamento precoce das afecções para evitar seu agravamento e a incapacidade para o trabalho parece ser tarefa urgente diante do número de trabalhadores que adoecem independente das causas.

Quanto mais o trabalho exige a execução de movimentos repetitivos, sem possibilidade de realizar pausas, sem respeitar o ritmo de cada trabalhador, mais sobrecarga traz aos músculos, tendões e articulações e mais suscetíveis estarão os funcionários a doenças osteomusculares.

Quanto aos afastamentos por problemas de saúde, podemos supor que o trabalhador ao recorrer à licença médica para se afastar do trabalho, já pode apresentar fases adiantadas de doença, encontrando dificuldade de se manter na atividade laboral. A avaliação médica muito praticada nas instituições atualmente ainda se restringe aos relatos do paciente, que recebe receitas e passa por exames complementares (radiografias, exames de sangue, ultrassonografias, ressonâncias magnéticas e tomografias computadorizadas), em consulta que dura poucos minutos, com rápida permanência dentro do consultório médico. A perícia médica acaba se constituindo, portanto, em atividade apenas administrativa.

Muitas vezes o trabalhador trabalha doente ou se utiliza de outros mecanismos administrativos para se ausentar do trabalho, tais como falta abonada ou licença-prêmio, o que pode mascarar dados referentes aos seus reais problemas de saúde.

O afastamento do trabalho, se por um lado propicia alívio físico, por outro pode repercutir negativamente na esfera psíquica do trabalhador, aumentando a observação de afastamentos decorrentes de estados depressivos, desânimo, fadiga e desmotivação.

O tratamento não deveria ter foco só numa determinada lesão ou quadro clínico, mas na pessoa como um todo, do ponto de vista físico e psíquico, como no próprio princípio do SUS: integralidade na assistência à saúde.

Uma anamnese mais completa, que envolvesse exame físico mais detalhado e que incluísse análise ocupacional, em que o trabalhador pudesse contar detalhes sobre seus problemas pessoais, as dificuldades trabalho, desde a jornada real que costuma fazer, a existência ou não de pausas para refeições e descanso, o fluxo de atividades, as características das atividades, os movimentos necessários, a produtividade exigida, as formas de pressão, entre outros aspectos, poderia auxiliar no processo de diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção.

## 6. CONCLUSÕES

Gestores e trabalhadores podem ter dificuldade em reconhecer o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença dos indivíduos. Mecanismos, informes ou relatórios regulares poderiam se constituir em importante fonte de consulta e parâmetros para avaliação da gestão dos recursos humanos nas unidades de saúde.

Ao realizar este estudo foi possível constatar a dificuldade de construção do banco de dados cruzando informações sobre os trabalhadores e os afastamentos por problemas de saúde.

Foi bastante complexo e exigiu muitos conhecimentos no que se refere ao manejo de softwares específicos, estatística aplicada, construção de planilhas e tabelas, que provavelmente não fazem parte da realidade da formação da maioria dos gestores.

Os resultados apontados sobre as taxas de absenteísmo e os motivos dos afastamentos merecem mais estudos e espaço para discussão entre os órgãos de recursos humanos e serviços de saúde do trabalhador.

A saúde dos trabalhadores da Saúde merece ser pauta constante da alta administração da Secretaria da Saúde, pois mesmo que a haja o avanço das novas tecnologias, da Medicina e dos tratamentos e medicamentos, a essência do serviço ainda depende da força da mão de obra, humana.

Embora existam as normas regulamentadoras que norteiam o funcionamento das unidades de saúde, às vezes pode parecer que na prática, ainda sejam insipientes, pouco difundidas ou praticadas, dados tantos problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores, muitos passíveis de intervenções educativas e preventivas.

O trabalho não deve ser causador ou produzir desencadeantes para agravos à saúde do trabalhador. Tendo em vista que a Secretaria da Saúde desempenha o papel de prestador de serviços responsável pela prevenção e promoção da saúde de toda a população, deve se preocupar com a saúde de seus trabalhadores, deve desenvolver ações no sentido de garantir condições pessoais e materiais de trabalho capazes de manter um nível de saúde dos responsáveis pela Saúde de toda a população atendida em seus órgãos.

A Secretaria da Saúde deveria se interessar por todas as informações que permitam traçar políticas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação de seus trabalhadores.

Os gestores devem ter em mãos ferramentas úteis para conduzir um programa de satisfação de funcionários e de produtividade da organização, como por exemplo, o acompanhamento do índice de absenteísmo (ausências no trabalho), que mede a diminuição da carga total de horas de trabalho. Pode funcionar como um termômetro de ausências no trabalho, que também quer dizer, redução na carga-horária de trabalho.

É necessário analisar cuidadosamente os afastamentos por problemas de saúde, para se ter um panorama ao longo de cada ano e sobretudo, realizar um planejamento mais estratégico e voltado à saúde do trabalhador. É importante ter como objetivo o resgate e a reconstrução da identidade do trabalhador adoecido como cidadão, cuidar de quem cuida, promover e preservar a saúde de quem presta serviços de saúde.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 7.1 Livros, artigos e publicações:

CHIAVENATO, Idalberto. Recursos Humanos. Edição compacta. São Paulo: Editora Atlas; 1991. p.119,120, 263, 336, 337.

FERREIRA, Nancy Vieira. Perfil da aposentadoria por invalidez em servidores públicos municipais do Rio de Janeiro de 1997 a 2008. [Dissertação Apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fiocruz como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública - Saúde do Trabalhador]. Rio de Janeiro; 2010.

LACAZ, F.A.C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 13(Supl. 2): 7-19, 1997.

LEVY, Evelyn e Drago, Pedro Aníbal (organizadores). Gestão Pública no Brasil Contemporâneo. 2ª impressão. São Paulo: Edições Fundap; 2005. p.331.

MINAYO, Gomez. Francisco Antonio de Castro Lacaz. Saúde do trabalhador: novas - velhas questões. Ciência & Saúde Coletiva, 10(4): 797-807. São Paulo; 2005.

MONTEIRO, Maria Silvia. MS, Alexandre NMC, Rodrigues CM. Doenças musculoesqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo; 2006; p. 40(1):20-5.

PORTO, Mário Augusto. Faltas e licenças médicas, o absenteísmo na Secretaria de Estado da Educação de São Paulo. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010. Acesso ao artigo em 12/08/2013 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28062011-101241/pt-br.php>.

REIS, Ricardo José dos. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. [Estudo realizado no Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Minas Gerais e apresentado no 16th Congress on Epidemiology in Occupational Health. Barcelona, Espanha, 2002]. Revista de Saúde Pública: 2003; 37(5):616-23.

SALA, A. et al. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. Caderno de Saúde Pública 25(10): p.2168-2178. Rio de Janeiro; 2009.

TEIXEIRA, MLP. Acidentes e doenças do trabalho de profissionais do setor transporte: análise dos motoristas no Estado de São Paulo, 1997 a 1999. São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

TRIGO, Telma Ramos. Chei Tung Teng. Jaime Eduardo Cecílio Hall. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Revista de Psiquiatria Clínica; São Paulo: 2007. 34 (5); 223-233.

## 7.2. Sites

BRASIL, PORTAL BRASIL. Saúde: Controle de doença - Hipertensão atinge 24,3% da população adulta; Brasília: 2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertensao-atinge-24-3-da-populacao-adulta>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças Relacionadas com o Trabalho: Diagnóstico e Condutas - Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde – OPS - Capítulo 1. Brasília; 2001. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/66991231/Livro-Doencas-Relacionadas-ao-Trabalho-anual-de-Procedimentos-para-os-Servicos-de-Saude-MS> p.17-26

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Negociação no trabalho. Brasília; 2012 [acesso em 22 abril 2012]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1288](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1288)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consulta Pública nº 03/2011. Brasília; 2011 [acesso em 22 abril 2012]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/1039/24/ministerio-prorroga-prazo-da-consulta-publica-sobre-promocao-da-saude-do-trabalhador-do-sus.html>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Textos de apoio: coletânea nº 1. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília; 2005 [acesso em 22 abril 2012]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>

BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Legislação: Normas Regulamentadoras. Brasília; 2012 [acesso em 23 abril 2012]. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>

BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora Nº. 32. Brasília; 2008 [acesso em 22 abril 2012]. Disponível em:

[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BD509161913AB/guia\\_tecnico\\_cs3.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BCB2790012BD509161913AB/guia_tecnico_cs3.pdf)

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – versão 10 revisada. Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>

SÃO PAULO, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Legislação: Saúde. São Paulo; 2009. [acesso em 23 abril 2012] Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2009/maio/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-80-04052009/legislacaoestadual/e\\_rs-ss-64\\_300409.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2009/maio/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-80-04052009/legislacaoestadual/e_rs-ss-64_300409.pdf)

SÃO PAULO, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Relatório Final da 3ª Conferência Estadual da Saúde do Trabalhador. São Paulo; 2005. [acesso em 22 abril de 2012] Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces//regimento-interno/conferencias/3conferenciaestadualdesaudedotrabalhador/regimento\\_nacional-3cnst.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces//regimento-interno/conferencias/3conferenciaestadualdesaudedotrabalhador/regimento_nacional-3cnst.pdf)

WHO - World Health Organization. Occupational health. Genebra; 2012 [acesso em 22 abril 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/topics/occupational\\_health/en/](http://www.who.int/topics/occupational_health/en/)

WHO - World Health Organization. Declaration on Workers Health. Genebra; 2006: item 9, p.2. [acesso em 22 abril 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/occupational\\_health/Declarwh.pdf](http://www.who.int/occupational_health/Declarwh.pdf).

## 8. ANEXOS

### Anexo 1 – Termo de Consentimento



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
 GRUPO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
 Av. Dr. Arnaldo, 351 – 3º andar – São Paulo - Capital  
 Fone: 3066-8948

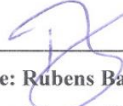
#### Termo de Consentimento

A Secretaria de Estado da Saúde, por meio de sua Coordenadoria de Recursos Humanos, está desenvolvendo um estudo que tem como objetivo central conhecer e analisar o perfil de afastamentos por motivo de saúde entre seus servidores, utilizando para este fim os dados das perícias médicas realizadas pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado (DPME) durante o ano de 2011.

Como objetivo específico, busca-se identificar subgrupos de servidores que concentrem maiores quantidades de licenças e de dias de ausência do trabalho decorrente de episódio de adoecimento, bem como os motivos (diagnósticos) relacionados a estes afastamentos. Pretende-se, ainda, comparar os dados de 2011 com os dados de estudo anterior, realizado com base no ano de 2004.

A Coordenadoria de Recursos Humanos, bem como os seus pesquisadores, comprometem-se com a garantia de privacidade e de confidencialidade dos dados, sendo que a posterior divulgação dos resultados de análises dos dados referentes às perícias médicas realizadas pelo DPME omitirá sempre qualquer informação que possa identificar pessoalmente os servidores submetidos a estas perícias.

**Declaro estar ciente dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa e autorizando a utilização das informações contidas no arquivo de dados das perícias realizadas em 2011 cedido à Coordenadoria de Recursos Humanos, de acordo com as proposições acima referidas.**

  
 Rubens Barranco Júnior  
 RG 14.273.427-5  
 Diretor Técnico II  
**Nome: Rubens Barranco Júnior**  
**Cargo: Diretor Técnico II**



Arnaldo Sala  
 Diretor Técnico de Saúde III  
 Responsável pelo projeto



## Anexo 2 – Parecer do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Instituto de Saúde CEPIS - SP**PROJETO DE PESQUISA**

---

**Título:** Estudo das licenças médicas entre os servidores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2011**Área Temática:****Pesquisador:** Arnaldo Sala**Versão:** 1**Instituição:** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**CAAE:** 02171312.1.0000.5469

---

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

---

**Número do Parecer:** 63784**Data da Relatoria:** 10/07/2012**Apresentação do Projeto:**

o projeto está bem apresentado e fundamentado na literatura. Apresenta clareza nos passos e na metodologia a ser utilizada. O cronograma é factível. Tem relevância para o Sistema de saúde

**Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisa tem por objetivo mapear, sistematizar e analisar dados relativos às licenças médicas concedidas pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo à funcionários da Secretaria de Estado da Saúde, a fim de compará-los a um estudo realizado em 2004. O objetivo está bastante claro

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos para os envolvidos, na medida em que serão utilizados apenas dados dos prontuários médicos relativos às licenças. Existe documentação que autoriza essa utilização

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, na medida em que o número de licenças médica à servidores da saúde é elevado e não há informações sistematizadas sobre o tema. Tal informação sobre os principais motivos de licenças é fundamental para os gestores tanto para a organização dos serviços quanto para a proposição de estratégias qu promovam melhores condições de trabalho

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

Estão adequados

**Recomendações:**

Não há

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

Não há pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

31 de Julho de 2012

---

Assinado por:  
Ligia Rivero Pupo