



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

MIRIAM MALACIZE FANTAZIA

**PERFIL DO ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES
DE CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR
PAULISTA: ANÁLISE DOS DADOS DE ABSENTEÍSMO
POR MOTIVO DE DOENÇA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Dias
Co-Orientadora: Profa. Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias

**Botucatu
2015**

Miriam Malacize Fantazia

**PERFIL DO ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES
DE CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR
PAULISTA: ANÁLISE DOS DADOS DE
ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Dias
Co-Orientadora: Profa. Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias

**Botucatu
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Fantazia, Miriam Malacize.

Perfil do adoecimento dos trabalhadores de câmpus
universitário do interior paulista : análise dos dados de
absenteísmo por motivo de doença / Miriam Malacize
Fantazia. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Adriano Dias

Coorientador: Maria Dionísia do Amaral Dias

Capes: 40601005

1. Saúde do trabalhador. 2. Absenteísmo (Trabalho). 3.
Setor público. 4. Saúde coletiva.

Palavras-chave: Absenteísmo; Saúde do trabalhador; Setor
público.

MIRIAM MALACIZE FANTAZIA

**PERFIL DO ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DE CÂMPUS
UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR PAULISTA: ANÁLISE DOS DADOS DE
ABSENTEÍSMO POR MOTIVO DE DOENÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Dias

Co-Orientadora: Profa. Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Adriano Dias
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Profa. Dra. Mara Alice Batista Conti Takahashi
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEREST Piracicaba

Botucatu, 26 de Agosto de 2015.

DEDICATÓRIA

Ao Fagner, meu companheiro, pela compreensão, amor e incentivo.
A nós, trabalhadores que diariamente lutamos por nosso ganha-pão.
À vida, que me oportuniza diariamente condições de superação e aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Adriano Dias, querido orientador, pela compreensão, dedicação e generosidade. Não há palavras que sejam capazes de demonstrar minha profunda admiração e respeito. Obrigada por confiar, que mesmo após inúmeras dificuldades, eu chegaria até o final, quando nem mesmo eu acreditava que seria possível.

Aos Professores Maria Dionísia do Amaral Dias e Ildeberto Muniz de Almeida, pelo acolhimento, disponibilidade, incentivo e amizade.

Às Professoras Edvânia Ângela de Souza Lourenço e Mara Alice Batista Conti Takahashi, pelas preciosas contribuições.

À amiga Dra. Ludmila Candido Braga, por todo incentivo.

Aos amigos que encontrei no mestrado, que certamente, serão de longas datas.

Aos amigos da Seção Técnica de Saúde da Administração Geral do Câmpus de Botucatu – UNESP.

À UNESP, enquanto empregador, que permitiu que eu pudesse me dedicar a este estudo. Muito obrigada!

À instituição que permitiu acesso aos dados e realização da pesquisa. Que esse trabalho possa de alguma forma contribuir para continuidade de seu desenvolvimento.

NADA É IMPOSSÍVEL MUDAR

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural
nada deve parecer impossível de mudar.

Bertold Brecht (1898-1956)

RESUMO

FANTAZIA, M. M. Perfil do Adoecimento dos Trabalhadores de Câmpus Universitário do Interior Paulista: análise dos dados de absenteísmo por motivo de doença. 71 p. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Botucatu, 2015.

O perfil de adoecimento e mortalidade de trabalhadores vem mudando na medida em que são alterados os modos de produção e de trabalho na sociedade, atingindo instituições privadas e públicas. Nas instituições públicas, as recentes mudanças ocorrem a partir da década de 90 e preveem a adoção de novos mecanismos de gestão e de organização do trabalho, com exigência de maior produtividade, aumento de ritmo, enxugamento do contingente de trabalhadores, contratações com vínculos precarizados e terceirizados, flexibilização dos direitos e da remuneração dos trabalhadores, entre outros. Resultante desta dinâmica, surgem índices elevados de adoecimento físico e mental entre os trabalhadores públicos, ocasionando o absenteísmo-doença, considerado como a ausência ao trabalho relacionada à doença e justificada por atestado/licença médica. A presente pesquisa teve o objetivo de estabelecer o perfil de afastamento por motivo de doença de trabalhadores estatutários de câmpus universitário do interior paulista no ano de 2012. O estudo foi transversal com utilização de dados secundários extraídos de sistemas de atendimentos ocupacional e pericial da instituição, analisados no programa estatístico *IBM SPSS Statistics* (v.21.0), e os resultados apresentados em frequências simples e acumuladas, em associações estimadas por testes do quiquadrado e por aplicação de testes *post-hoc* Z com coeficientes de correção de Bonferroni para determinação das diferenças entre as distribuições. Os dados mostram que em 2012, 538 trabalhadores do regime estatutário se afastaram do trabalho por motivo de doença. O perfil destes trabalhadores é composto por pessoas do sexo feminino, casado, com idade superior a 41 anos, sua maioria lotada no hospital das clínicas universitário, com cargos de nível médio da área da enfermagem, e com 11 a 30 anos de tempo de serviço na instituição. A maioria teve um episódio de afastamento, e 11% foram readaptados. Os agravos mais encontrados foram os do grupo dos transtornos mentais e comportamentais, e das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com duração de até 15 dias. Para além do perfil, o tratamento estatístico apontou que algumas características sociodemográficas como sexo e idade, características funcionais como unidade de trabalho e cargo influenciaram no desenvolvimento do agravo, da mesma forma que o tempo de afastamento e a condição de readaptação são influenciadas pelo agravo que acometeu o trabalhador. Os achados estão em acordo com a literatura científica da área, e podem ser utilizados tanto na esfera administrativa, quando na esfera pericial e de saúde do trabalhador, para nortear tomadas de decisões, avaliações de saúde e condições de trabalho.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, absenteísmo, setor público.

ABSTRACT

FANTAZIA, M. M. The profile of illness among workers of a university campus in the state of São Paulo: analysis of illness-related absenteeism. 71p. Master's dissertation, Collective Health Graduation Program, Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Botucatu, 2015.

The profiles of illness and death among workers have changed with the introduction of new production and work methods in society, both in private and in public institutions. In public institutions, recent changes, starting in the 90s, include new management and work organization methods that entail better productivity, faster paced work, employee downsizing, temporary staffing and outsourcing, and labor market flexibility among others. As a result, the rates of physical and mental illness among public servants have increased leading to illness-related absence, defined as time off from work due to illness certified by a physician/sick leave. The objective of this study was to establish the profile of illness-related absence among statutory workers of a Brazilian state public university, in 2012. In this cross-sectional study, secondary data extracted from the institution's occupational medical examination systems and medical reports were analyzed using IBM SPSS Statistics software (v.21.0). The results have been reported as simple and cumulative frequencies, associations estimated by chi-square tests, and distribution differences determined by post-hoc Z tests with Bonferroni's correction coefficient. During the study period, 538 workers were on sick leave. Workers consisted of married females aged over 41 years. Most of them had been working on the institution's hospital of clinics for 11-30 years holding intermediate level nursing positions, and had taken leave once. Of these, 11% were provided with job accommodation. The most frequent causes for leaves, which lasted for up to 15 days, were mental/behavioral disorders, and osteomuscular and connective tissue diseases. Statistical analysis demonstrated that some sociodemographic characteristics, such as sex and age, and job characteristics, such as work unit and position, influenced the development of illness, which in turn influenced leave duration and job accommodation conditions. These findings can be useful for decision making and assessing not only in the administrative sphere but also in the areas of medical expert reporting and occupational health

Keywords: occupational health, absenteeism, public sector.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Análise exploratória das informações sociodemográficas dos trabalhadores afastados no ano de 2012.....	33
Tabela 2 –	Análise exploratória das informações funcionais dos trabalhadores afastados no ano de 2012.....	36
Tabela 3 –	Análise exploratória das informações funcionais periciais dos trabalhadores afastados no ano de 2012.....	37
Tabela 4 –	Análise exploratória do primeiro agravo e dias no primeiro episódio de afastamento dos trabalhadores no ano de 2012.	39
Tabela 5 –	Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído por faixas etárias dos trabalhadores afastados no ano de 2012.....	41
Tabela 6 –	Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído por sexo dos trabalhadores afastados no ano de 2012.....	43
Tabela 7 –	Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído pela unidade de trabalho dos trabalhadores afastados no ano de 2012.	45
Tabela 8 –	Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído pelo cargo dos trabalhadores afastados no ano de 2012.....	48
Tabela 9 –	Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído pelo tempo de serviço em anos dos trabalhadores afastados no ano de 2012.....	53
Tabela 10 –	Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuídos pelos dias em que os trabalhadores estiveram afastados no ano de 2012.	55
Tabela 11 –	Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuídos pela condição de readaptação dos trabalhadores afastados no ano de 2012.	57

LISTA DE ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRM	Conselho Regional de Medicina
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
Ntep	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
SAM	Sistema de Atendimento Médico
SOC	<i>Software</i> Integrado de Gestão Ocupacional
TMC	Transtorno Mental Comum
UNESP	Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
O mundo do trabalho contemporâneo	11
O trabalho no serviço público.....	16
Adoecimento do trabalhador	17
Relevância do estudo	23
 OBJETIVOS.....	 25
Geral.....	25
Específicos	25
 MÉTODO.....	 26
Variáveis	28
Análise de Dados	30
 RESULTADOS E DISCUSSÃO	 32
 CONCLUSÃO	 58
 REFERÊNCIAS.....	 60
 ANEXO	 69

INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho contemporâneo

O trabalho é o fundamento da emancipação humana, considerado um ato social e um meio de transformação do próprio homem. O homem, pelo trabalho, é capaz de extrair e transformar elementos da natureza para sua própria satisfação, exigindo, para isso, que os seres humanos se relacionem entre si, e, na medida em que tem suas necessidades atendidas por meio do trabalho, torna-se criador de novas necessidades (IASÉ, 2010).

Decorrente da centralidade do trabalho em nossa sociedade contemporânea, ele possui uma função psicológica que influi no “desenvolvimento pessoal, na construção do próprio valor e na contribuição de cada um para a formação do patrimônio histórico-cultural humano” (LIMA, 2006, p. 112-113).

Entretanto, da mesma forma que o trabalho é considerado fonte criadora, de satisfação, crescimento, realização e saúde, sabe-se que é, também, a causa, quando realizado em determinadas condições, da manifestação de doenças que em certa medida dilaceram todas as esferas da vida humana.

Diversos estudos têm demonstrando que a distribuição do adoecimento e da mortalidade em uma dada sociedade muda na medida em que as relações de produção e do trabalho são alteradas, atingindo os trabalhadores de forma desigual, conforme sua classe social, categoria, profissão e ocupação, determinando formas específicas de sofrimento (RIBEIRO, 2007; ANTUNES, 2010; ARAÚJO, 2011; SELIGMANN-SILVA, 2011; ALVES, 2013; entre outros).

Na perspectiva histórico-dialética, o perfil de adoecimento atual do trabalhador é considerado um fenômeno resultante, principalmente, da crise capitalista de meados de 1970, que provocou uma reestruturação no mundo do trabalho e favoreceu transformações na década de 1990, com a adesão ao modelo de produção japonês toyotista e constituição de uma nova versão do capitalismo, o capitalismo do neoliberalismo, marcado pela financeirização da riqueza, mundialização do capital e reestruturação produtiva com precarização do mundo do trabalho no setor privado e público (ANTUNES, 2010; ALVES, 2013).

O modelo de produção *toyotista* articulou características do *taylorismo* e do *fordismo* às novas necessidades de acumulação do capital a partir da década de

1960/70, com aumento da racionalização do trabalho vivo para adequação ao princípio do trabalho morto, aumentando ainda mais o caráter de mercadoria dado a força de trabalho (ALVES, 2011).

Essa nova versão do capitalismo impulsionou a canalização dos investimentos para o mercado financeiro, em vez de direcioná-los para a produção, repercutindo na condição de emprego e bem-estar social dos trabalhadores. Os novos empregos passaram a ser caracterizados pelo aumento da exploração da força de trabalho e diminuição de seu valor, ao mesmo tempo em que cresce o emprego de máquinas e tecnologias no processo produtivo, estimulado pela busca do aumento dos lucros e redução dos custos de produção, substituindo gradativamente o emprego da força de trabalho. A esfera pública, ainda isenta dessas transformações, passa também a sofrer os efeitos dos processos de reorganização do mundo do trabalho (ALVES, 2013).

Nos períodos de crise financeira aumentam os índices de desemprego, pois a economia torna-se incapaz de absorver o contingente de força de trabalho existente, enquanto que, em períodos de recomposição da economia aumentam os postos de trabalho precários, não dignos e inseguros (ALVES, 2013).

O trabalho precário possui caráter flexível em relação à condição salarial, à legislação trabalhista e sindical com redução de direitos sociais, contratos e jornadas de trabalho, como estratégia para acumulação do capital. No entanto, a partir da década de 2000, essa precariedade passa a ser ocultada devido a alta rotatividade e diversidade de formas de contratação da força de trabalho (pessoa jurídica, *home office*, trabalho autônomo, entre outros) (ALVES, 2013).

Com a incorporação de maquinário e tecnologia, os ambientes de trabalho reestruturados exigiram um operário com novos conhecimentos técnicos-comportamentais e, assim, com uma nova formação educacional e sócio-profissional, capaz de otimizar o processo de produção, conforme o princípio da automatização do modelo *toyotista*. O progresso da tecnologia fez com que as cargas de trabalho físico diminuíssem, aumentando as cargas de trabalho mental, e incidindo, conseqüentemente, na exigência do aumento da produtividade por meio do aumento do ritmo de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011; ALVES, 2013; SILVA, 2013).

Houve a flexibilização da jornada de trabalho, com adoção do banco de horas, que possibilita o aumento ou diminuição da jornada de trabalho, mediante

compensação de horas em outro período, colocando o empregado à inteira disposição do capital. O banco de horas permite que o empregador exija trabalho extra e compensação dessas horas trabalhadas da maneira que lhe convier (ALVES, 2013; SILVA, 2013).

O resultado dessa flexibilização da jornada e aumento do ritmo de trabalho, tem repercutido no aumento de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, sendo registradas, inclusive, mortes devido ao estresse laboral (SILVA, 2013). No Brasil, entre 2001 e 2008, houve aumento de 60% do número de acidentes de trabalho e, entre 2006 a 2008, incremento de 586% nos casos de LER/DORT, o que ainda pode não corresponder à absoluta realidade, visto ainda existir expressiva subnotificação (SILVA, 2013).

Outro mecanismo de precarização do mundo do trabalho é o enxugamento dos setores, no qual um trabalhador passa a desenvolver aquilo que antes era realizado por vários trabalhadores, exigindo-se assim um trabalhador polivalente, capaz de desempenhar várias funções. A polivalência altera suportes da identidade laboral e da saúde mental dos trabalhadores, pois levam à perda do reconhecimento pelo trabalho especializado que desenvolviam (MUSTAFA; BENATTI, 2010; SELIGMANN-SILVA, 2011).

A flexibilização atinge, inclusive, os contratos de trabalho quando, utilizando-se do discurso da necessidade de redução dos custos de produção, diminui do número de trabalhadores estáveis e aumenta a contratação de trabalhadores com vínculos e condições precárias. A flexibilização dos contratos de trabalho impacta, diretamente, no plano da consciência de classe dos trabalhadores, desarticulando as lutas coletivas dos trabalhadores (ALVES, 2013).

A nova empresa adotou estratégias de demissões por meio de programas de incentivo à aposentadoria voluntária, com objetivo de realizar uma reestruturação geracional de seu coletivo de trabalhadores, passando a contratar operários e empregados mais jovens e capazes de se adequarem aos preceitos *toyotistas*. Esses novos contratos de trabalho são por tempo determinado, parciais e terceirizados, principalmente em empresas estatais e no setor público, na forma de estágios, cooperativas (destacadamente na área da saúde) e externalização de serviços públicos para outras organizações como fundações de apoio, organizações sociais e empresas privadas (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; ALVES, 2013).

Todas essas mudanças alteram a condição de negociação e o plano de direitos da categoria assalariada, pois os trabalhadores estáveis passaram a dividir o mesmo local de trabalho daqueles com vínculos precários e temporários, causando desta forma, sofrimento e insegurança pela ameaça da demissão imotivada (ALVES, 2013).

No modelo *toyotista* se adota também a retribuição flexível, em que se remunera o trabalhador em função de seu desempenho e alcance de metas, bem como ao da empresa, enfraquecendo, desta forma, o poder de negociação do trabalhador com o patronato. Na adoção da remuneração flexível, o trabalhador se cobra por desempenhos cada vez maiores, ultrapassando desta forma seus limites físicos e psíquicos, resultando em altos níveis de fadiga e ansiedade (ALMEIDA et al., 2010; SELIGMANN-SILVA, 2011; ALVES, 2013).

O novo mundo do trabalho tem utilizado o pagamento de horas extras, prêmios por produção, e o adicional monetário de insalubridade e periculosidade como mecanismo de troca à adesão do trabalhador ao aumento da exploração de sua força de trabalho, às práticas inseguras, condições insalubres de trabalho e riscos de vida. Essas remunerações, em dinheiro, acabam representando melhoria nos baixos salários dos trabalhadores que, conseqüentemente, abrem mão da exigência por condições laborais saudáveis (ALMEIDA et al., 2010; SELIGMANN-SILVA, 2011).

As novas modalidades de contratação e a flexibilização na remuneração dos trabalhadores alteram as relações entre os trabalhadores atingindo a dimensão da sociabilidade, nas quais os laços sociais são rompidos, dificultando a experiência do coletivo em função de suas inseguranças. A relação que o trabalhador possui com si próprio também é alterada, pois sua força de trabalho é reduzida à mercadoria, resultando na corrosão de sua autoestima. (ALVES, 2013).

O capital global disseminou, principalmente pelo discurso dos meios de comunicação, a ideologia do individualismo, o que também incidiu para a eliminação da consciência e luta de classe, impactando no enfraquecimento do sindicato, no aumento da competitividade e na precarização ética das relações, ocasionando danos à saúde do trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 2011; ALVES, 2013).

“A flexibilização que se estabeleceu no mundo do trabalho como novo “princípio básico” também habita a sociedade contemporânea

onde “o que era sólido se desmanchou no ar”, inclusive os valores básicos que presidiam a vida cotidiana, o funcionamento da família e de todas as instituições” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 622).

Surge, ainda, neste contexto, o trabalho ideológico, que é a ação dos homens sobre as consciências de outros homens, para conservar ou transformar a realidade, atuando na reprodução social e engajamento das equipes, por meio da “captura” da subjetividade do trabalhador. O trabalho ideológico se presta a traduzir os anseios do capital em crise, em novas medidas gerenciais e novos métodos de gestão, que mobilizam valores e fantasias dos trabalhadores, buscando controlar seu comportamento, interferindo em sua organização coletiva e consciência de classe, para maior exploração de sua força de trabalho (ALVES, 2010; ALVES, 2013).

A captura da subjetividade do trabalhador é um processo que ocorre na intersubjetividade e nas relações sociais do trabalhador e é meio de manipulação do trabalhador, para adesão aos preceitos *toyotista* e submissão às condições de precariedade postas pelo atual mundo do trabalho (ALVES, 2010; ALVES, 2013):

“...articula mecanismos de coerção/consentimento e de manipulação não apenas no local de trabalho, por meio da administração pelo “olhar”, mas nas instâncias sócio-reprodutivas, com a plethora de valores-fetiches e emulação pelo medo que mobiliza as instâncias da pré-consciência/inconsciência do psiquismo humano” (ALVES, 2013, p. 97).

Outro processo que vem ocorrendo também no mundo do trabalho é a feminização da força de trabalho, no qual as mulheres trabalhadoras chegam a ocupar quase 50% dos postos de trabalho em vários países, resultando em uma divisão sexual do trabalho, que determina os espaços laborais que serão ocupados diferentemente por homens e mulheres. Na prática, os homens ocupam cargos que exigem maior qualificação técnica, enquanto que as mulheres ocupam os de menor qualificação, sendo obrigadas a exercerem tarefas pouco valorizadas e reconhecidas, associadas à paciência e minúcia, principalmente no setor público, na educação, na saúde, na prática do cuidado das pessoas e das casas, como no caso de domésticas e diaristas. A mulher ainda acumula duplicidade do ato laboral, pois além de inserida no mundo do trabalho é responsável por atividades familiares historicamente ligadas a elas (HIRATA, 2009; NEVES et al., 2011; ALVES, 2013; ANTUNES, 2013).

O trabalho no serviço público

O trabalho no serviço público, ainda que exija a aprovação em concurso, desperta grande interesse nos trabalhadores, devido aos direitos e vantagens da área, como a oportunidade de uma carreira linear em uma única empresa, segurança pela estabilidade das organizações, oportunidade de formação profissional e capacitação técnica, crescimento por meio dos planos de carreira e promoções, regime previdenciário próprio com a execução de aposentadorias integrais e respectivas aos valores salariais praticados ao trabalhador ativo, entre outros (BRASIL, 1988; RIBEIRO; MANCEBO, 2013).

No entanto, a partir da década de 1990, paralelamente às transformações ocorridas no mundo do trabalho, teve início uma reforma do Estado, movimento político e ideológico com raízes econômicas, que visa minimizar a interferência do Estado nas relações entre os agentes privados e a oferta de serviços públicos, e que alterou a forma como o trabalho é organizado também na esfera pública (CARNEIRO, 2011). Essa reforma determinou a adoção de práticas de gestão até então típicas da esfera privada, com foco na busca por resultados, qualidade e eficiência, mas agora nos serviços públicos (CARINHATO, 2008; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; SILVA, 2011; FILHO; NAVARRO, 2013; MOTTA, 2013; GAULEJAC, 2007 apud FILHO; NAVARRO, 2013).

As mudanças em dispositivos técnicos, regras de gestão e reorganizações dos ambientes resultam, da mesma forma que na esfera privada, em aumento da carga de trabalho, redução de pessoal, autonomia e remuneração e provocaram nos trabalhadores profundas desestabilizações, acirrando comportamentos de competição entre colegas, dificultando a inserção dos mesmos nos novos coletivos, desarticulando a capacidade de engajamento social, produzindo sentimentos de isolamento e insegurança no emprego (CHANLAT, 2002; METZGER, 2011).

As medidas adotadas exigiram um novo perfil de trabalhadores alinhados aos ideários *toyotistas* e gerencialistas, com capacidade para trabalharem em equipes flexíveis e competitivas, com habilidade de lidar com pressão e mudanças constantes (METZGER, 2011; FILHO; NAVARRO, 2013).

As organizações públicas realizam também um enxugamento de toda a máquina com extinção dos cargos considerados não essenciais, possibilitando a contratação de trabalhadores terceirizados e por tempo determinado. As fundações

de apoio foram fortalecidas e passaram a realizar contratações de funcionários regidos pela CLT, com aplicação de salários diferentes daqueles praticados para trabalhadores estáveis, com gratificações associadas ao cumprimento de metas, ao aumento do ritmo e a exigência de aumento de produtividade (CORREIA, 2009; TONETTO; PRIEB; TONETTO, 2011).

Estudo realizado na Universidade Federal de Santa Maria/RS observou aumento de mais de 35% na contratação de trabalhadores terceirizados entre os anos de 2005 a 2010, enquanto o número de trabalhadores contratados por meio de concurso foi de pouco mais de 7%. Houve intensificação do trabalho com a redução do número de trabalhadores nas áreas, aumento de ritmo e velocidade que, além de serem cobranças da chefia, passaram a ser incorporadas pelos trabalhadores, que passam a cobrar de si mesmos. Outra questão observada no estudo foi a dificuldade de relacionamento entre trabalhadores, criada pelas formas diversas de contratação e desigualdades na remuneração (TONETTO; PRIEB; TONETTO, 2011).

Adoecimento do trabalhador

Estudos nacionais e internacionais sobre a relação trabalho/saúde se esforçam para revelar o panorama de adoecimento dos trabalhadores, com ênfase nas doenças mais frequentes e suas consequências. Os estudos mostram também que, ainda se tratando de realidades distintas, muitos estão adoecendo face às mudanças promovidas pelos novos princípios ideológicos neoliberais no mundo do trabalho (BORGES, 2000; BRASIL, 2001; SELIGMANN-SILVA, 2003; BRAGA, CARVALHO; BINDER, 2010; PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; RAMOS et al. 2010; RIBEIRO, 2010; ROELEN; KOOPMANSS; BEEK, 2010; ALENCAR; OTA, 2011; CAVALHEIRO; TOLFO, 2011; MERLO, 2011; ROELEN et al., 2011; BRAGA; VENDRAMETO, 2012; NIEDHAMMER et. al., 2012; SILVA et al., 2012; ALVES, 2013; ANTUNES, 2013; CASINI et al., 2013; MONARES; GIRARDI; BERNARDINI, 2013; SANTANA et al., 2013; SELIGMANN-SILVA, 2013; ARNETZ et al., 2014; SCHVEITZER, 2014; VIVOLO, 2014; CARRARO, 2015; ENDO et al., 2015).

As mudanças ocorridas nos mecanismos de gestão e do trabalho implicaram na mudança do perfil de adoecimento dos trabalhadores, sendo observada inclusive no setor público, a incompatibilidade entre o modo de produção vigente e uma vida

plena de sentido, pois o trabalho interfere na esfera social e familiar do trabalhador, podendo resultar no surgimento de doenças do trabalho, que os atinge mental e fisicamente (SELIGMANN-SILVA, 2003; ALVES, 2013; ANTUNES, 2013).

Dentre os agravos que mais atingem os trabalhadores, atualmente, estão as doenças osteomusculares e de transtornos mentais, principalmente entre os da área da saúde.

As lesões por esforços repetitivos (LER) e/ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) tem relação com aspectos da organização do trabalho como repetitividade de movimento para execução da atividade, pressão de tempo para a realização da produção, supervisão rígida, restrição de comunicação dos trabalhadores e poucas pausas. Os agravos podem incapacitar parcialmente os trabalhadores, gerando afastamentos do trabalho, mas dependendo da gravidade da lesão podem resultar em incapacidades totais e permanentes, ou seja, em aposentadorias por invalidez (ALENCAR; OTA, 2011).

No grupo dos transtornos mentais é observada a prevalência de quadros de depressão, síndrome de *burnout*, transtornos mentais comuns e transtornos mentais graves (BRASIL, 2001; ALENCAR; OTA, 2011).

Em trabalhadores com depressão, estudos apontam que sua gênese em relação ao trabalho ocorre articulada a perdas e frustrações, que pode ser agravada quando somada à falta de apoio social e ausência de alternativas de superação (SELIGMANN-SILVA, 2013). Estudo na Universidade Federal de Santa Catarina mostrou que os trabalhadores afastados em 2009 por diagnóstico de depressão eram predominantemente mulheres (72%), tinham idades entre 41 e 55 anos (69%) e sucessivos afastamentos, inicialmente por curtos períodos, mas que foram estendendo-se ao longo do tempo (CAVALHEIRO; TOLFO, 2011). Outros estudos vêm mostrando a ocorrência de quadros de depressões relacionadas a quadros de LER/DORT em trabalhadores com histórico de perda da identidade no trabalho, na família e no âmbito social, situações nas quais se instala o medo do desemprego, da ruptura da trajetória profissional e pessoal (BORGES, 2000; RAMOS et al. 2010; MERLO, 2011; SELIGMANN-SILVA, 2013).

Quadros de síndrome do esgotamento profissional (*burnout*) tem sido mais associados a trabalhadores da área da saúde e educação, principalmente àqueles que prestam serviços diretamente a outras pessoas, como professores, enfermeiras, médicos e assistentes sociais (SELIGMANN-SILVA, 2013).

Já os transtornos mentais comuns (TMC), caracterizados por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento e dificuldade de concentração, estão associados principalmente aos trabalhadores de nível médio da rede básica de saúde e professores do ensino fundamental, submetidos a altas demandas psicológicas, e com os maiores índices de baixo suporte no trabalho (BRAGA, CARVALHO; BINDER, 2010; CARRARO, 2015).

Estudo que caracterizou as cargas e os desgastes vivenciados por trabalhadores da enfermagem em um hospital universitário em Curitiba, mostrou que o gênero feminino foi o mais acometido, que mais da metade dos profissionais afetados foram os auxiliares de enfermagem, com predomínio das doenças do sistema osteomuscular e dos transtornos mentais e comportamentais, que representaram quase metade de todos os agravos encontrados (SANTANA et al., 2013).

Entre os trabalhadores da saúde, os da área hospitalar são os que possuem maior risco de sofrerem violências em seus locais de trabalho e lesões e/ou agravos à saúde que requerem maior tempo de afastamento para tratamento, com implicações psicológicas e ao bem-estar do trabalhador, conforme afirma estudo americano (ARNETZ et al., 2014).

Uma das muitas consequências dos adoecimentos descritos acima, é a incapacidade temporária ou permanente, que quando justificada por atestado ou licença médica é transformada em ausência ao trabalho, ou seja, em absenteísmo-doença (EUROPEAN FOUNDATION, 1997; MAIA, 2002; PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010).

Pesquisas apontam que o absenteísmo gera aumento do custo operacional dos serviços, reduz a qualidade do trabalho desenvolvido, sobrecarrega aqueles trabalhadores que permanecem em atividade e, em ato contínuo, pode resultar em novos adoecimentos e afastamentos (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2007; ANDRADE et al., 2008; SANTOS; MATTOS, 2010).

Como reflexo deste novo mundo do trabalho e relacionado ao absenteísmo, observa-se o presenteísmo, considerado aqui como a presença do trabalhador no trabalho, ainda que doente, podendo ocasionar eventos adversos negativos como acidente de trabalho, além do comprometimento da qualidade da atividade desenvolvida (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010).

O presenteísmo está associado ao medo da perda do emprego devido reestruturação dos setores e extinção de cargos, redução do contingente de trabalhadores e aumento de contratos temporários, perda de benefícios adicionais ao salário, redução salarial, sobrecarga familiar, menor gravidade do agravo instalado, satisfação no trabalho, qualidade da relação entre empregado e empregador, e papel de apoio à família principalmente para as mulheres (FLORES, 2006; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; GALON, et. al, 2014).

Outro fenômeno que vem sendo identificado nas instituições públicas é a informalidade de afastamentos de curta duração para tratamento de saúde, predominantemente nas categorias com cargos/funções de maior prestígio social e entre suas chefias, evitando desta forma, a perda de benefícios prevista em caso de afastamentos para tratamento de saúde (vale-transporte, vale-alimentação/refeição e impedimento de promoções). Esse comportamento também compromete o levantamento de dados da realidade acerca do absenteísmo no serviço público (SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2006).

Ainda que nas instituições públicas alguns trabalhadores utilizam acordos informais para afastarem-se do trabalho para tratamento de saúde, estudo afirma que é no serviço público que se registra a maior quantidade de dias perdidos e períodos maiores de afastamento do trabalho, o que pode estar imbricado à condição de estabilidade do trabalhador e a não alteração do valor salarial recebido, com perdas apenas dos benefícios (MARTINS et al 2005).

Alguns estudos têm mostrado que as taxas de absenteísmo são mais elevadas entre as mulheres trabalhadoras em comparação aos homens, o que pode estar relacionado às posições socialmente mais baixas de inserção no mundo do trabalho, com longas jornadas de trabalho e em condições de maior precariedade (ANTUNES, 2013; CASINI et al., 2013).

Silva et al. (2012) em levantamento sobre afastamentos por motivo de doença entre servidores públicos estaduais de Alagoas, verificaram que mais da metade dos servidores afastados eram do sexo feminino, com faixas etárias entre 40 a 59 anos, por agravos do grupo dos transtornos mentais e comportamentais. As categorias profissionais mais atingidas foram a dos professores, seguido dos profissionais da área de enfermagem e dos auxiliares de serviços diversos.

Em pesquisa sobre absenteísmo-doença de servidores públicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2011, foi verificado que os afastados eram

predominantemente do sexo feminino, com idade entre 41 a 60 anos e com cargos de nível intermediário, sendo mais de 20% deles em atividades de assistência à pacientes. Quase metade dos trabalhadores afastados tiveram uma licença médica com duração de até 15 dias. Os motivos dos afastamentos associados às mulheres foram: doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; transtornos mentais e de comportamentos; lesões, envenenamento e algumas outras consequências; e doenças do olho e anexo. Já, entre os homens, os motivos de afastamento foram: os transtornos mentais e de comportamentos; doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; lesões, envenenamento e algumas outras consequências; e doenças do aparelho circulatório (VIVOLO, 2014).

Em análise de dados das perícias médicas de servidores públicos estatutários da área da saúde do município de Santa Catarina, foi verificado que os servidores afastados eram do sexo feminino, com estado civil casado, com tempo de serviço superior a três anos, com afastamentos de até quatro dias de duração e foram motivados por agravos do grupo das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo e dos transtornos mentais e comportamentais (MONARES; GIRARDI; BERNARDINI, 2013).

Em estudo sobre absenteísmo em uma organização hospitalar pública de ensino e de alta complexidade, com contratos de trabalhos estatutários e celetistas, verificou-se que mais da metade dos trabalhadores afastados era do sexo feminino, com faixa etária entre 40 e 49 anos, com maior índice de afastamento entre profissionais da saúde/enfermagem, que representaram aproximadamente metade da população do estudo, com nível médio de escolaridade, com predomínio de licenças com mais de 15 dias de duração, por transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, além de lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas. A pesquisa apontou que os servidores estatutários tiveram os maiores índices de afastamento no período quando comparados aos celetistas (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010).

Levantamento sobre o perfil de afastamento do trabalho por motivo de doença entre profissionais de enfermagem com regime estatutário de uma instituição de ensino superior no interior paulista apontou que a maioria dos afastados eram mulheres, com idade entre 29 a 67 anos, com agravos do grupo dos transtornos

mentais e comportamentais e das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (BRAGA; VENDRAMETO, 2012).

Pesquisa realizada por Niedhammer et. al. (2012) com a população trabalhadora de 31 países da Europa mostrou que os afastamentos do trabalho com maior tempo de duração estavam associados, para ambos os sexos, com quadros de assédio moral, baixo apoio social e insegurança do emprego. A duração do afastamento também apresentou relação com a baixa qualificação do trabalhador, baixo poder de decisão e trabalho por turnos.

As ausências do trabalho por motivo de doença, por mais de 15 dias no ano, revelam um aumento do risco e das taxas de mortalidade entre homens e mulheres; enquanto que, 60% dos trabalhadores que tiveram quatro ou mais episódios de afastamentos por doenças no período de um ano, tiveram novos afastamentos no decorrer de quatro outros anos (ROELEN; KOOPMANSS; BEEK, 2010; ROELEN et al., 2011).

Os trabalhadores que tem sua saúde comprometida referem outras consequências relacionadas ao adoecimento, como perdas de autonomia, autoestima, restrições na vida social, perdas financeiras e limitações no seu papel familiar. Muitas vezes, o diagnóstico de uma doença crônica traz impactos que interferem na vida do indivíduo, exigindo mudanças nas atividades cotidianas, nas relações interpessoais, no comportamento e na maneira de se relacionar consigo mesmo e com sua saúde, gerando sentimentos de “fragilidade” e inferioridade junto aos seus pares, por não poderem mais assumir suas atividades ou pelas inúmeras restrições físicas e psíquicas para o seu cumprimento (SELIGMANN-SILVA, 2003).

Todo o sofrimento causado pelo processo de saúde-doença é uma realidade concreta do trabalhador, que resulta em mudanças corporais, mentais e comportamentais e que lhe impõe limitações físicas, psíquicas e afetivas, podendo desonerá-lo da vida social, causando-lhe sentimento de culpa, sensação de desamparo, impondo-lhe sofrimento, e dificultando muitas vezes a retomada de suas condições laborais plenas (RIBEIRO, 2010).

Um levantamento sobre o perfil de trabalhadores com restrições laborais (físicas e/ou psíquicas) quando do retorno ao trabalho, mostrou que quase metade dos trabalhadores havia adoecido por agravos do grupo das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo e mais de um quarto por doenças do grupo de transtornos mentais concomitantemente, evidenciando assim, o quanto

incapacitantes alguns agravos podem ser para os trabalhadores, impedindo-os de retomarem suas atividades laborais plenas, após afastarem-se do trabalho para tratamento de saúde (SCHVEITZER, 2014).

Entre os trabalhadores que estiveram afastados por depressão e que retornam ao trabalho em organizações com grande demanda de trabalho psicológico, segundo estudo japonês, possuem mais risco de novos afastamentos pela recorrência dos quadros depressivos (ENDO et al., 2015), mostrando que o retorno ao trabalho em determinados ambientes oferece chance de recorrência do agravo ao trabalhador.

Relevância do estudo

Análises de dados sobre absenteísmo no trabalho são de grande importância, visto serem capazes de tecer considerações acerca da gravidade do agravo, da capacidade de retorno laboral, dos riscos que podem envolver os trabalhadores afastados, bem como fornecer indicativos do perfil do trabalhador adoecido, servindo de base de dados para tomada de decisões (ROELEN; KOOPMANSS; BEEK, 2010; ROELEN et al., 2011). Outrora tratado sob a lógica do impacto junto aos empregadores e a economia, o absenteísmo por doença passa a ser tratado como uma importante questão da saúde pública (ROELEN; KOOPMANSS; BEEK, 2010), quando encarado como resultante do adoecimento no trabalho.

No entanto, existe ainda uma disputa intensa de diferentes visões sobre a doença do trabalho, sendo que parte delas determinam ações de exclusão social que procuram induzir a formação de uma opinião pública hostil aos trabalhadores adoecidos, influenciando diretamente na construção de ações que não impactam na melhoria coletiva da saúde dos trabalhadores, mas no enrijecimento do controle individual (FREITAS; GOMEZ, 1997; RIBEIRO, 2010; CARNEIRO, 2006), e/ou não buscando as causas do adoecimento do trabalhador, agindo superficialmente e paliativamente (ALVES, 2013).

Assim, em função da importância de levantamentos sobre absenteísmo-doença, bem como da escassez de estudos sobre afastamento por motivo de doença junto a trabalhadores dos serviços públicos é que se justifica o presente estudo, cujos resultados são relevantes para a instituição e para o campo de saúde

coletiva, pois apresentam um panorama de adoecimento de determinado grupo populacional, com potencial de subsidiar a construção de novas ações que minimizem e evitem futuros agravos e que possam auxiliar na promoção da saúde nos locais de trabalho.

OBJETIVOS

Geral

Estabelecer o perfil de afastamento por motivo de doença de trabalhadores estatutários de câmpus universitário do interior paulista no ano de 2012.

Específicos

- a) Descrever os afastamentos do trabalho por motivo de doença, segundo características sociodemográficas, funcionais e doenças motivadoras do afastamento.
- b) Analisar as relações existentes entre os conjuntos de variáveis sociodemográficas, de inserção no trabalho e doenças motivadoras do afastamento.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo de dados secundários, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP (protocolo CAAE 15774413.1.0000.5411), conforme declarações em anexo.

Os sujeitos elegíveis para o estudo eram os trabalhadores estatutários de um câmpus universitário no interior paulista que estiveram afastados por motivo de doença com duração igual ou superior a dois dias no ano de 2012. O conceito de absenteísmo utilizado neste estudo abrangeu os afastamentos do trabalho por motivo de doença de curta (igual ou superior a dois dias) e longa duração.

Por ocasião do estudo, o câmpus selecionado era composto por quatro unidades universitárias, uma unidade administrativa e um hospital universitário, distribuídos segundo as seguintes áreas de atuação:

- unidade de administração, com perfil de subprefeitura do câmpus;
- unidade de ensino superior na área de ciências agrárias;
- unidade de ensino superior na área da saúde, que possui em sua estrutura um centro de saúde escola;
- hospital de clínicas universitário;
- unidade de ensino superior na área de saúde e reprodução animal;
- unidade de ensino superior na área de ciências biológicas.

Dos 4090 trabalhadores dessas unidades foram excluídos 380 (9,3%) que eram trabalhadores públicos celetistas, 1272 (31,1%) trabalhadores contratados por uma fundação de apoio e celetistas, e 74 (1,8%) trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde. Dos 2364 trabalhadores estatutários elegíveis, 538 afastaram-se do trabalho no período e compuseram a casuística do estudo.

O hospital de clínicas universitário, em 2010, passou a ser administrado pela Secretaria Estadual de Saúde, oferecendo a universidade apenas campo para ensino, pesquisa e extensão. Os trabalhadores da universidade que atuavam no hospital, a partir de 2012, passaram a ser geridos também pela Secretaria Estadual de Saúde.

A instituição em que foi realizado este estudo possui serviço pericial com corpo clínico próprio, que examina todos os servidores estatutários que solicitam

afastamentos por motivo de doença por dois ou mais dias. Possui também, equipe que realiza ações de saúde do trabalhador, dentre elas a readaptação laboral, para trabalhadores com incapacidades parciais permanentes ou temporárias.

O corpo de peritos se divide em peritos psiquiatras, que examinam trabalhadores com pedidos de afastamento por doença psiquiátrica e peritos gerais, que avaliam os trabalhadores com pedidos de licença por doenças ou condições mórbidas de origem não psiquiátrica.

Na fase exploratória do estudo, foram extraídas informações de duas bases de dados institucionais:

- *Software* Integrado de Gestão Ocupacional (SOC): registro de identificação do trabalhador, dados do exame pericial, resultado do exame pericial. O registro é feito pelos médicos peritos;
- Sistema de Atendimento Médico (SAM): registro de informações de readaptação. O registro é feito pelo corpo administrativo da unidade.

Destacamos que a ficha de registro do exame pericial no SOC é padronizada e apresenta os seguintes campos:

- Nome
- Unidade
- Setor
- Cargo
- Data de nascimento
- Data da admissão
- Data da demissão
- Idade
- Sexo
- Médico responsável pela perícia
- CRM do médico responsável pela perícia
- Data da perícia
- Data do início do afastamento
- Data do fim do afastamento
- Número de dias de afastamento

- Campos aberto para descrição das queixas e achados clínicos
- Motivo da licença (saúde, maternidade, auxílio educação especial e outros)
- CID (neste campo é possível adicionar tantas classificações quanto o perito desejar)
- Médico solicitante do afastamento (médico emissor do atestado)
- Especialidade do médico emissor do atestado
- Número do CRM do médico emissor do atestado
- Data da solicitação do afastamento (data da emissão do atestado)

A ficha de registro de readaptação no SAM, também é padronizada e apresenta os seguintes campos:

- Número de Avaliação
- Servidor
- Data início avaliação
- Data final avaliação
- Lotado na unidade universitária
- Lotado na seção
- Prestando serviço na unidade universitária
- Prestando serviço na seção
- Observação

Variáveis

Foram selecionadas para serem estudadas as seguintes variáveis:

- Características Sociodemográficas:
 - Naturalidade
 - Sexo: variável dicotômica, masculino e feminino
 - Idade: variável contínua, em anos. Foi estratificada, também, em ≤ 30 , 31-40, 41-50 e ≥ 51 anos
 - Estado civil: variável categórica (casado, solteiro, separado, desquitado, viúvo)
 - Cidade de moradia: variável categórica

- Características Funcionais:

- Cargo: variável categórica, estratificada em Trabalhador do campo - auxiliar agropecuário, auxiliar de campo, técnico agropecuário; Trabalhador da área de suporte acadêmico - assistente suporte acadêmico I, II e III; Trabalhador do transporte de pessoas e materiais - motoristas; Trabalhador de radioatividade - técnico em radiologia; Trabalhador de vigilância e recepção - agente de vigilância e recepção; Trabalhador da docência - professor adjunto, assistente doutor, assistente e titular; Trabalhador de nível superior da saúde - assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional; Trabalhador de nível médio da área de enfermagem - atendente de enfermagem, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, técnico de enfermagem; Trabalhador da área administrativa - assistente técnico administrativo I e II, administrador; Trabalhador da área operacional em geral - assistente operacional I, II, III; Trabalhadores na atividade de supervisão de áreas - supervisor de seção e setor; Outros Trabalhadores de nível superior - contador, bibliotecário, biólogo, biólogo, analista de informática, médico veterinário; Outros trabalhadores de nível médio - agente de telefonia e recepção, assistente de informática, operador de forno incinerador, operador de máquinas.

- Unidade: variável categórica

- Histórico de Readaptação: variável dicotômica

- Tempo de Serviço na Instituição: variável contínua, em anos. Foi estratificada, também, em ≤ 10 anos, 11 a 20 anos, 21 a 30 anos e ≥ 31 anos

- Características da Doença:

- Duração dos Afastamentos (dias): variável contínua em dias. Foi estratificada em até 15 dias e mais de 15 dias

- Número de Perícias Realizadas no Período: foi estratificada em 1, 2 a 3, 4 a 9 e ≥ 10

- Motivo do Afastamento (CID 10): variável categórica, dividida em Capítulo I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99); Capítulo II: Neoplasias [tumores] (C00-D48); Capítulo III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89); Capítulo IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90); Capítulo V:

Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99); Capítulo VI: Doenças do sistema nervoso (G00-G99); Capítulo VII: Doenças do olho e anexos (H00-H59); Capítulo VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95); Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório (I00-I99); Capítulo X: Doenças do aparelho respiratório (J00-J99); Capítulo XI: Doenças do aparelho digestivo (K00-K93); Capítulo XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99); Capítulo XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99); Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99); Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (O00-O99); Capítulo XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96); Capítulo XVII: Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99); Capítulo XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99); Capítulo XIX: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98); Capítulo XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98); Capítulo XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99); Capítulo XXII: Códigos para propósitos especiais (U04-U99).

Análise de Dados

Em princípio foi construído um banco de dados com as informações extraídas no programa Microsoft Excel versão 2010.

O banco de dados foi analisado no programa estatístico *IBM SPSS Statistics* (v.21.0) e os resultados descritivos apresentados em frequências simples e acumuladas para as variáveis categóricas. As associações entre o primeiro diagnóstico (classificado segundo a CID-10) do primeiro episódio de afastamento e algumas covariáveis foram estimadas através de testes do quiquadrado. Também foram aplicados testes *post-hoc* Z com coeficientes de correção de Bonferroni para determinação das diferenças entre as distribuições quando em tabelas de contingência diferentes de 2x2.

As análises valeram-se do primeiro diagnóstico do primeiro episódio de afastamento do trabalhador, pois acreditou que o primeiro agravo registrado pela CID-10, seja o principal ou aquele que, habitualmente, caracteriza a incapacidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado, para os 538 trabalhadores que estiveram afastados por motivo de doença, foram contabilizados 37.317 dias de ausência, com média de 69,36 dias de afastamento por trabalhador afastado.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos trabalhadores afastados segundo as informações sociodemográficas. Observa-se predomínio de trabalhadores do sexo feminino (66,2%), casados (55,4%), brasileiros (99,8%), residentes no mesmo município do campus universitário estudado (94,6%) e com idade superior a 41 anos (89,2%). Os achados estão de acordo com o verificado em outros estudos sobre absenteísmo entre funcionários públicos (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; CAVALHEIRO; TOLFO, 2011; BRAGA; VENDRAMETO, 2012; SILVA et al., 2012; MONARES; GIRARDI; BERNARDINI, 2013; SANTANA et al., 2013; SCHVEITZER, 2014; VIVOLO, 2014).

O predomínio de mulheres entre os trabalhadores afastados por motivo de doença, conforme afirmam diversos estudos, tem possível relação com o aumento do número de mulheres que entraram no mundo do trabalho, quando passaram a ocupar quase 50% das vagas existentes, e com alta concentração em trabalhos na área da saúde, na educação, no setor de serviços como cuidadoras, domésticas e diaristas (HIRATA, 2009; NEVES et al., 2011; ANTUNES, 2013), o que pode superestimar tais números neste estudo. Outro fator a ser considerado e que também pode explicar o expressivo percentual de absenteísmo entre as mulheres é a condição de maior precariedade que está inserida no mundo do trabalho, com jornadas maiores, em atividades ligadas a minúcia, paciência, cuidado de outros, com atividades de maior sobrecarga emocional, as quais em processo contínuo, podem onerar a saúde dessas trabalhadoras (ANTUNES, 2013; CASINI et al., 2013).

Os trabalhadores que mais se ausentaram do trabalho por motivos de doenças foram os com idade acima de 41 anos, pois com o aumento da idade ocorrem alterações biológicas, que somadas a fatores genéticos e a riscos ambientais, favorecem o desencadeamento de doenças. Os riscos ambientais podem estar relacionados as novas características do atual mundo do trabalho: aumento de produtividade, aumento do ritmo de trabalho, cobranças por resultados e excelência, e atividade polivalente, que colaboram para o adoecimento do

trabalhador de maior idade (CARINHATO, 2008; SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; MUSTAFA, BENATTI, 2010; TONETTO; PRIEB; TONETTO, 2011; ALVES, 2013; SILVA, 2013).

A escolha por explorar a informação sobre a nacionalidade dos trabalhadores, foi no sentido de contextualizar a realidade, caso houvesse um grande número de trabalhadores de outras nacionalidades afastados do trabalho por motivo de doença o que, no entanto, não foi encontrado, assim como o local de moradia dos trabalhadores, que poderia envolver questões relacionadas à distância de deslocamento até o trabalho.

Tabela 1 – Análise exploratória das informações sociodemográficas dos trabalhadores afastados no ano de 2012.

		n	%	% Acum.
Sexo	Feminino	356	66,2	66,2
	Masculino	182	33,8	100,0
Idade (anos)	Ate 30	8	1,5	1,5
	31-40	50	9,3	10,8
	41-50	203	37,7	48,5
	51 e mais	277	51,5	100,0
Estado civil	Casado	298	55,4	55,4
	Solteiro	125	23,2	78,6
	Separado	82	15,2	93,8
	Desquitado	26	4,8	98,6
	Outros	4	0,7	99,3
	Viúvo	3	0,6	100,0
Nacionalidade	Brasileira	537	99,8	99,8
	Portuguesa	1	0,2	100,0
Cidade de moradia	Botucatu	509	94,6	94,6
	São Manoel	16	3,0	97,6
	Não Informado	4	0,7	98,3
	Itatinga	2	0,4	98,7
	Bauru	1	0,2	98,9
	Bofete	1	0,2	99,1
	Conchas	1	0,2	99,3
	Jaú	1	0,2	99,4
	Lençóis Paulista	1	0,2	99,6
	Pereiras	1	0,2	99,8
	São Vicente	1	0,2	100,0

Quanto às características do trabalho dos afastados foi registrada a maior concentração nos lotados no hospital das clínicas universitário (71%) e entre os profissionais com cargos de nível médio da área de enfermagem (48,1%). Quanto ao tempo de serviço, ter trabalhado entre 11 e 30 anos concentrou mais de 80% dos afastamentos, conforme apresentado na Tabela 2, correspondendo assim a outros resultados encontrados na literatura (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; BRAGA; VENDRAMETO, 2012; SILVA et al. 2012; SANTANA et al., 2013; MONARES; GIRARDI; BERNARDINI, 2013; VIVOLO, 2014).

A concentração de afastamentos entre trabalhadores do hospital das clínicas universitário e de nível médio da área de enfermagem pode estar primeiramente relacionada à suposta maior concentração de trabalhadores nesta unidade, pois se trata de hospital público de ensino de alta complexidade. Vale ressaltar, mais uma vez, que os trabalhadores contratados diretamente pela autarquia do Estado de São Paulo e por fundação de apoio não foram incluídos nesse estudo e, com isso, ainda que haja maior concentração de afastamento no hospital, os dados podem estar subestimados e não podem ser generalizados.

No entanto, os achados podem ser resultantes também das transformações organizacionais que os serviços públicos vêm enfrentando e que atingiram o hospital aproximadamente no ano de 2010, quando passou a ser gerido diretamente pelo Governo do Estado de São Paulo e não mais pela universidade. Esse processo, conforme apontado em outros estudos, implica em mudanças contínuas nas formas de gestão, com fortalecimento das fundações de apoio, contratação de trabalhadores com vínculos celetistas sem a estabilidade própria do serviço público, contratações de terceirizados, aplicação de remunerações baseadas em gratificações, introdução de novas tecnologias, entre outras medidas que resultam na redução do número de trabalhadores na área, enrijecimento no controle da chefia, aumento competitividade entre os colegas, diminuição da autonomia do trabalhador, aumento da demanda e ritmo de trabalho, afrouxamento das questões éticas, e que em última instância, provocam aumento dos números de adoecimento entre os trabalhadores (MUSTAFA; BENATTI, 2010; METZGER, 2011; SELIGMANN-SILVA, 2011; TONETTO; PRIEB; TONETTO, 2011; METZGER, 2011; ALVES, 2013; FILHO; NAVARRO, 2013).

Outra possível relação com este achado está nas características do trabalho na área da saúde, no trabalho de cuidado ao outro, que contém altas demandas

psicológicas e muitas vezes baixo suporte social, com exigência de minúcia, paciência, e executado sempre sobre pressão (HIRATA, 2009; BRAGA, CARVALHO; BINDER, 2010; NEVES et al., 2011; FILHO; NAVARRO, 2013; SELIGMANN-SILVA, 2013). São ainda, os profissionais da área da saúde aqueles que mais sofrem violência no trabalho, quando comparado a outras categorias (ARNETZ, 2014).

Era esperada maior concentração de afastamentos entre os trabalhadores da docência (2,8%), que contempla a categoria dos professores universitários, e entre os trabalhadores de nível superior da saúde, no qual encontra-se agrupado os trabalhadores médicos (3,3%), pois diversos estudos afirmam um expressivo agravamento da saúde destes trabalhadores e índices elevados de afastamento. O fato de não ser encontrado tais afastamentos não ignora o aviltamento da saúde da categoria docente e médica, pois é sabido que no meio público alguns trabalhadores submetem-se ao presenteísmo ou valem-se de acordos informais com a chefia, licenças-prêmios e outros benefícios para cuidados da saúde, assim não registram formalmente afastamentos para tratamento de saúde, evitando a perda de benefícios, como o vale-transporte, vale-alimentação/refeição e o impedimento de promoções (FLORES, 2006; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; SELIGMANN-SILVA, 2013; GALON, et. al, 2014; CARRARO, 2015).

Quanto aos afastamentos acometerem trabalhadores com mais de 11 anos de serviço na instituição, pode haver relação com o fato do estudo somente contemplar os estatutários, cujo volume de contratações reduziu muito desde início da adoção das medidas gerenciais propostas pela reforma do Estado (CARNEIRO, 2011), caracterizando envelhecimento da população ativa nos serviços e pouca renovação no grupo de trabalhadores.

Outra possível relação entre os afastamentos e o maior tempo de serviço, é o tempo de exposição do trabalhador aos agentes potencialmente agressores à saúde, assim, conforme outros levantamentos da literatura mundial, e decorrente das mudanças preconizadas pela reforma do Estado, o aumento da carga de trabalho mental, aumento das demandas psicológicas, aumento do ritmo de trabalho e tempo de trabalho, associados a impossibilidade do descanso necessário podem resultar na instalação de quadros crônicos de fadiga, que processualmente promovem o adoecimento do trabalhador (CHANLAT, 2002; SELIGMANN-SILVA,

2003; ALMEIDA et al. 2010; MUSTAFA; BENATTI, 2010; CARNEIRO, 2011; METZGER, 2011; SELIGMANN-SILVA, 2011; TONETTO; PRIEB; TONETTO, 2011; ALVES, 2013; ANTUNES, 2013; FILHO; NAVARRO, 2013; SILVA, 2013),

Tabela 2 – Análise exploratória das informações funcionais dos trabalhadores afastados no ano de 2012.

		n	%	% Acum.
Unidade	1	27	5,0	5,0
	2	29	5,4	10,4
	3	40	7,4	17,8
	4	29	5,4	23,2
	5	382	71,0	94,2
	6	31	5,8	100,0
Cargo	Trabalhador de nível médio da área de enfermagem	259	48,1	48,1
	Trabalhador da área operacional em geral	78	14,5	62,6
	Trabalhadores da área administrativa	76	14,1	76,7
	Trabalhador da área de suporte acadêmico	30	5,6	82,3
	Trabalhador de nível superior da saúde	18	3,3	85,6
	Trabalhador da docência	15	2,8	88,4
	Trabalhador do campo	13	2,4	90,8
	Trabalhador de vigilância e recepção	13	2,4	93,2
	Outros trabalhadores de nível superior	9	1,7	94,9
	Trabalhador de radioatividade	8	1,5	96,4
	Trabalhador na atividade de supervisão de áreas	7	1,3	97,7
	Trabalhador do transporte de pessoas e materiais	6	1,1	98,8
	Outros trabalhadores de nível médio	6	1,1	100,0
Tempo de serviço	Ate 10 anos	61	11,3	11,3
	11-20 anos	219	40,7	52,0
	21-30 anos	216	40,1	92,1
	31 e mais anos	42	7,8	100,0

1 - unidade de administração; 2 - unidade de ensino universitário na área de ciências agrárias; 3 - unidade de ensino universitário na área da saúde e unidade básica de saúde escola; 4 - unidade de ensino universitário na área de saúde e reprodução animal; 5 - hospital das clínicas universitário; 6 - unidade de ensino universitário na área de ciências biológicas.

A Tabela 3 traz informações sobre os episódios de afastamento dos trabalhadores no período, apontando que 42% deles apresentam um episódio de afastamento, 34,2% dois a três, e 22,9% entre quatro e nove. Consideramos como episódio o número de perícias ao qual o trabalhador foi submetido em decorrência de seu afastamento e atestado médico. Os dados indicaram, ainda, que 11% dos trabalhadores que estiveram afastados foram readaptados no ano de 2012.

Outros achados foram semelhantes a este no que se refere ao padrão de afastamento dos trabalhadores, apontando que a maior concentração está em torno do primeiro episódio, com tendência a diminuir sua frequência na medida em que os episódios aumentam (VIVOLO, 2014).

Ainda que, para este estudo, sejam analisadas as características de doença do primeiro afastamento, uma pesquisa afirma que dos trabalhadores que se afastaram por quatro episódios no decorrer de um ano, 60% tiveram outros novos episódios de afastamentos no decorrer dos 4 anos seguintes (ROELEN et al., 2011).

Não foram localizados outros estudos sobre o perfil de absenteísmo que apontam o percentual de trabalhadores que estavam em afastamento do trabalho por motivo de doença/tratamento de saúde e foram readaptados, mas considera-se que 11% de trabalhadores readaptados representa um número expressivamente alto.

Os trabalhadores readaptados são aqueles com restrições laborais, devido agravos que geram incapacidades parciais permanentes ou temporárias, e que necessitam, quando do retorno ao trabalho, terem suas atividades laborais restringidas ou alteradas, bem como sua lotação alterada pela instituição empregadora (SÃO PAULO, 1972; SÃO PAULO, 2013).

Tabela 3 – Análise exploratória das informações funcionais periciais dos trabalhadores afastados no ano de 2012.

		n	%	% Acum.
Total de Perícias no Ano	1	226	42,0	42,0
	2-3	184	34,2	76,2
	4-9	123	22,9	99,1
	Mais de 10	5	0,9	100,0
Readaptados	Não	479	89,0	89,0
	Sim	59	11,0	100,0

Os diagnósticos utilizados para composição da Tabela 4 são aqueles que primeiramente foram registrados no SOC no momento do primeiro episódio de afastamento do trabalhador, segundo a CID10. Os principais agravos encontrados no primeiro episódio de afastamento foram do grupo dos transtornos mentais e comportamentais (28,6%) e das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (15,1%), sendo que a duração deste primeiro episódio de afastamento foi de até 15 dias (60%), semelhante a outros achados da literatura (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; DIMARZIO, 2011; BRAGA; VENDRAMETO, 2012; SILVA et al., 2012; MONARES; GIRARDI; BERNARDINI, 2013; SANTANA et al. 2013; VIVOLO, 2014).

Os afastamentos do primeiro episódio duraram, em média, 19,7 dias ($\pm 22,23$ dias), enquanto que nos segundos episódios foram de 32,65 dias ($\pm 30,71$ dias), assemelhando-se também com outro achado na literatura (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010). Ainda que a incidência de afastamentos, na maior parte dos estudos consultados, seja daqueles com até 15 dias, os achados literários afirmam que a análise dos afastamentos com mais de 15 dias nos fornecem informações sobre a gravidade do agravo e da capacidade de retorno laboral dos trabalhadores afastados, pois quanto maior o período de afastamento, menor a chance de retorno ao trabalho (ROELEN; KOOPMANSS; BEEK, 2010; ROELEN et al., 2011).

Autores afirmam uma mudança no perfil epidemiológico do adoecimento dos trabalhadores a partir da década de 1990, com aumento de 586% nos casos de LER/DORT e aumento dos casos de transtornos mentais e comportamentais que devem atingir quase 40% dos trabalhadores empregados; além do aumento de quadros de doenças mentais associadas a quadros de LER/DORT concomitantemente (BORGES, 2000; BRASIL, 2001; RIBEIRO, 2007; RAMOS et al. 2010; ALENCAR; OTA, 2011; MERLO, 2011; SELIGMANN-SILVA, 2013; SILVA, 2013); cujas causas podem estar associadas às altas demandas psicológicas e baixo suporte no trabalho, à pressão, restrição da comunicação entre seus pares, pouco reconhecimento, grandes cargas de trabalho, atividades de repetitividade, supervisão rígida e poucas pausas (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; ALENCAR, OTA, 2011).

Estudos apontam que afastamentos por transtornos mentais e comportamentais são inicialmente por curtos períodos, mas vão sendo prolongados ao longo do tempo, e apresentam riscos elevados de recorrência, ou seja, de novos

afastamentos pelo mesmo agravo, entre trabalhadores que retornam em atividades com maior demanda de trabalho mental e psicológico (CAVALHEIRO; TOLFO, 2011; CARRARO, 2015; ENDO et al., 2015).

Tabela 4 – Análise exploratória do primeiro agravo e dias no primeiro episódio de afastamento dos trabalhadores no ano de 2012.

	n	%	% Acum.
Transtornos mentais e comportamentais	154	28,6	28,6
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	81	15,1	43,7
Doenças do olho e anexos	45	8,4	52,0
Neoplasias [tumores]	36	6,7	58,7
Doenças do aparelho circulatório	33	6,1	64,9
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	33	6,1	71,0
Doenças do aparelho digestivo	27	5,0	76,0
Doenças do aparelho geniturinário	23	4,3	80,3
Doenças do aparelho respiratório	20	3,7	84,0
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	19	3,5	87,5
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	15	2,8	90,3
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	2,2	92,6
Doenças do sistema nervoso	9	1,7	94,2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8	1,5	95,7
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	7	1,3	97,0
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	6	1,1	98,1
Causas externas de morbidade e de mortalidade	5	0,9	99,1
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2	0,4	99,4
Gravidez, parto e puerpério	2	0,4	99,8
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0,2	100,0
Até 15 dias	323	60,0	60,0
Mais de 15 dias	215	40,0	100,0

As tabelas a seguir apresentam explorações por meio da análise da associação do grupo de agravo, classificado pela CID-10, e características sociodemográficas, funcionais e do afastamento dos trabalhadores no período do estudo.

A Tabela 5 mostra a distribuição e associação dos agravos encontrados no primeiro episódio de afastamento pela faixa etária. Diferiram estatisticamente os

trabalhadores afastados por doenças do aparelho digestivo com até 30 anos (35%) que os demais grupos etários. O grupo entre 31 e 40 anos teve mais afastamentos que o grupo abaixo de 30 e acima de 41 anos para o conjunto de doenças infecciosas e parasitárias (10%) e doenças de pele e do tecido subcutâneo (6%). Por fatores que influenciaram o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, os trabalhadores com mais de 51 anos tiveram menos afastamentos que as demais faixas etárias (0,7%).

Os resultados mostraram que os trabalhadores mais jovens parecem ser os que mais se afastam para consultas/tratamentos em serviços de saúde, ainda que o esperado fosse que os trabalhadores de maior idade registrassem tais afastamentos, conforme estudos sobre utilização de serviços de saúde na população em geral (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

O tratamento estatístico aplicado entre o agravo e a faixa etária mostrou que a idade do trabalhador pode influenciar seu adoecimento, assim como afirmam outros estudos da literatura que se debruçam para investigar os fatores associados ao surgimento de doenças da população em geral, bem como a influência do trabalho no processo de envelhecimento e adoecimento de trabalhadores (ANDRADE; MONTEIRO, 2007; SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

Tabela 5 – Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído por faixas etárias dos trabalhadores afastados no ano de 2012.

	Até 30 n (%)	31-40 n (%)	41-50 n (%)	51 e + n (%)	Total n (%)
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	0 _{ab} (0,0)	5 _a (10)	5 _b (2,5)	9 _b (3,2)	19 (3,5)
Neoplasias (tumores)	0 _a (0,0)	2 _a (4,0)	13 _a (6,4)	21 _a (7,6)	36 (6,7)
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	2 _a (1,0)	0 _a (0,0)	2 (0,4)
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	3 _a (1,5)	5 _a (1,8)	8 (1,5)
Transtornos Mentais e Comportamentais	2 _a (25,0)	9 _a (18,0)	56 _a (27,6)	87 _a (31,4)	154 (28,6)
Doenças do Sistema Nervoso	0 _a (0,0)	1 _a (2,0)	4 _a (2,0)	4 _a (1,4)	9 (1,7)
Doenças do Olho e Anexos	1 _a (12,5)	3 _a (6,0)	18 _a (8,9)	23 _a (8,3)	45 (8,4)
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	0 _a (0,0)	1 _a (2,0)	2 _a (1,0)	3 _a (1,1)	6 (1,1)
Doenças do Aparelho Circulatório	0 _a (0,0)	1 _a (2,0)	9 _a (4,4)	23 _a (8,3)	33 (6,1)
Doenças do Aparelho Respiratório	0 _a (0,0)	2 _a (4,0)	11 _a (5,4)	7 _a (2,5)	20 (3,7)
Doenças do Aparelho Digestivo	3 _b (37,5)	0 _a (0,0)	8 _a (3,9)	16 _a (5,8)	27 (5,0)
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	0 _{ab} (0,0)	3 _a (6,0)	5 _{ab} (2,5)	4 _b (1,4)	12 (2,2)
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	0 _a (0,0)	9 _a (18,0)	29 _a (14,3)	43 _a (15,5)	81 (15,1)
Doenças do Aparelho Geniturinário	1 _a (12,5)	2 _a (4,0)	12 _a (5,9)	8 _a (2,9)	23 (4,3)
Gravidez, Parto e Puerpério	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	2 _a (1,0)	0 _a (0,0)	2 (0,4)
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	1 _a (0,5)	0 _a (0,0)	1 (0,2)
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados em Outra Parte	0 _a (0,0)	2 _a (4,0)	2 _a (1,0)	3 _a (1,1)	7 (1,3)
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	0 _a (0,0)	6 _a (12,0)	12 _a (5,9)	15 _a (5,4)	33 (6,1)
Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	1 _a (0,5)	4 _a (1,4)	5 (0,9)
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	1 _a (12,5)	4 _a (8,0)	8 _a (3,9)	2 _b (0,7)	15 (2,8)
Total	8 (100)	50 (100)	203 (100)	277 (100)	538 (100)

χ^2 : 0,021; Letras iguais entre os anos de idade, por capítulo do CID-10, indicam proporções estatisticamente iguais (teste Z, com correção de Bonferroni).

A Tabela 6 indica que no primeiro episódio de afastamento as proporções de mulheres e de homens afastados por transtornos mentais e comportamentais (32,3% e 21,4% respectivamente) foram estatisticamente distintos, assim como os afastamentos por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (que atingiram 3,7% e 11%, respectivamente) e por causas externas de morbidade e de mortalidade (em 0,3% e 2,2%, respectivamente).

A literatura indica a mesma tendência para estes achados em termos de frequência, ou seja, entre as mulheres há maiores chances de adoecer por agravos do grupo dos transtornos mentais e comportamentais, enquanto que, para os homens há maior chance de adoecer por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, e causas externas de morbidade e de mortalidade (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; MONARES; BRAGA; VENDRAMETO, 2012; SILVA et al., 2012; GIRARDI; BERNARDINI, 2013; SANTANA et al. 2013; VIVOLO, 2014).

A análise estatística sugere que o sexo pode influenciar no desenvolvimento de agravos no trabalhador, pois de acordo com achados da literatura, a questão de gênero implica na inserção do trabalhador no mundo do trabalho, na atividade a ser desenvolvida, na condição de precarização, e por consequência na forma de adoecer (HIRATA, 2009; NEVES, 2011; ALVES, 2013; ANTUNES, 2013; CASINI et al., 2013).

Tabela 6 – Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído por sexo dos trabalhadores afastados no ano de 2012.

	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	13 _a (3,7)	6 _a (3,3)	19 (3,5)
Neoplasias [tumores]	26 _a (7,3)	10 _a (5,5)	36 (6,7)
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	2 _a (0,6)	0 _a (0,0)	2 (0,4)
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	4 _a (1,1)	4 _a (2,2)	8 (1,5)
Transtornos Mentais e Comportamentais	115 _a (32,3)	39 _b (21,4)	154 (28,6)
Doenças do Sistema Nervoso	4 _a (1,1)	5 _a (2,7)	9 (1,7)
Doenças do Olho e Anexos	29 _a (8,1)	16 _a (8,8)	45 (8,4)
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	5 _a (1,4)	1 _a (0,5)	6 (1,1)
Doenças do Aparelho Circulatório	18 _a (5,1)	15 _a (8,2)	33 (6,1)
Doenças do Aparelho Respiratório	15 _a (4,2)	5 _a (2,7)	20 (3,7)
Doenças do Aparelho Digestivo	17 _a (4,8)	10 _a (5,5)	27 (5,0)
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	9 _a (2,5)	3 _a (1,6)	12 (2,2)
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	50 _a (14,0)	31 _a (17,0)	81 (15,1)
Doenças do Aparelho Geniturinário	15 _a (4,2)	8 _a (4,4)	23 (4,3)
Gravidez, Parto e Puerpério	2 _a (0,6)	0 _a (0,0)	2 (0,4)
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	1 _a (0,3)	0 _a (0,0)	1 (0,2)
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados em Outra Parte	4 _a (1,1)	3 _a (1,6)	7 (1,3)
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	13 _a (3,7)	20 _b (11,0)	33 (6,1)
Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade	1 _a (0,3)	4 _b (2,2)	5 (0,9)
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	13 _a (3,7)	2 _a (1,1)	15 (2,8)
Total	356 (100)	182 (100)	538 (100)

$\chi^2 = 0,017$; Letras iguais entre os sexos, por capítulo do CID-10, indicam proporções estatisticamente iguais (teste Z, com correção de Bonferroni).

Na Tabela 7 é apresentada a distribuição do primeiro agravo (CID-10) entre a unidade de trabalho dos trabalhadores afastados no período, mostrando que por agravos do grupo das doenças infecciosas e parasitárias, os trabalhadores da unidade de ensino em saúde e reprodução animal são os que mais se afastaram (10,3%), enquanto que a unidade de ensino em ciências agrárias destaca-se com maiores ocorrências por lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (17,2%). Esses dois grupos de agravos são os únicos em que as unidades de saúde animal e unidade de ciências agrárias se destacam das demais.

Na unidade de ensino em saúde e unidade básica de saúde escola destacam-se as doenças do ouvido e da apófise mastóide (5%), gravidez, parto e puerpério (2,5%), e as neoplasias (12,5%). A unidade de administração apresentou maior concentração de afastamentos por doenças do aparelho circulatório (14,8%). Já, a unidade de ensino em ciências biológicas apresenta maior concentração de afastamentos por doenças do sistema nervoso (6,5%) e neoplasias (12,9%).

A concentração de afastamentos por gravidez, parto e puerpério na unidade de ensino em saúde e unidade básica de saúde escola pode estar relacionada com a possível concentração de trabalhadoras mulheres na área, assim como aferido em outros estudos sobre absenteísmo de trabalhadores da saúde (HIRATA, 2009; NEVES, 2011; ANTUNES, 2013).

Ainda que os testes estatísticos de frequência apontem para a maior concentração de transtornos mentais e comportamentais e das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (Tabela 4), podemos observar que suas distribuições entre as unidades ocorrem indistintamente, de acordo com a Tabela 7.

A análise estatística parece indicar que, globalmente, a unidade ocupacional pode influenciar no desenvolvimento do agravo no trabalhador, ou seja, o tipo de agravo pode ser determinado pela atividade executada, estabelecida de acordo com o tipo de serviço desenvolvido majoritariamente pela unidade.

Tabela 7 – Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído pela unidade de trabalho dos trabalhadores afastados no ano de 2012.

	Unid 1 n (%)	Unid 2 n (%)	Unid 3 n (%)	Unid 4 n (%)	Unid 5 n (%)	Unid 6 n (%)	Total n (%)
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	0 _{ab} (0,0)	1 _{ab} (3,4)	0 _b (0,0)	3 _a (10,3)	14 _{ab} (3,7)	1 _{ab} (3,2)	19 (3,5)
Neoplasias [tumores]	1 _{ab} (3,7)	0 _b (0,0)	5 _a (12,5)	2 _{ab} (6,9)	24 _{ab} (6,3)	4 _a (12,9)	36 (6,7)
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	2 _a (0,5)	0 _a (0,0)	2 (0,4)
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	1 _a (3,7)	0 _a (0,0)	2 _a (5,0)	0 _a (0,0)	5 _a (1,3)	0 _a (0,0)	8 (1,5)
Transtornos Mentais e Comportamentais	6 _a (22,2)	9 _a (31,0)	12 _a (30,0)	6 _a (20,7)	112 _a (29,3)	9 _a (29,0)	154 (28,6)
Doenças do Sistema Nervoso	1 _{ab} (3,7)	1 _{ab} (3,4)	1 _{ab} (2,5)	0 _{ab} (0,0)	4 _b (1,0)	2 _a (6,5)	9 (1,7)
Doenças do Olho e Anexos	2 _a (7,4)	0 _a (0,0)	2 _a (5,0)	1 _a (3,4)	38 _a (9,9)	2 _a (6,5)	45 (8,4)
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	2 _a (7,4)	0 _{ab} (0,0)	2 _a (5,0)	0 _{ab} (0,0)	2 _b (0,5)	0 _{ab} (0,0)	6 (1,1)
Doenças do Aparelho Circulatório	4 _a (14,8)	0 _b (0,0)	4 _{abc} (10,0)	4 _{ac} (13,8)	20 _{bc} (5,2)	1 _{abc} (3,2)	33 (6,1)
Doenças do Aparelho Respiratório	1 _a (3,7)	1 _a (3,4)	0 _a (0,0)	1 _a (3,4)	17 _a (4,5)	0 _a (0,0)	20 (3,7)
Doenças do Aparelho Digestivo	1 _a (3,7)	2 _a (6,9)	3 _a (7,5)	2 _a (6,9)	16 _a (4,2)	3 _a (9,7)	27 (5,0)
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	0 _a (0,0)	2 _a (6,9)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	9 _a (2,4)	1 _a (3,2)	12 (2,2)
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	4 _a (14,8)	6 _a (20,7)	3 _a (7,5)	6 _a (20,7)	60 _a (15,7)	2 _a (6,5)	81 (15,1)
Doenças do Aparelho Geniturinário	1 _a (3,7)	1 _a (3,4)	2 _a (5,0)	0 _a (0,0)	17 _a (4,5)	2 _a (6,5)	23 (4,3)
Gravidez, Parto e Puerpério	0 _{ab} (0,0)	0 _{ab} (0,0)	1 _b (2,5)	0 _{ab} (0,0)	1 _a (0,3)	0 _{ab} (0,0)	2 (0,4)
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	0 _{ab} (0,0)	0 _{ab} (0,0)	0 _{ab} (0,0)	0 _{ab} (0,0)	0 _b (0,0)	1 _a (3,2)	1 (0,2)
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados em Outra Parte	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	2 _a (5,0)	0 _a (0,0)	5 _a (1,3)	0 _a (0,0)	7 (1,3)
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	1 _{ab} (3,7)	5 _b (17,2)	1 _a (2,5)	4 _{ab} (13,8)	20 _a (5,2)	2 _{ab} (6,5)	33 (6,1)
Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade	1 _a (3,7)	1 _a (3,4)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	3 _a (0,8)	0 _a (0,0)	5 (0,9)
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	1 _a (3,7)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	13 _a (3,4)	1 _a (3,2)	15 (2,8)
Total	27 (100)	29 (100)	40 (100)	29 (100)	382 (100)	31 (100)	538 (100)

1 - unidade de administração; 2 - unidade de ensino universitário na área de ciências agrárias; 3 - unidade de ensino universitário na área da saúde e unidade básica de saúde escola; 4 - unidade de ensino universitário na área de saúde e reprodução animal; 5 - hospital das clínicas universitário; 6 - unidade de ensino universitário na área de ciências biológicas.

χ^2 : 0,029; Letras iguais entre as unidades de trabalho, por capítulo do CID-10, indicam proporções estatisticamente iguais (teste Z, com correção de Bonferroni).

De acordo com dados da Tabela 8, no primeiro episódio de afastamento, nas doenças infecciosas e parasitárias, estiveram afastados 16,7% dos trabalhadores de nível médio (agente de telefonia e recepção, assistente de informática, operador de forno incinerador, operador de máquinas) e 14,3% dos trabalhadores na atividade de supervisão de áreas.

Em relação às lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, os dados mostram que 30,8% dos trabalhadores do campo e 14,3% dos trabalhadores em atividades de supervisão de áreas estiveram afastados. Dentre os trabalhadores do transporte de pessoas e materiais, 33,3% estiveram afastados por doenças do aparelho circulatório, e dentre os trabalhadores de nível superior da saúde, 22,2% estiveram afastados pelo mesmo agravo.

Entre os trabalhadores docentes afastados, 46,7% foram por neoplasias. Já, por doenças do sistema nervoso estiveram afastados 7,7% dos trabalhadores de campo.

Entre as doenças de pele e tecido subcutâneo, os dados apontam que estiveram afastados 7,7% dos trabalhadores de vigilância e recepção, com maior frequência daqueles com faixa etária entre 31 a 40 anos (Tabela 5). As doenças de pele podem ter variadas gravidades e estão relacionadas, conforme a literatura, a fatores genéticos, agentes químicos, exposição à irradiação solar, fatores e estressores emocionais, entre outros, o que pode fundamentar os achados neste estudo (BRASIL, 2001; COSTA, 2007; CRUZ, 2011; SILVA; CASTOLDI; KIJNER, 2011; CASSIANO et al., 2014).

Por transtornos mentais e comportamentais, estiveram afastados 50% de todos os trabalhadores do transporte de pessoas e materiais e 50% dos trabalhadores de radioatividade. Os transtornos mentais apresentam altos índices de prevalência na população adulta (entre 20% e 56%) e ocorrem associados a sexo, idade, condições socioeconômicas, condições de trabalho e estilos de vida dos indivíduos (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Quanto à ocorrência em trabalhadores da área de transporte, podem estar relacionados, conforme achados literários, ao estresse da atividade, que exige horas dirigindo, excessiva atenção e responsabilidade para evitar acidentes, com necessidade de cumprimento de prazos e com horários de trabalho instáveis, o que pode explicar os achados neste estudo (MASSON; MONTEIRO, 2010; TROIANI; COSTA et al., 2012).

De acordo com dados acima (Tabelas 6 e 8) a maior concentração de afastamentos por causas externas de morbidade e de mortalidade foi entre trabalhadores de sexo masculino, atingindo 7,7% de trabalhadores do campo. Conforme literatura consultada, o alto índice de tecnologia utilizada na agropecuária não diminuiu os índices de acidentes de trabalho entre os trabalhadores do campo, que registram ainda números expressivos. De acordo com pesquisa realizada pela Fundação Seade e Fundacentro, 89% de todos os acidentes na área rural são típicos e envolvem o uso de ferramentas, o contato com animais e plantas venenosas, quedas, exposição a produtos químicos (agrotóxicos), entre outros, o que pode explicar os achados neste estudo (TEIXEIRA; FREITAS, 2003; SILVA et al., 2005; DREBES et al., 2014).

Conforme explanado anteriormente, era esperada maior concentração de percentuais de afastamentos entre os trabalhadores da docência e entre os de nível superior da área da saúde, particularmente por doenças mentais, fato que não ocorreu, fortalecendo desta forma, a hipótese de que os trabalhadores da docência e de nível superior da área da saúde fazem uso de gratificações/licenças-prêmio e/ou acordos informais com a chefia para tratamento de agravos a saúde de menor graves, evitando assim, a oficialização do afastamento e, conseqüentemente, evitando perdas de benefícios. (SILVA; PINHEIRO; SAKURAI, 2006; SELIGMANN-SILVA, 2013).

As diferenças estatisticamente significativas da associação do agravo com o cargo do trabalhador não foram avaliadas, pois os dados são excessivamente heterogêneos e pouco explicativos. Ainda assim, foi verificada, globalmente, diferença estatisticamente significativa entre o cargo exercido pelo trabalhador e o agravo desenvolvido.

Tabela 8 – Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído pelo cargo dos trabalhadores afastados no ano de 2012.

	A n (%)	B n (%)	C n (%)	D n (%)	E n (%)	F n (%)	G n (%)	H n (%)	I n (%)	J n (%)	L n (%)	M n (%)	N n (%)
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	1 (7,7)	2 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (3,5)	4 (5,3)	1 (1,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (16,7)
Neoplasias [tumores]	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (46,7)	1 (5,6)	16 (6,2)	6 (7,9)	5 (6,4)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,5)	2 (2,6)	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Transtornos Mentais e Comportamentais	2 (15,4)	10 (33,3)	3 (50,0)	4 (50,0)	3 (23,1)	1 (6,7)	3 (16,7)	80 (30,9)	26 (34,2)	19 (24,4)	0 (0,0)	2 (22,2)	1 (16,7)
Doenças do Sistema Nervoso	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	3 (1,2)	2 (2,6)	2 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Doenças do Olho e Anexos	0 (0,0)	2 (6,7)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (10,0)	7 (9,2)	6 (7,7)	1 (14,3)	1 (11,1)	0 (0,0)
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	2 (0,8)	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)
Doenças do Aparelho Circulatório	0 (0,0)	4 (13,3)	2 (33,3)	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (13,3)	4 (22,2)	13 (5,0)	4 (5,3)	3 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Doenças do Aparelho Respiratório	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	9 (3,5)	2 (2,6)	4 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)
Doenças do Aparelho Digestivo	0 (0,0)	3 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (6,7)	0 (0,0)	9 (3,5)	5 (6,6)	6 (7,7)	1 (14,3)	1 (11,1)	0 (0,0)
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,5)	2 (2,6)	5 (6,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	3 (23,1)	3 (10,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (53,8)	0 (0,0)	1 (5,6)	43 (16,6)	5 (6,6)	16 (20,5)	1 (14,3)	1 (11,1)	0 (0,0)
Doenças do Aparelho Geniturinário	1 (7,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	8 (3,1)	3 (3,9)	5 (6,4)	1 (14,3)	2 (22,2)	1 (16,7)

Tabela 9 – Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído pelo cargo dos trabalhadores afastados no ano de 2012. *(continuação)*

	A n (%)	B n (%)	C n (%)	D n (%)	E n (%)	F n (%)	G n (%)	H n (%)	I n (%)	J n (%)	L n (%)	M n (%)	N n (%)
Gravidez, Parto e Puerpério	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados em Outra Parte	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	5 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	4 (30,8)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	2 (13,3)	0 (0,0)	16 (6,2)	3 (3,9)	4 (5,1)	1 (14,3)	1 (11,1)	0 (0,0)
Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,8)	0 (0,0)	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (5,6)	8 (3,1)	3 (3,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	0 (0,0)
Total	13 (100)	30 (100)	6 (100)	8 (100)	13 (100)	15 (100)	18 (100)	259 (100)	76 (100)	78 (100)	7 (100)	9 (100)	6 (100)

A - Trabalhador do campo; B - Trabalhador da área de suporte acadêmico; C - Trabalhador do transporte de pessoas e materiais; D - Trabalhador de radioatividade; E - Trabalhador de vigilância e recepção; F - Trabalhador da docência; G - Trabalhador de nível superior da saúde; H - Trabalhador de nível médio da área de enfermagem; I - Trabalhador da área administrativa; J - Trabalhador da área operacional em geral; L - Trabalhadores na atividade de supervisão de áreas; M - Outros trabalhadores de nível superior; N - Outros trabalhadores de nível médio.

χ^2 : <0,001; Letras iguais entre os cargos dos trabalhadores, por capítulo do CID-10, indicam proporções estatisticamente iguais (teste Z, com correção de Bonferroni).

Os dados apresentados nas Tabelas 7 e 8 indicam resultados que se complementam, e que analisados em conjunto podem favorecer a compreensão da ocorrência de alguns agravos.

Podemos verificar, conforme os dados apresentados nas Tabelas 5, 7 e 8, que as doenças infecciosas e parasitárias atingem mais os trabalhadores com idade entre 31-40 anos, com concentração na unidade de ensino em saúde e reprodução animal, atingindo 16,7% dos trabalhadores de nível médio (agente de telefonia e recepção, assistente de informática, operador de forno incinerador, operador de máquinas) e 14,3% trabalhadores na atividade de supervisão de áreas. A ocorrência do agravo, de acordo com achados na literatura, diminuiu muito no Brasil nos últimos anos, mas é a 4^a causa de internações hospitalares na Microrregião IBGE de Botucatu de acordo com dados de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015). Atingem com maior frequência os trabalhadores de atividades com animais, trabalhadores da área da saúde, de vigilância em saúde, de controle de vetores e da agricultura, o que pode explicar os achados neste estudo (BRASIL, 2001; VASCONCELLOS, 2001; PFUETZENREITER; ZYLBERSZTAJN; AVILA-PIRES, 2004; LIMA, 2010; DIAS, 2012; ROCHA et al., 2014).

Por lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, verificamos, conforme dados acima, que os trabalhadores mais atingidos são os homens, com maior concentração na unidade de ensino em ciências agrárias, atingindo 30,8% dos trabalhadores do campo e 14,3% dos trabalhadores em atividades de supervisão de áreas (Tabela 6, 7 e 8). Estudos sobre o trabalho em áreas rurais afirmam que a atividade concentra trabalhadores do sexo masculino e apresenta grande número de acidentes de trabalho por utilização de ferramentas manuais, máquinas e implementos agrícolas, ou ainda provocados por animais peçonhentos e exposição a fertilizantes, sendo esta uma possível explicação para os resultados deste estudo. O agravo é a 3^a causa de internações hospitalares na Microrregião IBGE de Botucatu de acordo com dados de janeiro de 2015 (TEIXEIRA; FREITAS, 2003; SILVA et al., 2005; DREBES et al., 2014; BRASIL, 2015).

As doenças do aparelho circulatório (Tabela 7 e 8), que registram maior concentração na unidade de administração, atingiram 33,3% dos trabalhadores de transporte de pessoas e materiais, e 22,2% dos trabalhadores de nível superior da saúde são consideradas mundialmente como as principais causas de morte e invalidez. São os agravos mais referidos no Inquérito de Saúde no Estado de São

Paulo e a 2ª causa de internações hospitalares na Microrregião IBGE de Botucatu de acordo com dados de janeiro de 2015. De acordo com a literatura estão associadas a fatores genéticos, biológicos, comportamentais e ambientais, como a má alimentação, o sedentarismo, estresse laboral, rotinas extensas de trabalho, atividades com pouco movimento e pouco gasto calórico, como a de motoristas (BRASIL, 2001; MASSON; MONTEIRO, 2010; COSTA et al., 2012; FRANCISCO et al., 2013; BRASIL, 2015; TROIANI; FRANÇA-BOTELHO, 2015).

As doenças do sistema nervoso apresentam concentração na unidade de ensino em ciências biológicas. As neoplasias estão concentradas na unidade de ensino em ciências biológicas e na unidade ensino em saúde e unidade básica de saúde escola. Ainda que a maior concentração de afastamentos por doenças do sistema nervoso tenha ocorrido na unidade de ensino em ciências biológicas, os dados apontam que 7,7% dos trabalhadores do campo registraram afastamento pelo agravo. Por neoplasias, 46,7% dos trabalhadores docentes estiveram afastados. As doenças do sistema nervoso e as neoplasias podem estar relacionadas, conforme afirmam as publicações “Doenças Relacionadas ao Trabalho” e “Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho”, ambas do Ministério da Saúde, a fatores de predisposição genética e/ou fatores ambientais, com exposição em ambiente laboral a substâncias químicas e/ou a como o trabalho é executado (Tabelas 7 e 8) (BRASIL, 2001; BRASIL 2012).

De acordo com o tratamento estatístico aplicado ao agravo e unidade e ao agravo e cargo (Tabela 7 e 8), globalmente existe diferença estatisticamente significativa nas associações, evidenciando que determinadas atividades oferecem maiores chances de causar agravos ao trabalhador. A relação entre atividade laboral e agravo é objeto de inúmeros estudos, conforme alguns citados acima, inclusive de estudos epidemiológicos de nexo presumido como o que originou o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (Ntep) do INSS (MELO, 2010; CODO, 2010).

Quanto à associação entre tempo de serviço e motivo diagnóstico do afastamento, conforme apresentado na Tabela 9, o maior número de trabalhadores afastados por agravos do grupo das doenças infecciosas e parasitárias foi entre aqueles com tempo de serviço de até 10 anos (8,2%), e entre os afastados por doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo estão os com 11 a 20 anos de tempo de serviço. São também estatisticamente maiores os afastamentos por agravos do grupo dos transtornos mentais e comportamentais entre os

trabalhadores com 21 a 30 anos (34,7%) de tempo de serviço, e entre os afastados por doenças do aparelho circulatório a maior concentração foi naqueles com mais de 31 anos de tempo de serviço (11,9%) na instituição.

Os dados sugerem que os trabalhadores com maior tempo de serviço possuem maior chance de adoecerem especificamente por transtornos mentais e por doenças do aparelho circulatório. Esses trabalhadores possuem idade acima de 41 anos (Tabela 5). Tais achados corroboram com outros levantamentos que retratam o adoecimento de trabalhadores com maior idade por tais agravos e podem ter sua ocorrência associada a fatores pessoais e características laborais, que favorecem o desgaste do trabalhador pelo aumento de cargas e ritmos de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2003; ALMEIDA et al. 2010; MASSON; MONTEIRO, 2010; MUSTAFA; BENATTI, 2010; SELIGMANN-SILVA, 2011; TONETTO; PRIEB; TONETTO, 2011; TROIANI; COSTA et al., 2012; ALVES, 2013; FILHO; NAVARRO, 2013; SILVA, 2013).

Ainda que a análise tenha apontado para a existência de diferença estatisticamente significativa entre determinados agravos e o tempo de serviço, de forma global essa associação não foi confirmada.

Tabela 10 – Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuído pelo tempo de serviço em anos dos trabalhadores afastados no ano de 2012.

	Ate 10 n (%)	11-20 n (%)	21-30 n (%)	31 e + n (%)	Total n (%)
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	5 _b (8,2)	4 _a (1,8)	10 _{ab} (4,6)	0 _{ab} (0,0)	19 (3,5)
Neoplasias [tumores]	5 _a (8,2)	13 _a (5,9)	15 _a (6,9)	3 _a (7,1)	36 (6,7)
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	0 _a (0,0)	2 _a (0,9)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	2 (0,4)
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	2 _a (3,3)	3 _a (1,4)	2 _a (0,9)	1 _a (2,4)	8 (1,5)
Transtornos Mentais e Comportamentais	12 _b (19,7)	53 _b (24,2)	75 _a (34,7)	14 _{ab} (33,3)	154 (28,6)
Doenças do Sistema Nervoso	2 _a (3,3)	2 _a (0,9)	4 _a (1,9)	1 _a (2,4)	9 (1,7)
Doenças do Olho e Anexos	4 _a (6,6)	19 _a (8,7)	18 _a (8,3)	4 _a (9,5)	45 (8,4)
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	0 _a (0,0)	2 _a (0,9)	3 _a (1,4)	1 _a (2,4)	6 (1,1)
Doenças do Aparelho Circulatório	1 _b (1,6)	13 _{ab} (5,9)	14 _{ab} (6,5)	5 _a (11,9)	33 (6,1)
Doenças do Aparelho Respiratório	2 _a (3,3)	12 _a (5,5)	5 _a (2,3)	1 _a (2,4)	20 (3,7)
Doenças do Aparelho Digestivo	4 _a (6,6)	10 _a (4,6)	10 _a (4,6)	3 _a (7,1)	27 (5,0)
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	1 _a (1,6)	5 _a (2,3)	6 _a (2,8)	0 _a (0,0)	12 (2,2)
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	10 _{ab} (16,4)	42 _b (19,2)	25 _a (11,6)	4 _{ab} (9,5)	81 (15,1)
Doenças do Aparelho Geniturinário	3 _a (4,9)	13 _a (5,9)	5 _a (2,3)	2 _a (4,8)	23 (4,3)
Gravidez, Parto e Puerpério	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	2 _a (0,9)	0 _a (0,0)	2 (0,4)
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	1 _a (1,6)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	0 _a (0,0)	1 (0,2)
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados em Outra Parte	0 _a (0,0)	6 _a (2,7)	1 _a (0,5)	0 _a (0,0)	7 (1,3)
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	6 _a (9,8)	12 _a (5,5)	12 _a (5,6)	3 _a (7,1)	33 (6,1)
Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade	0 _a (0,0)	2 _a (0,9)	3 _a (1,4)	0 _a (0,0)	5 (0,9)
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	3 _a (4,9)	6 _a (2,7)	6 _a (2,8)	0 _a (0,0)	15 (2,8)
Total	61 (100)	219 (100)	216 (100)	42 (100)	538 (100)

χ^2 : 0,256; Letras iguais entre o tempo de serviço em anos, por capítulo do CID-10, indicam proporções estatisticamente iguais (teste Z, com correção de Bonferroni).

A análise dos dados, apresentados na Tabela 10, indica que no primeiro episódio de afastamento, é encontrada diferença estatisticamente significativa entre os afastamentos por agravos do grupo das doenças infecciosas e parasitárias (5,3%), doenças do olho e anexos (13,0%), doenças do ouvido e da apófise mastóide (1,9%), doenças do aparelho respiratório (5,3%), doenças da pele e do tecido subcutâneo (3,7%), doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (19,5%), e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (2,2%), com duração de até 15 dias. Os dados apontam que tais agravos exigem períodos menores de afastamento ao trabalho.

Entre os afastados por agravos do grupo das neoplasias (11,6%) e transtornos mentais e comportamentais (47,4%), foi encontrada diferença estatística para aqueles com afastamentos com mais de 15 dias. Os achados apontam que tais agravos necessitam de maior tempo de afastamento do trabalhador para tratamento e suposta recuperação de sua saúde.

Na literatura da área encontra-se que os afastamentos por transtornos mentais, primeiramente são curtos e frequentes, mas vão sendo estendidos ao longo do tempo, ampliando assim o período de afastamento para tratamento, devido à gravidade do agravo (CAVALHEIRO; TOLFO, 2011; ARNETZ, 2014).

Quanto aos afastamentos por doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, esperava-se que, além de serem estatisticamente distintos entre os afastamentos por até 15 dias, fossem também para aqueles com mais de 15 dias, pois estudos afirmam que quadros de doenças osteomusculares exigem tratamentos prolongados e que, em determinados casos, podem resultar até em aposentadorias por invalidez (BORGES, 2000; RAMOS et al. 2010; MERLO, 2011; SELIGMANN-SILVA, 2013).

O tratamento estatístico apontou para a relação entre o agravo e o tempo de afastamento do trabalhador, corroborando com a literatura que afirma que o agravo ao qual o trabalhador é acometido, determina a incapacidade e logo, o tempo de afastamento ao trabalho necessário para tratamento (ROELEN; KOOPMANSS; BEEK, 2010).

Tabela 11 – Primeiro agravamento de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuídos pelos dias em que os trabalhadores estiveram afastados no ano de 2012.

	Até 15 n (%)	15 e + n (%)	Total n (%)
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	17 _b (5,3)	2 _a (0,9)	19 (3,5)
Neoplasias [tumores]	11 _b (3,4)	25 _a (11,6)	36 (6,7)
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	2 _a (0,6)	0 _a (0,0)	2 (0,4)
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	4 _a (1,2)	4 _a (1,9)	8 (1,5)
Transtornos Mentais e Comportamentais	52 _b (16,1)	102 _a (47,4)	154 (28,6)
Doenças do Sistema Nervoso	7 _a (2,2)	2 _a (0,9)	9 (1,7)
Doenças do Olho e Anexos	42 _b (13,0)	3 _a (1,4)	45 (8,4)
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	6 _b (1,9)	0 _a (0,0)	6 (1,1)
Doenças do Aparelho Circulatório	16 _a (5,0)	17 _a (7,9)	33 (6,1)
Doenças do Aparelho Respiratório	17 _b (5,3)	3 _a (1,4)	20 (3,7)
Doenças do Aparelho Digestivo	15 _a (4,6)	12 _a (5,6)	27 (5,0)
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	12 _b (3,7)	0 _a (0,0)	12 (2,2)
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	63 _b (19,5)	18 _a (8,4)	81 (15,1)
Doenças do Aparelho Geniturinário	18 _a (5,6)	5 _a (2,3)	23 (4,3)
Gravidez, Parto e Puerpério	1 _a (0,3)	1 _a (0,5)	2 (0,4)
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	0 _a (0,0)	1 _a (0,5)	1 (0,2)
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados em Outra Parte	7 _b (2,2)	0 _a (0,0)	7 (1,3)
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	17 _a (5,3)	16 _a (7,4)	33 (6,1)
Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade	5 _a (1,5)	0 _a (0,0)	5 (0,9)
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	11 _a (3,4)	4 _a (1,9)	15 (2,8)
Total	323 (100)	215 (100)	538 (100)

χ^2 : <0,001; Letras iguais entre os dias de afastamento, por capítulo do CID-10, indicam proporções estatisticamente iguais (teste Z, com correção de Bonferroni).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 11, no primeiro episódio de afastamento, dentre os afastados por transtornos mentais e comportamentais, 40,7% foram readaptados; bem como 32,2% daqueles afastados por agravos do grupo das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Ambos foram estatisticamente distintos em relação aos trabalhadores afastados pelos mesmos

agravos, mas não readaptados. Outro estudo se assemelhou aos achados, no que se refere aos agravos que causaram a readaptação (SCHVEITZER, 2014).

As análises estatísticas apontam para a relação existente entre o agravo desenvolvido e possibilidade de ser readaptado, mostrando que há maior chance entre os trabalhadores afastados por transtornos mentais e comportamentais e doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo. A literatura aponta que em determinados casos, os agravos que acometem os trabalhadores podem gerar incapacidades residuais quando do retorno ao trabalho, devido restrições físicas, psíquicas e afetivas que são desencadeadas no processo saúde-doença, e que dificultam a retomada plena de suas atividades laborais e domésticas, podendo causar até incapacidades permanentes, que levam a aposentadoria precoce (SÃO PAULO, 1972; BORGES, 2000; SELIGMANN-SILVA, 2003; 2013; RAMOS et al. 2010; ALENCAR; OTA, 2011; MERLO, 2011; SÃO PAULO, 2013).

Ainda que os dados apontem para maiores chances de readaptação entre trabalhadores afastados por doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, sugerindo o quanto o agravo pode ser incapacitante, observa-se, conforme dados acima (Tabela 09 e 10), que esses afastamentos foram por curtos períodos, até 15 dias, e acometeram trabalhadores com tempo de serviço entre 11 a 20 anos, levantando a hipótese de ocorrência de presenteísmo entre o grupo (FLORES, 2006; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; GALON, et. al, 2014).

Tabela 12 – Primeiro agravo de acordo com o capítulo do CID-10 indicado no primeiro episódio de afastamento, distribuídos pela condição de readaptação dos trabalhadores afastados no ano de 2012.

	Não readaptado n (%)	Readaptado n (%)	Total n (%)
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	18 _a (3,8)	1 _a (1,7)	19 (3,5)
Neoplasias [tumores]	32 _a (6,7)	4 _a (6,8)	36 (6,7)
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	2 _a (0,4)	0 _a (0,0)	2 (0,4)
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	7 _a (1,5)	1 _a (1,7)	8 (1,5)
Transtornos Mentais e Comportamentais	130 _a (27,1)	24 _b (40,7)	154 (28,6)
Doenças do Sistema Nervoso	9 _a (1,9)	0 _a (0,0)	9 (1,7)
Doenças do Olho e Anexos	42 _a (8,8)	3 _a (5,1)	45 (8,4)
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	6 _a (1,3)	0 _a (0,0)	6 (1,1)
Doenças do Aparelho Circulatório	30 _a (6,3)	3 _a (5,1)	33 (6,1)
Doenças do Aparelho Respiratório	20 _a (4,2)	0 _a (0,0)	20 (3,7)
Doenças do Aparelho Digestivo	27 _a (5,6)	0 _a (0,0)	27 (5,0)
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	11 _a (2,3)	1 _a (1,7)	12 (2,2)
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	62 _a (12,9)	19 _b (32,2)	81 (15,1)
Doenças do Aparelho Geniturinário	22 _a (4,6)	1 _a (1,7)	23 (4,3)
Gravidez, Parto e Puerpério	2 _a (0,4)	0 _a (0,0)	2 (0,4)
Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	1 _a (0,2)	0 _a (0,0)	1 (0,2)
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados em Outra Parte	6 _a (1,3)	1 _a (1,7)	7 (1,3)
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	32 _a (6,7)	1 _a (1,7)	33 (6,1)
Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade	5 _a (1,0)	0 _a (0,0)	5 (0,9)
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	15 _a (3,1)	0 _a (0,0)	15 (2,8)
Total	479 (100)	59 (100)	538 (100)

χ^2 : 0,031; Letras iguais entre a condição de readaptação, por capítulo do CID-10, indicam proporções estatisticamente iguais (teste Z, com correção de Bonferroni).

CONCLUSÕES

O presente estudo revelou que, em 2012, 538 trabalhadores do regime estatutário se afastaram do trabalho por motivo de doença na instituição. O perfil destes trabalhadores é composto por pessoas do sexo feminino, casado, brasileiros e residentes em Botucatu/SP. São trabalhadores com idade superior a 41 anos, sua maioria lotada no hospital das clínicas universitário, com cargos de nível médio da área da enfermagem, e com 11 a 30 anos de tempo de serviço na instituição. A maioria teve um episódio de afastamento e 11% foram readaptados. Os agravos mais encontrados foram os do grupo dos transtornos mentais e comportamentais, e das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, com duração de até 15 dias de afastamento. Assim como neste estudo, a literatura nacional e internacional já apontava para este perfil de absenteísmo em outras instituições públicas e privadas.

Foi verificada na associação, diferença estatisticamente significativa entre o primeiro agravo (classificado pelo capítulo da CID10) - e que motivou o primeiro episódio de afastamento – sexo, idade, características funcionais unidade de trabalho e cargo além de características da doença como o tempo de afastamento e a condição de readaptação, sugerindo que tais características podem influenciar no agravo que acometeu os trabalhadores.

Não foram localizados outros estudos que realizassem o tratamento estatístico dado à associação dos agravos e as características sociodemográficas, funcionais e do afastamento como neste estudo, como também, não foram encontradas pesquisas que tivessem como objeto trabalhadores públicos com atuações tão diversificadas, assim, as discussões valeram-se de outros achados que se assemelhavam a este bem como aproximações por analogia.

O tratamento estatístico aplicado aos dados aponta para uma possível associação entre determinados agravos e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. Diante disto, e ainda que de forma tímida, este estudo possibilitou a construção de indicadores de nexos epidemiológico presumido, que podem ser utilizados na esfera administrativa, na esfera pericial e de saúde do trabalhador para tomada de decisões e análises da relação saúde-trabalho.

Os resultados encontrados neste estudo não possibilitam identificar a existência de associação entre os agravos encontrados e as transformações do

mundo do trabalho explanadas acima, ainda assim é sugestivo que os agravos sejam influenciados e até decorrentes das mudanças nos modos de produção e modelo econômico, pois a literatura consultada aponta para apropriação de modelos de gestão da esfera privada pela gestão pública.

Quanto aos limites da pesquisa, foi verificado que estudos sobre afastamento do trabalho por motivo de doença em instituições públicas de regime próprio são limitados por diversas razões, mas também por não haver bases de dados que sejam capazes de compilar as informações sociodemográficas, funcionais e características da doença de forma sistemática e atualizada, e por não gerarem informações possíveis de serem analisadas para tomadas de decisões. Para obtenção das informações que compuseram o banco de dados foi necessária intensa manipulação dos arquivos gerados pelos sistemas/*softwares*, pois os mesmos não apresentavam de forma organizada as informações sobre os afastamentos por motivo de doença, além de alguns campos não estarem devidamente preenchidos com informações atualizadas. Em resumo, as informações que o serviço dispunha tinha natureza apenas cartorial, que demandou grande esforço na geração de informação analisável por meio de testes estatísticos.

Outro limite foi em relação às análises realizadas neste estudo, que utilizaram apenas os dados do primeiro episódio de afastamento e do primeiro CID 10 indicado na perícia médica, o que incorre em uma análise parcial da realidade estudada, além de não fazer uso de todos dados coletados e gerados em banco de dados.

Recomenda-se que, em futuros estudos sobre absenteísmo na instituição, busque-se diferenciar algumas causas de afastamentos, como as resultantes de acidente de trabalho, favorecendo a análise das possíveis associações. As futuras investigações podem fazer uso também de metodologias que avaliem a atividade e o ambiente organizacional e de trabalho do trabalhador afastado.

Outra recomendação é de futuros estudos sobre presenteísmo na instituição. Os resultados encontrados neste estudo não conseguem mensurar tal existência, mas é sabido que o presenteísmo é fenômeno presente no atual mundo do trabalho e pode subestimar os dados sobre absenteísmo.

Quanto ao sistema informacional utilizado para extração dos dados, recomenda-se que haja uma mudança de conceito, tornando-o um sistema de base de informação para fins de análises estatísticas, que pode ser utilizado diretamente para tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. C. B.; OTA, N. H. O afastamento do trabalho por LER/DORT: repercussões na saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 60-67, 2011.
- ALMEIDA, I. M.; VILELA, R. A. G.; GOMES, M. H. P.; SOUSA, H. P.; SILVA, A. J. N. Pressão por Produção e Acidentes: estudo a partir de Acidente com Ferramenta Manual em Fábrica de Móveis. In: LOURENÇO, E.; NAVARRO, V.; BERTANI, I.; SILVA, J. F. S.; SANT'ANA, R. (Org.). **O Averso do Trabalho II**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 231-254.
- ALVES, G. **Dimensões da precarização do trabalho**: ensaios de sociologia do trabalho. Bauru: Canal6, 2013. 240 p.
- ALVES, G. **Trabalho e Subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capital manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011. 164 p.
- ALVES, G. Trabalho, Capitalismo Global e “Captura” da Subjetividade: uma perspectiva crítica. In: LOURENÇO, E.; NAVARRO, V.; BERTANI, I.; SILVA, J. F. S.; SANT'ANA, R. (Org.). **O Averso do Trabalho II**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 41-59.
- ANDRADE, C. B.; MONTEIRO, M. I. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 2, p. 237-244, 2007.
- ANDRADE, T. B.; SOUZA, M. G. C.; SIMÕES, M. P. C.; ANDRADE, F. B. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Sci. Med.**, v. 18, n. 4, p. 166-171, 2008.
- ANTUNES, A. Produção Liofilizada e a Precarização Estrutural do Trabalho. In: LOURENÇO, E.; NAVARRO, V.; BERTANI, I.; SILVA, J. F. S.; SANT'ANA, R. (Org.). **O avesso do trabalho II**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 21-40.
- ANTUNES, R. Algumas Teses (e ideias) sobre os Sentidos do Trabalho. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O.; REZENDE, E. A.; MARTINS, R. L. (Org.). **Saúde Mental no Trabalho**: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Goiânia: 2013. p. 201-208. Disponível em: <<https://bibliotecaprt21.files.wordpress.com/2013/09/livro-saude-mental-no-trabalho-2013-prt18.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.
- ARAÚJO, T. M. Revisão de Abordagens Teórico-Metodológicas sobre Saúde Mental e Trabalho. In: GOMES, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011. p. 325-343.

ARNETZ, J. E.; HAMBLIN, I. L.; AGER, J.; ARANYOS, D.; UPFAL, J. M.; LUBORSKY, M.; RUSSELL, J.; ESSENMACHER, L. Application and Implementation of the Hazard Risk Matrix to Identify Hospital Workplaces at Risk for Violence. **Am. J. Industr. Med.**, v. 57, n. 11, p. 1276-1284, 2014.

BORGES, L. H. O Trabalho de Caixa Bancário, Saúde Mental e Lesões por Esforços Repetitivos (LER). In: GLINA, M. R.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde Mental no Trabalho: desafios e soluções**. São Paulo: Editora VK, 2000. p. 167-204.

BRAGA, L. C.; VENDRAMETO, M. T. Perfil de Afastamento do Trabalho por Motivos de Doença entre Profissionais de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior no Interior Paulista. In: CONGRESSO PAULISTA DE MEDICINA LEGAL E PERÍCIAS MÉDICAS DE SÃO PAULO, 1., 2012, São Paulo. **Resumos...** São Paulo, 2012. p. 05-05.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, p. 1585-1596, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Internações Microrregião IBGE segundo Capítulo da CID10**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/defbase.exe?sih/cnv/nrsp.def>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

CARINHATO, P. H. Neoliberalismo, reforma do estado e políticas sociais nas últimas décadas do século xx no brasil. **Aurora**, v. 2, n. 3, p. 37-46, 2008.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M. G. **Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes**. Brasília: IPEA, 2011. 79 p.

CARNEIRO, S. A. M. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na prefeitura de São Paulo. **Rev. Serv. Público**, v. 57, n. 1, p. 23-49, 2006.

CARRARO, M. M. **Condições de Trabalho e Transtornos Mentais Comuns em Professores da Rede Básica Municipal de Ensino de Bauru – SP**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

CASSIANO, A. N.; AZEVEDO, I. C.; SANTOS, Q. G. S.; VALE, L. D.; ARAÚJO NETO, J. B.; HOLANDA, C. S. M.; COSTA, R. K. S. Práticas educativas com mototaxistas: um relato de experiência de acadêmicos de Enfermagem. **Saúde Transf. Soc.**, v. 5, n. 3, p. 113-117, 2014.

CASINI, A.; GODIN, I.; CLAYS, E.; KITTEL, F. Gender difference in sickness absence from work: a multiple mediation analysis of psychosocial factors. **Eur. J. Public Health**, v. 23, n. 4, p. 635-642, 2013.

CAVALHEIRO, G.; TOLFO, S. R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **Psico-USF**, v. 16, n. 2, p. 241-249, 2011.

CHANLAT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., 2002, Lisboa. **Anais...** Lisboa, 2002. p. 8-11. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043316.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

CODO, W. Uma Revolução Silenciosa em Saúde e Trabalho no Brasil. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Org.). **Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa - O NTEP e a Previdência Social**. São Paulo: Vozes, 2010. p. 12-19.

CORREIA, M. V. C. Contra-Reforma na Política de Saúde Brasileira: flexibilização da gestão e as fundações estatais. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2009, São Luis, MA. **Anais...** São Luis, 2009.

COSTA, A. M. S. **“É um trabalho muito puxado”**: significados e práticas associados ao trabalho do vendedor ambulante e suas implicações para a saúde – um olhar etnográfico. 2007. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

COSTA, D. K. R.; ANDRADE, T. C. S.; MIRANDA, C. M. M.; SANTOS, C. A.; PEIXOTO, H. M. Prevalência de Risco Cardiovascular entre Trabalhadores de uma Instituição de Ensino Superior Privada. **Universitas: Ciênc. Saúde**, v. 10, n. 1, p. 9-14, 2012.

CRUZ, M. Z. **PSICOSSOMÁTICA NA SAÚDE COLETIVA**: um enfoque biopsicossocial. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2011.

DIA, I. C. L. Prevenção de Zoonoses Ocupacionais em Abatedouros de Bovinos. **Vivências**, v. 8, n. 15, p. 89-98, 2012.

DIMARZIO, G. **Absenteísmo entre Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde no Município de Amparo: 2006 e 2009**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas UNICAMP, 2011.

DREBES, L. M.; SCHERER, C. B.; GONÇALVES, J. R.; DÖRR, A. C. Acidentes típicos do trabalho rural: um estudo a partir dos registros do hospital universitário de Santa Maria, Rs, Brasil. **REMOA**, v. 13, n. 4, p. 3467-3476, 2014.

ENDO, M.; MUTO, T.; HARUYAMA, Y.; YUHARA, M.; SAIRENCHI, T.; KATO, R. Risk factors of recurrent sickness absence due to depression: a two-year cohort study among Japanese employees. **Arch. Occup. Environ. Health**, v. 88, n. 1, p. 75-83, 2015.

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

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D. B.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FILHO, L. G. C.; NAVARRO, V. L. A Organização do Trabalho em Saúde em um Contexto de Precarização e Avanço da Ideologia Gerencialista. In: LOURENÇO, E. A. S.; NAVARRO, V. L. (Org.). **O Averso do Trabalho III**. São Paulo: Outras Expressões, 2013. p. 91-106.

FLORES, S. G. Presentismo: potencialidaden accidentes de salud. **Acta Méd.**, v. 48, n. 1, p. 30-34, 2006.

FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A.; SEGRI, N. J.; ALVES, M. C. G. P.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUN, M. Comparação das Estimativas de Prevalência de Indicadores de Saúde no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, nos anos de 2001/2002 (ISA-SP) e 2008/2009 (ISA-Camp). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, v. 6, p. 1149-1160, 2013.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 35, p. 229-248, 2010.

FREITAS, C. M.; GOMEZ, C. M. Análise de riscos tecnológicos na perspectiva das Ciências Sociais. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, v. 3, n. 3, p. 485-504, 1997.

GALON, T.; VOZMEDIANO, E. B.; SUAREZ, A. A. A.; FELT, E. B.; BENAVIDES, F. G.; RONDA, E. Understanding sickness presenteeism through the experience of immigrant workers in a context of economic crisis. **Am. J. Ind. Med.**, v. 57, n. 8, p. 950-959, 2014.

HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparada. In: GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H.; SUGITA, K. (Org.). **Trabalho flexível, empregos precários?**. São Paulo: USP, 2009. p. 145-167.

IASE, M. L. Trabalho: Emancipação e Estranhamento?. In: LOURENÇO, E.; NAVARRO, V.; BERTANI, I.; SILVA, J. F. S.; SANT'ANA, R. (Org.). **O Averso do Trabalho II**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 61-84.

LIMA, B. G. C. A Perícia Médica do INSS e o Reconhecimento do Caráter Acidentário dos Agravos à Saúde do Trabalhador. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Org.). **Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa - O NTEP e a Previdência Social**. São Paulo: Vozes, 2010. p. 55-74.

LIMA, M. E. A. Resenha do livro A Função Psicológica do Trabalho de Yves Clot. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 9, n. 2, p. 109-114, 2006.

MAIA, M. F. M. **Eficácia das medidas preventivas em saúde ocupacional praticadas pela Universidade Estadual de Montes Claros na biblioteca Prof. Antônio Jorge**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Brasília, 2002.

MARTINS, R. J.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. Í.; MOIMAZ, S. A. S. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 30, n. 111, p. 9-15, 2005.

MASSON, V. A.; MONTEIRO, M. I. Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 4, p. 533-540, 2010.

MELO, L. E. A. Precedentes do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – Ntep. In: MACHADO, J.; SORATTO, L.; CODO, W. (Org.). **Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa - O NTEP e a Previdência Social**. São Paulo: Vozes, 2010. p. 36-54.

MERLO, A. R. C. O Trabalho e a Saúde Mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: GOMES, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 369-383.

METZGER, J. I. Mudança Permanente: fonte de penosidade no trabalho?. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 36, p. 12-24, 2011.

MONARES, S. R. P. M.; GIRARDI, D. M.; BERNARDINI, I. S. Saúde do Servidor: uma análise das justificativas do absenteísmo ao trabalho. In: PEREIRA, M. F.; COSTA, A. M.; MORITZ, G. O.; BUNN, D. A. (Org.). **Contribuições para a Gestão do SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2013. p. 179-198.

MOTTA, P. R. M. O estado da arte da gestão pública. **RAE Rev. Adm. Emp.**, v. 53, n. 1, p. 82-90, 2013.

MUSTAFA, P. S.; BENATTI, L. P. S. Trabalho e Necessidades: há satisfação das necessidades humanas na era do capital?. In: LOURENÇO, E.; NAVARRO, V.; BERTANI, I.; SILVA, J. F. S.; SANT'ANA, R. (Org.). **O Averso do Trabalho II**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 399-417.

NEVES, Y.; BRITO, J.; ARAÚJO, A. J. S.; SILVA, E. F. Relações Sociais de Gênero e Divisão Sexual do Trabalho: uma convocação teórico-analítica para estudos sobre a saúde das trabalhadoras da educação. In: GOMES, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 495-516.

NIEDHAMMER, I.; CHASTANG, J. F.; TAIEB, H. S.; VERMEYLEN, G.; THIRION, P. A. Psychosocial Work Factors and Sickness Absence in 31 Countries in Europe. **Eur. J. Public Health**, v. 23, n. 4, p. 622-628, 2012.

PFUETZENREITER, M. R.; ZYLBERSZTAJN, A.; AVILA-PIRES, F. D. Evolução Histórica da Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública. **Ciênc. Rural**, v. 34, n. 5, p. 1661-1668, 2004.

PRIMO G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 17, p. 294-302, 2007.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M. P.; SAKURAI, E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitário. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 47-58, 2010.

RAMOS, M. Z.; MERLO, A. R. C.; POERSCH, A. L.; VEECK, C.; HEISLLER, S. Z.; VIEIRA, J. A. Trabalho, adoecimento e histórias de vida em trabalhadoras de indústria calçadista. **Estud. Psicol.**, v. 15, n. 2, p. 207-215, 2010.

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicol. Ciênc. Prof.**, v. 33, p. 192-207, 2013.

RIBEIRO, P. H. A causalidade da morbidez do trabalho contemporâneo. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2007, Águas de São Pedro. **Anais...** Águas de São Pedro, 2007.

RIBEIRO, P. H. O público e o privado das políticas contemporâneas do estado moderno: ascensão e queda dos direitos de cidadania e a emergência do individualismo e do neocorporativismo em saúde. In: LOURENÇO, E.; NAVARRO, V.; BERTANI, I.; SILVA, J. F. S.; SANT'ANA, R. (Org.) **O avesso do trabalho II**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 307-316.

ROCHA, L. S.; RODRIGUES, B. C.; MACHADO, D.; ZAMPIERI, C.; FONSECA, E. M.; SOUZA, J.; SOUZA, A. F.; BARBOSA, S. R. M. Agentes de Combates a Edemias e Dificuldades do Processo de Trabalho, Campo Grande-MS. **Cad. Educ. Saúde Fisioter.**, v. 1, n. 1, supl., 2014. Disponível em: <<http://www.revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioterapia/article/view/284/0>>. Acesso em: 4 jun. 2015.

ROELEN, C. A. M.; KOOPMANSS, J. R.; BEEK, A. J. Recurrence of Medically Certified Sickness Absence According to Diagnosis: A Sickness Absence Register Study. **J. Occup. Rehabil.**, v. 20, p. 113-121, 2010.

ROELEN, C. A. M.; KOOPMANS, P.C.; SCHREUDER, J. A. H.; ANEMA, J. R.; BEEK, A. J. The history of registered sickness absence predicts future sickness absence. **Occup. Med.**, v. 61, p. 96–101, 2011.

SANTANA, L. L.; MIRANDA, F. M. D.; KARINO, M. E.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A.; SARQUIS, L. M. M. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, p.64-70, 2013.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicol. Estud.**, v. 14, n. 1, p. 3-10, 2009.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos Transtornos Mentais na População Adulta Brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SANTOS, J. P.; MATTOS, A. P. Absentismo-doença na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 35, p. 148-156, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 52968, de 07 de julho de 1972. Dispõe sobre a readaptação de funcionário público estadual, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Executivo, São Paulo, 8 julho de 1972. v. 82, n. 128, p. 3. Disponível em: <<http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=19720708&Caderno=DOE&NumeroPagina=2>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

SÃO PAULO (Estado). Resolução nº 04, de 21 de fevereiro de 2013. **Resolução**. São Paulo, 2013. **Diário Oficial do Estado**, Executivo II, São Paulo, 22 fev. 2013. p. 3.

SCHVEITZER, F. C. Trabalhadores com restrições laborais: comitê de acompanhamento em empresa pública. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 12, p. 43-49, 2014.

SELIGMANN-SILVA, E. Precarização da saúde mental no trabalho precarizado. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O.; REZENDE, E. A.; MARTINS, R. L. (Org.). **Saúde Mental no trabalho**: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Goiânia: 2013. p. 283-332. Disponível em: <<https://bibliotecaprt21.files.wordpress.com/2013/09/livro-saude-mental-no-trabalho-2013-prt18.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

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

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia no Trabalho: aspectos contemporâneos. In: In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O.; REZENDE, E. A.; MARTINS, R. L. (Org.). **Saúde mental no trabalho**: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Goiânia, 2013. p. 209-238. Disponível em: <<https://bibliotecaprt21.files.wordpress.com/2013/09/livro-saude-mental-no-trabalho-2013-prt18.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. 622 p.

SILVA, I. P. Neoliberalismo e as mudanças na estrutura do Estado: ineficiência, cultura organizacional e hibridismo entre modelos de gestão. **Rev. Ciênc. Tecnol. Humanidades do IFPE**, v. 3, p.12-24, 2011.

SILVA, J. A. R. O. A Flexibilização da Jornada de Trabalho e seus Reflexos na Saúde do Trabalhador. In: LOURENÇO, E. A. S.; NAVARRO, V. L. (Org.). **O Averso do Trabalho III**. São Paulo: Outras Expressões, 2013. p. 61-89.

SILVA, J. M.; NOVATO-SILVA, E.; FARIA, H. P.; PINHEIRO, T. M. M. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.10, n. 4, p. 891-903, 2005.

SILVA L. S.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo no trabalho: sintoma ou doença?. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 16, n.1, supl. 2, p. 62-66, 2006.

SILVA, A. K.; CASTOLDI, L.; KIJNER, L. C. A Pele Expressando o Afeto: uma intervenção grupal com pacientes portadores de psicodermatoses. **Contextos Clínicos**, v. 4, n. 1, p. 53-63, 2011.

SILVA, E. B. F.; TOMÉ, L. A. O.; COSTA, T. J. G.; SANTANA, M. C. C. P. Transtornos mentais e comportamentais: perfil dos afastamentos de servidores públicos estaduais em Alagoas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, p. 505-514, 2012.

TEIXEIRA, M. L. P.; FREITAS, R. M. V. Acidentes do Trabalho Rural no Interior Paulista. **São Paulo Perspec.**, v. 17, n. 2, p. 81-90, 2003.

TONETTO, E. S.; PRIEB, S. A. M.; TONETTO, T. S. Os efeitos da reforma administrativa do estado sobre os servidores Técnicos-administrativos da UFSM. **Rev. Univ. Soc.**, v. 21, n. 48, p. 54-61, 2011.

TROIANI, I. F.; FRANÇA-BOTELHO, A. C. Fatores de risco e proteção para doenças cardiovasculares em motoristas profissionais de transporte de carga. **Rev. UNIABEU**, v. 8, n. 18, p. 238-256, 2015.

VASCONCELLOS, S. A. Zoonoses e Saúde Pública: riscos causados por animais exóticos. **Biológico**, v. 63, n. 1/2, p. 63-65, 2001.

VIVOLLO, R. A. K. **Afastamentos por problemas de saúde dos servidores públicos estatutários da Coordenadoria de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Coordenadoria de Recursos Humanos, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2014.

ANEXO

1) Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa n. 306599

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERFIL DO ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DE CAMPI UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR PAULISTA: ANÁLISE DOS DADOS DE ABSENTEÍSMO E DE READAPTAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA

Pesquisador: ADRIANO DIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15774413.1.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 306.599

Data da Relatoria: 14/06/2013

Apresentação do Projeto:

ver parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

ver parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ver parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ver parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O autor do projeto relata que não usará prontuário médico dos pacientes. Justificativa adequada à dispensa do TCLE.

Recomendações:

ndn

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O autor do projeto relata que não usará prontuário médico dos pacientes. Justificativa adequada à dispensa do TCLE.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Telefone: (14)3880-1608

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP**

Continuação do Parecer: 306.599

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião extraordinária do CEP de 17 de junho de 2013, sem necessidade de envio à CONEP.

BOTUCATU, 17 de Junho de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

2) Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa n. 363677

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERFIL DO ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DE CAMPI UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR PAULISTA: ANÁLISE DOS DADOS DE ABSENTEÍSMO E DE READAPTAÇÃO POR MOTIVO DE DOENÇA

Pesquisador: ADRIANO DIAS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 15774413.1.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 363.677

Data da Relatoria: 05/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de inclusão de 2 sub-projetos, a este já aprovado em reunião extraordinária de 17 de junho de 2013.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desta pesquisa será de identificar o perfil de adoecimento dos trabalhadores de campi universitário do interior paulista.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há risco. Análise de banco de dados.

Benefícios: Os resultados obtidos possibilitarão aos gestores a compreensão dos afastamentos e readaptações dos funcionários a partir dos dados sociodemográficos dos trabalhadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com metodologia simples e descritiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado o ofício com a solicitação dos 2 sub-projetos a serem inclusos.

Recomendações:

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP**

Continuação do Parecer: 363.677

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação da inclusão:

Subprojeto 1: "Perfil do Adoecimento dos Trabalhadores de Campi Universitário do Interior Paulista: Análise dos Dados de Absenteísmo por Motivo de Doença", dissertação da mestrandia Miriam Malacize Fantazia do Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu;

Subprojeto 2: "O Retorno Laboral com Limitações: Análise de Dados sobre Trabalhadores Readaptados de Campi Universitário do Interior Paulista", iniciação científica do aluno Guilherme Andriolli do Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitação de inclusão dos 02 sub-projetos de pesquisas acima especificados foram aprovados em reunião do CEP de 05 de agosto de 2.013.

BOTUCATU, 19 de Agosto de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1808

E-mail: capellup@fmb.unesp.br