



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

MARCIO EDUARDO ROMA FELIX

ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA REDE DE  
ATENÇÃO BÁSICA DO SUS NA CIDADE DE RIO BRANCO - ACRE

RIO BRANCO, ACRE  
2024

MARCIO EDUARDO ROMA FELIX

ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA REDE DE  
ATENÇÃO BÁSICA DO SUS NA CIDADE DE RIO BRANCO - ACRE

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade Federal do Acre, como requisito  
parcial para obtenção do título de Mestre em  
Saúde Coletiva.

**Orientadora:**

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sabrina da Silva Santos

RIO BRANCO, ACRE  
2024

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

---

F316a Felix, Marcio Eduardo Roma, 1977 -

Absenteísmo-doença Profissionais da Saúde da Rede de Atenção Básica do SUS na cidade de Rio Branco / Marcio Eduardo Roma Felix; orientador: Drª. Sabrina da Silva Santos. – 2024.

86 f.: il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Coletiva, Rio Branco, 2024.

Inclui referências bibliográficas e anexos.

1. Absenteísmo. 2. Profissionais da Saúde. 3. Saúde do Trabalhador. I. Santos, Sabrina da Silva (orientadora). II. Título.

CDD: 362.1

---

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, provedor de todas as coisas.

Aos meus pais pelo amor de sempre e pela paciência durante a execução deste trabalho.

À Dra. Sabrina da Silva Santos pela oportunidade e disponibilidade em orientar a condução deste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFAC pelos ensinamentos compartilhados.

À Secretaria de Saúde e Secretaria de Gestão Administrativa de Rio Branco pela autorização e deferimento das solicitações para que esta pesquisa fosse realizada.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Principais estudos internacionais sobre absenteísmo-doença em profissionais da saúde.....	21
Quadro 2. Principais estudos brasileiros sobre absenteísmo-doença em profissionais da saúde.....	25
Quadro 3. Principais estudo sobre absenteísmo por Covid19 em profissionais da saúde.....	29
Quadro 4: Distribuição dos profissionais da saúde do quadro efetivo da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco/Acre segundo a profissão, 2023.....	34

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Número de profissionais da área da saúde efetivos da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre no período de 2018 a 2022.....	42
<b>Tabela 2.</b> Variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho de profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.....	43
<b>Tabela 3.</b> Prevalência de período, número de licenças e número de dias de afastamento por motivo de doença em profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.....	44
<b>Tabela 4.</b> Índice de frequência de absenteísmo-doença, índice de gravidade e duração média das licenças por motivos de doença em profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.....	44
<b>Tabela 5.</b> Proporção e prevalência de absenteísmo-doença por variáveis sociodemográficas e do trabalho, profissionais da saúde efetivos da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.....	45
<b>Tabela 6.</b> Indicadores absolutos e relativos de absenteísmo-doença em profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.....	46
<b>Tabela 7.</b> Prevalência de período de absenteísmo-doença em profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco 2018 – 2022.....	47

**Tabela 8.** Quantitativo de licenças, proporção entre o número total de licenças e prevalência de período, por capítulos da CID-10, profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.....48

**Tabela 9.** Quantitativo e proporção de dias de afastamento por capítulo da CID-10, profissionais da saúde da rede de atenção básica dos SUS na cidade de Rio Branco 2018 – 2022.....49

**Tabela 10.** Capítulos da CID-10 com maiores prevalências de absenteísmo-doença por cargo. Profissionais da saúde da rede de atenção básica dos SUS na cidade de Rio Branco 2018 – 2022.....50

**Tabela 11.** Quantitativo de licenças e dias de ausência, proporção entre todas as licenças e prevalência de período por causas específicas do capítulo I da CID-10 (algumas doenças infecciosas e parasitárias), profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS, Rio Branco, AC, 2018-2022.....52

**Tabela 12.** Quantitativo de licenças e dias de ausência, proporção entre todas as licenças e prevalência de período por causas específicas do capítulo XXI da CID 10 (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde), profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS, Rio Branco, AC, 2018-2022.....54

**Tabela 13.** Quantitativo de licenças e dias de ausência, proporção entre todas as licenças e prevalência de período por causas específicas do capítulo X da CID 10 (doenças do aparelho respiratório), profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS, Rio Branco, AC, 2018-2022.....56

**Tabela 14.** Distribuição absoluta e proporcional das licenças médicas e odontológicas e diferença entre as proporções. Profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco/AC nos períodos pré (2018 – 2019) e pós (2021 – 2022) pandemia de Covid19.....58

**Tabela 15.** Prevalência de período e diferença entre as prevalências por capítulos da CID-10, nos períodos pré (2018 – 2019) e pós (2021 – 2022) pandemia de Covid19. Profissionais de saúde da rede de atenção básica do SUS em Rio Branco/AC.....60

**Tabela 16.** Prevalência de absenteísmo-doença por profissão na rede de atenção básica do SUS na cidade Rio Branco – Acre, nos períodos pré pandemia de Covid19 (2018 – 2019) e pós pandemia Covid19 (2021 – 2022) .....61

**Tabela 17.** Capítulos com maiores prevalências de absenteísmo-doença por cargo. Profissionais da saúde da rede de atenção básica dos SUS na cidade de Rio Branco nos períodos pré (2018 – 2019) e pós (2021 – 2022) pandemia de Covid19.....62

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
PIB	Produto Interno Bruto
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

FELIX, M.E. R. Absenteísmo-doença em profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco – Acre [Dissertação]. Rio Branco: Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre; 2024.

## RESUMO

**Introdução:** O absenteísmo entre profissionais da saúde, contribui com efeitos negativos na qualidade da assistência aos usuários dos serviços, sobrecarregando e desequilibrando o sistema de saúde, gerando mais gastos e prejudicando a saúde da população. No Brasil, existe uma lacuna no conhecimento das causas relacionadas ao absenteísmo-doença dos profissionais da saúde, criando assim um impeditivo para subsidiar as discussões no âmbito das políticas públicas para a saúde do trabalhador.

**Objetivo:** O presente estudo se propõe a analisar o perfil de absenteísmo por motivos de doença entre os profissionais da saúde efetivos da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Rio Branco/Acre. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo observacional transversal com os dados sociodemográficos, licenças e atestações médicas e odontológicas dos profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco/AC no período 2018-2022. Foram calculados indicadores absolutos e relativos de absenteísmo-doença e a prevalências de período de absenteísmo para cada capítulo da CID-10. **Resultados:** A prevalência de período de absenteísmo-doença foi de 64,92%, os capítulos mais prevalentes foram capítulo I (21,41%), capítulo XXI (16,76%) e capítulo X (15,99%). O índice de frequência de foi de 2,72, o índice de gravidade foi de 31 dias e a duração média dos afastamentos foi de 11,39 dias. Os profissionais que apresentaram as maiores prevalências de absenteísmo-doença foram os agentes de combate a endemias (80,35%), os do sexo feminino (67,80%), com regime de trabalho de 40 horas semanais (43,40%) e com tempo de serviço entre 1 e 10 anos (35,52%).

**Conclusão:** O presente estudo obteve resultados que permitiram conhecer o perfil de absenteísmo-doença dos profissionais de saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco/AC, apresentando suas principais causas e magnitude, que indicam a necessidade de avanços na segurança do trabalho dos profissionais da saúde da atenção básica.

**Palavras-chave:** absenteísmo; profissionais da saúde; saúde do trabalhador.

FELIX, M. E. R. Absenteeism-illness among health professionals in the SUS primary care network in the city of Rio Branco – Acre [Dissertation]. Rio Branco: Postgraduate in Public Health, Federal University of Acre; 2024.

## ABSTRACT

**Introduction:** Absenteeism among health professionals contributes to negative effects on the quality of care for service users, overloading and unbalancing the health system, generating more expenses and harming the health of the population. In Brazil, there is a gap in knowledge of the causes related to sickness absenteeism among health professionals, thus creating an impediment to subsidizing discussions within the scope of public policies for workers' health. **Objective:** The present study aims to analyze the profile of absenteeism due to illness among health professionals working at the Municipal Health Department in the city of Rio Branco/Acre. **Materials and methods:** A descriptive observational cross-sectional study was carried out with sociodemographic data, licenses and medical and dental certificates of health professionals from the SUS primary care network in the city of Rio Branco/AC in the period 2018-2022. Absolute and relative indicators of sickness absenteeism and period prevalence of absenteeism were calculated for each chapter of the ICD10. **Results:** The period prevalence of illness-absenteeism was 64.92%, the most prevalent chapters were chapter I (21.41%), chapter XXI (16.76%) and chapter X (15.99%). The frequency index was 2.72, the severity index was 31 days and the average duration of absences was 11.39 days. The professionals who presented the highest prevalence of sickness absenteeism were agents fighting endemic diseases (80.35%), females (67.8%), working 40 hours a week (43.40%) and with length of service between 1 and 10 years (35.52%).

**Conclusion:** The present study obtained results that allowed us to understand the profile of illness-absenteeism of health professionals in the SUS primary care network in the city of Rio Branco/AC, presenting its main causes and magnitude, which indicate the need for advances in safety of the work of primary care health professionals.

**Keywords:** absenteeism; health professionals; worker's health.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	13
<b>2.1</b>	Saúde do trabalhador	13
<b>2.2</b>	Absenteísmo	16
<b>2.3</b>	Atestações	17
<b>2.4</b>	Absenteísmo-doença em profissionais da saúde	18
<b>2.4.1</b>	Revisão Internacional	18
<b>2.4.2</b>	Revisão Nacional	22
<b>2.4.3</b>	Absenteísmo por Covid-19 em profissionais da saúde	27
<b>2.5</b>	Condições de trabalho dos profissionais brasileiros da área da saúde	30
<b>2.6</b>	Rio Branco: Organização da Secretaria Municipal de Saúde	32
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	35
<b>4</b>	<b>PERGUNTA DE PESQUISA</b>	36
<b>5</b>	<b>HIPÓTESE</b>	36
<b>6</b>	<b>OBJETIVOS</b>	37
<b>6.1</b>	Objetivo Geral	37
<b>6.2</b>	Objetivos Específicos	37
<b>7</b>	<b>METODOLOGIA</b>	38
<b>7.1</b>	Tipo de Estudo	38
<b>7.2</b>	Local de Estudo	38
<b>7.3</b>	População de Estudo	38
<b>7.4</b>	Coleta de Dados	38
<b>7.5</b>	Variável Dependente	39
<b>7.6</b>	Variável Independente	39
<b>7.7</b>	Análise de Dados	39
<b>8</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>	40
<b>8.1</b>	Riscos e Precauções	41
<b>8.2</b>	Benefícios	41
<b>9</b>	<b>RESULTADOS</b>	42
<b>10</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	63
<b>11</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	70
<b>12</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	71
<b>13</b>	<b>ANEXOS</b>	78

## 1. INTRODUÇÃO

A classe trabalhadora desempenha papel fundamental para o avanço econômico e tecnológico das nações, pois a parcela produtiva depende diretamente dela.

O reconhecimento de que certas particularidades e condições de trabalho comprometem a saúde das pessoas envolvidas data do século XVI, quando as publicações de Georgius Agrícola e Aureolus Hohenheim abordaram diversos aspectos relacionados à morbidade de mineiros e metalúrgicos (MAZZILLI, 2007), Ramazzini em sua clássica obra “As Doenças dos Trabalhadores” concluiu que o conhecimento médico das ocupações laborais é fundamental para adoção de medidas voltadas a preservação e cuidado da saúde do trabalhador (RAMAZZINI, 1700).

Absenteísmo é um termo usado para, genericamente, indicar o não comparecimento ao trabalho, já o termo absenteísmo-doença é aplicado como sinônimo para a ausência do trabalhador ao serviço por motivo de doença (OIT, 1991).

Algumas pesquisas reconhecem que a etiologia do absenteísmo-doença é multifatorial (SANCINETTI et al., 2011). Entretanto, suas principais causas, bem como suas relações com as variáveis sexo, idade, profissão, carga horária dentre outras, são pobemente documentadas, principalmente em países em desenvolvimento, tornando assim mais complexo seu entendimento (BARGAS; MONTEIRO, 2014).

O absenteísmo entre profissionais da saúde, contribui com efeito negativo na qualidade da assistência aos usuários dos serviços, sobrecarregando e desequilibrando o sistema de saúde, gerando mais gastos e prejudicando significativamente a saúde da população (LEMOS et al., 2018).

No Brasil, os estudos sobre absenteísmo-doença são escassos, e em relação aos servidores públicos essa lacuna é ainda maior, principalmente para os profissionais da saúde, criando um impedimento para o conhecimento das causas relacionadas a essas faltas nessa classe de trabalhadores (CUNHA; BLANK; BOING, 2009). As poucas pesquisas sobre absenteísmo em profissionais da saúde concentram-se nas regiões sul e sudeste e geralmente abordam profissionais da enfermagem em ambiente hospitalar (GARCIA et al, 2020; PAIVA, 2020; SANTI, 2018).

## 2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 2.1 SAÚDE DO TRABALHADOR

De acordo com as características políticas, econômicas e sociais de cada época, o trabalho assume diferentes faces, podendo ser encarado pelo aspecto negativo como uma atividade árdua, cansativa que é realizada por meio de esforço, ou como uma atividade nobre, que qualifica e dá uma identidade ao ser humano. Assim, o trabalho não é apenas um meio de subsistência, pois também permite que as pessoas sejam reconhecidas pelo tipo de atividade que desempenham e se organizem a partir desse reconhecimento (PINTO, 2014).

Dessa forma, o trabalho está ligado à vida cotidiana da população, sendo influenciado direta e indiretamente pelos fatores econômicos, políticos, sociais e culturais. Tais fatores repercutem na saúde dos trabalhadores, levando a necessidade de maior compreensão do papel exercido pelo trabalho na determinação do processo saúde-doença (PAIVA et al., 2020).

O médico italiano Bernardino Ramazzini, fez essa relação entre trabalho e adoecimento em 50 profissões distintas e apontou que a saúde do indivíduo está diretamente associada à saúde de uma população, sendo considerado o “pai da medicina do trabalho” (RAMAZZINI, 1700).

A atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores de uma forma organizada, surge no mundo ocidental, no século XVIII, na Inglaterra, com a Revolução Industrial. Pressionados pelas reivindicações dos trabalhadores e pelos prejuízos econômicos, decorrentes dos altos índices de acidentes e adoecimentos determinados pelas péssimas condições de vida e trabalho, industriais da época passaram a contratar médicos atribuindo-lhes a responsabilidade pela saúde dos trabalhadores (DIAS; HOEFEL, 2005).

A partir de 1802, o parlamento britânico aprovou diversas leis e surge a primeira legislação consolidada e eficiente para a segurança do trabalhador, o “Factory Act”, que regulava diversos aspectos relacionados com idade, carga horária e a obrigatoriedade da presença de médico nas fábricas (BITENCOURT; QUELHAS, 1998).

No final do século XIX, em 1891 durante os primeiros anos da República Velha, surge, no Brasil, um dos primeiros dispositivos legais relativos à proteção do

trabalhador, o Decreto 1.313, que tratava sobre o trabalho de menores. Já no início do século XX, em 1919, foi publicado o Decreto 3.724, que regulamentou aspectos do trabalho de adultos e menores, entre eles as indenizações por morte ou incapacidade, as declarações de acidentes de trabalho de algumas categorias profissionais (BRASIL, 1891; 1919).

Na constituição de 1934, no capítulo que trata da ordem econômica e social, foram incluídos preceitos de assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante (BRASIL, 1934).

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio do Decreto Lei 5452/43, foi um marco na legislação trabalhista do Brasil, que reuniu em um único documento as esparsas legislações existentes sobre direito do trabalho e segurança e saúde no trabalho (BRASIL, 1943).

O pós-guerra e a melhoria das condições de vida sob a égide de políticas públicas de bem-estar social, juntamente com reorganização dos movimentos sociais, principalmente na Europa, permitiram novos questionamentos sob as condições de trabalho e saúde (GOMEZ, 2018).

Na Itália, o movimento pela reforma sanitária, que envolveu trabalhadores organizados, técnicos de serviços de saúde e das instituições de ensino e pesquisa, levou o discurso sobre as condições de trabalho geradoras de doença para o cenário político (BERLINGER, 1983; ODDONE, 1986).

Ecos desse movimento chegaram ao Brasil na década de 1970, em momento histórico de reorganização social, com o apoio das formulações teórico-conceituais produzidas pela epidemiologia social, foram incluídas na reforma sanitária brasileira as questões de saúde do trabalhador (DIAS; HOEFEL, 2005).

A Lei 6514/77 atualizou a CLT com o capítulo que trata da segurança e medicina do trabalho e a Portaria 3214/78, aprovou suas normas regulamentadoras (BRASIL, 1977; 1978).

Em março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, reafirmou a saúde como direito de cidadania e dever do Estado provê-la. A I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada no mesmo ano, marcou politicamente o movimento da instituição desse campo (1CNST, 1986).

A saúde do trabalhador no Brasil tem mais um marco importante na Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 200 versa sobre a competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em realizar ações de vigilância epidemiológica e

sanitária, bem como saúde do trabalhador e proteção ao meio ambiente incluído o do trabalho (BRASIL, 1988).

A Lei orgânica da saúde, aprovada no início da década de 1990, define saúde do trabalhador como um conjunto de atividades que se destina por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A portaria ministerial 1679/GM/MS instituiu no âmbito do SUS, um domínio estratégico e articulador denominado Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), como a principal estratégia pública voltada para a saúde do trabalhador. Reformulada pela portaria 2728/GM/MS com o objetivo de melhor compreender a relação entre adoecimento e atividade laboral, implementou a integração e articulação da RENAST por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), (BRASIL, 2002; 2009).

Em 2012 o Governo Brasileiro por meio da portaria 1823/GM/MS instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, que definiu os princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), definida pela Portaria GM/MS 1.378/2013, constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde e inclui a vigilância da saúde do trabalhador em suas práticas e processos de trabalho (BRASIL, 2013).

Esse arcabouço jurídico que dispõe sobre a saúde do trabalhador brasileiro, é um dos pilares fundamentais para que união, estados e municípios exerçam suas competências e cumpram suas atribuições, diminuindo áreas de atrito e direcionando suas ações no sentido de proporcionar efetivas promoção, proteção da saúde e prevenção dos agravos à saúde do trabalhador (BRASIL, 2005).

## 2.2 ABSENTEÍSMO

A palavra absenteísmo era aplicada aos proprietários rurais que abandonavam o campo para viver nas cidades, sendo que, com o advento da revolução industrial, o termo passou a ser aplicado aos trabalhadores com tendência a faltar ao serviço (QUICK; LAPERTOSA, 1982).

A Associação Internacional de Saúde Ocupacional definiu absenteísmo como: ausência do empregado ao trabalho, por qualquer motivo, quando se espera que ele compareça. Já o absenteísmo-doença foi definido como: ausência ao trabalho atribuída a doença ou lesão (IAOH, 1973).

Mesmo entendimento teve a Organização Internacional do Trabalho, quando definiu absenteísmo como termo usado para genericamente, indicar o não comparecimento ao trabalho. Já o termo absenteísmo-doença é aplicado como sinônimo para a ausência do trabalhador ao serviço por motivo de doença (OIT, 1991).

Vários autores descrevem as mais diversas formas de classificar o absenteísmo, assim temos duas formas bastante didáticas: Quick e Lapertosa (1982) classificaram o absenteísmo em cinco classes:

- a) Absenteísmo voluntário: ausência voluntária ao trabalho por razões particulares, não justificadas por doenças e sem amparo legal;
- b) Absenteísmo compulsório: impedimento ao trabalho mesmo que o trabalhador não deseje, por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que não lhe permita chegar ao trabalho;
- c) Absenteísmo legal: compreende as faltas ao serviço amparadas por lei, como licença maternidade, nojo, gala, doação de sangue, serviço militar etc. São as chamadas faltas justificadas;
- d) Absenteísmo por patologia profissional: são as ausências por doenças profissionais (LER/DORT) ou ausências por acidentes de trabalho (infortúnios profissionais);
- e) Absenteísmo por doença: inclui todas as ausências por doenças e procedimentos médicos ou odontológicos.

Em relação ao absenteísmo-doença, Midorikawa (2000) classifica-o em dois tipos: O absenteísmo tipo I – caracterizado pela falta ao trabalho por motivo de doença, sendo de fácil mensuração e custo calculado; e o tipo II – como sendo o de

corpo presente, ou seja, embora o trabalhador não falte ao serviço, diminui sua produtividade por algum problema de saúde, e que esse tipo é de difícil mensuração.

## 2.3 ATESTAÇÕES

A atestação médica no Brasil é regulamentada juridicamente pelo Artigo 4º da Lei 12.842/2013 que versa sobre atividades privativas dos médicos, entre elas a atestação médica de condições de saúde, doenças e sequelas (BRASIL, 2013).

A Resolução 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina em seu Artigo 1º, afirma que o atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente (CFM, 2002).

O Código de Ética Médica veda ao médico expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso, que não corresponda à verdade ou que seja emitido como forma de obter vantagem, além de deixar de atestar atos executados no exercício profissional quando solicitado pelo paciente ou representante legal (CFM, 2018).

A atestação odontológica é respaldada pela Lei 5.081/66 que regula o exercício da odontologia no Brasil e alterada pela Lei 6.215/75, que em seu Artigo 6º versa sobre a competência do cirurgião dentista atestar no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive, para justificação de faltas ao emprego (BRASIL, 1966; 1975).

A Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia, aprovada pela Resolução CFO 63/2005, atualizada em julho de 2012, determina, em seu Artigo 4º, exatamente o que é regulamentado pela Lei 6.215/75 (CFO, 2005).

O Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO 118/2012, corrobora sob o ponto de vista deontológico, em seu Artigo 18, que constitui infração ética: deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu representante legal (CFO, 2012).

## 2.4 ABSENTEÍSMO-DOENÇA EM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

### 2.4.1 Revisão Internacional

Os estudo internacionais de maior relevância sobre absenteísmo-doença em profissionais da saúde estão resumidos no quadro 1.

Em estudo desenvolvido com trabalhadores de 16 setores profissionais da cidade de Ontário no Canadá, as profissionais do sexo feminino, do setor saúde, foram as que mais se afastaram do serviço por motivo de doença (ALMOST et al., 2018).

Khawaja e colaboradores (2012) também fazem referência ao predomínio do gênero feminino nas ausências por motivos de doença. Em estudo transversal realizado com 3.117 profissionais da saúde no hospital universitário King Khalid na Arábia Saudita, 377 funcionários (12,1%) apresentaram 416 licenças por motivo de doença, totalizando 639 dias de afastamento no período de 6 meses. Destes 377 profissionais, 240 (63,7%) eram do sexo feminino e 137 (36,3%) eram do sexo masculino. As ausências tiveram duração média de 1,54 dias e a causa principal foram as infecções respiratórias.

Na Suécia, apesar de menor proporção, o gênero feminino foi novamente predominante, quando Helgesson e colaboradores (2020), em uma coorte retrospectiva que analisou os afastamentos por doença com duração acima de 14 dia entre 2.716 profissionais da enfermagem durante 3 anos, identificaram maior proporção de afastamentos por doença no sexo feminino (32,3%) que no masculino (22,4%). Em ambos os gêneros a proporção de afastamentos aumentou conforme avançou a faixa etária.

Conclusão similar obteve Carlos (2016) com estudo conduzido entre 27 profissionais de enfermagem do hospital oncológico Luciano Fortabat de Olavarria na Argentina, onde durante 1 ano, 51% dos profissionais se ausentaram por motivo de doença, sendo 44% mulheres e 7% homens. A faixa etária de 50-59 anos foi responsável pela maior proporção (25%) de absenteísmo-doença e as patologias psiquiátricas foram as principais causas (33%). Um total de 62 afastamentos resultaram em 1.417 dias de ausências.

Os transtornos mentais também foram destaque no estudo de coorte de 2 anos, desenvolvido na Noruega, a partir dos registros de licença por motivo de doença com duração acima de 16 dias, entre 1.533 enfermeiros. Durante o período estudado, 325

enfermeiros (21%) estiveram ausentes, sendo 103 (7%) por doenças relacionadas no capítulo V da CID-10, que trata dos transtornos mentais e comportamentais (ROELEN et al., 2018).

No continente africano, elevada proporção de absenteísmo foi encontrada em pesquisa realizada na Uganda, durante dez meses em 99 estabelecimentos de saúde de seis distritos do leste do país. Cinquenta e nove por cento das unidades de saúde tiveram pelo menos um dia com todos os funcionários ausentes durante o período estudado (ZHANG; FINK; COHEN, 2021).

Já na Nigéria, pesquisa desenvolvida no Hospital Central de Benin identificou que 46,9% dos médicos, 48% dos enfermeiros e 50% dos farmacêuticos relataram pelo menos um episódio de absenteísmo durante o ano. As ausências duraram em média 4,1 dias e a malária foi a principal causa das ausências por motivo de doença (ISAH et al., 2008).

Números elevados de absenteísmo-doença também foram encontrados no continente europeu. Estudo realizado por Krane e colaboradores (2014), com trabalhadoras da saúde municipal, das cidades de Kristiansand na Noruega, e Aarhus na Dinamarca, analisou as ausências por motivo de doença em uma coorte com período de 5 anos de seguimento. As prevalências de absenteísmo-doença encontradas foram 75,74% em Kristiansand e 80,00% em Aarhus.

Na Inglaterra, Dall'ora e colaboradores (2019) também obtiveram alta proporção de absenteísmo-doença ao conduzirem estudo de coorte com período retrospectivo de 3 anos, entre 1.944 profissionais de enfermagem dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Foram analisados 8.090 registros de absenteísmo-doença de 1.689 (86%) trabalhadores. A duração média mais comum foi de 2 dias e 31% duraram 7 ou mais dias.

Já em sentido oposto, menor proporção de absenteísmo-doença foi encontrada nos dados de Brborović e Brborović (2017), que desenvolveram pesquisa em dois hospitais de Zagreb, na Croácia, e identificaram que dos 542 médicos e enfermeiros entrevistados, apenas 90 (16,6%) relataram episódios de absenteísmo.

Números ainda menores foram descritos na margem oposta do mediterrâneo, precisamente em Menoufyia, no Egito. Al-Sharif, Kassem e Shokry (2017) realizaram pesquisa com enfermeiros dos hospitais universitários da cidade e identificaram que apenas 0,99% dos afastamentos desses profissionais se deram por motivos de doença.

Em estudo realizado no Centro Hospitalar São João em Portugal, onde foram analisados 1.621 episódios de afastamentos em profissionais da saúde, a média de afastamento foi de 13,5 dias e as dorsopatias foram as causas mais frequentes (AMARO et al., 2018).

**Quadro 1.** Principais estudos internacionais sobre absenteísmo-doença em profissionais da saúde.

Referência	Local	Amostra	Critério para absenteísmo	Frequência	Profissão mais acometida	Etiologia mais comum	Tempo médio de afastamento
Almost 2018	Canadá	Trabalhadores diversos setores	---	---	Saúde	---	---
Khawaja et al. 2012	Arábia Saudita	Profissionais de saúde em hospital	---	12,10%	---	Infecções respiratórias	1,54 dias
Helgesson et al. 2020	Suécia	Profissionais da enfermagem	Acima de 14 dias	54,70%	---	---	---
Carlos 2016	Argentina	Enfermeiros em hospital	---	51,00%	---	Patologias psiquiátricas	---
Roelen et al. 2018	Noruega	Profissionais da enfermagem	Acima de 16 dias	21,00%	---	Transtornos mentais	---
Isah et al. 2008	Nigéria	Trabalhadores em hospital	Qualquer licença por doença	50,00%	Farmacêutico	Malária	4,1 dias
Krane et al. 2014	Noruega e Dinamarca	Trabalhadoras da saúde municipal	Não especificado	75,74% e 80,00%	---	---	---
Dall'ora et al. 2019	Inglaterra	Profissionais de enfermagem em hospitais	Não especificado	86,00%	---	---	2 dias
Brborovic 2017	Croácia	Médicos e enfermeiros em hospitais	---	16,60%	---	---	---
Al-sharif 2017	Egito	Enfermeiros em hospitais	---	0,99%	---	---	---
Amaro et al. 2018	Portugal	Profissionais da saúde em hospital	Não especificado	---	---	Dorsopatias	13,5 dias

## 2.4.2 Revisão Nacional

Pesquisa de revisão integrativa que objetivou analisar publicações sobre absenteísmo-doença no serviço público brasileiro, apurou 196 estudos, resultando na seleção de oito artigos. Verificou-se que os fatores causadores de absenteísmo estão relacionados com sexo feminino, idade acima de 40 anos, tempo de serviço superior a 11 anos, atuação na área da saúde. O estudo indica que as principais causas dos episódios de absenteísmo-doença foram transtornos mentais e comportamentais e as doenças osteomusculares (SANTI et al., 2018).

Na mesma linha, Daniel e colaboradores (2017), em pesquisa descritiva com abordagem quantitativa que analisou as ausências por motivo de doença dos servidores públicos municipais de Curitiba – PR, durante o ano de 2015, identificaram que a secretaria municipal de saúde apresentou proporção de 65,9% de servidores afastados, sendo que a proporção de servidores afastados em todas as secretarias foi de 60,3%.

Já Santana e colaboradores (2019) tiveram resultados contrastantes ao investigar registros de 13.578 profissionais da saúde estadual de Sergipe. No período de um ano, apenas 189 (1,39%) profissionais tiveram ocorrência de afastamento do trabalho por motivo de doença.

Garcia e colaboradores (2020) conduziram estudo sobre absenteísmo-doença, entre 752 profissionais da enfermagem do hospital universitário Graffrée e Guinle, na cidade do Rio de Janeiro – RJ. Os resultados evidenciaram que de janeiro a novembro de 2018, foram apresentados 298 atestados para tratamento de saúde, gerando um absenteísmo de 39,62%. Destas atestações, 86 eram com solicitação de afastamento laboral acima de 14 dias.

Em estudo transversal conduzido na prefeitura municipal de Goiânia – GO, Leão e colaboradores (2015) analisaram as licenças para tratamento de saúde com duração acima de 3 dias, certificadas pela junta médica municipal, durante janeiro de 2005 a dezembro de 2010. Entre 5.182 servidores da secretaria municipal de saúde, ocorreram 7.124 episódios de absenteísmo-doença, com média de 22 dias de duração cada. No período estudado, 2.491 servidores estiveram de licença, gerando uma prevalência de 48,1% e 156.246 dias de trabalho perdidos.

Episódios de absenteísmo-doença superiores a 3 dias, também foram analisados entre 2.188 servidores públicos da saúde municipal de Ceilândia – DF por

Lemos e colaboradores (2018), que identificaram durante o período de 1 ano, uma prevalência de 40,08%. A duração média das licenças foi de 18,8 dias, as maiores prevalências de absenteísmo-doença foram em mulheres (42,8%), auxiliares de enfermagem (48,5%), e servidores com idade igual ou acima de 51 anos (40,9%).

Em estudo transversal com base em dados de inquérito epidemiológico realizado com 123 trabalhadores de um hospital de médio porte em Diamantina – MG, a prevalência de absenteísmo-doença autodeclarada nos últimos 12 meses foi de 28,5%. As principais causas das ausências foram cirurgia, dor lombar e hérnia de disco (DUARTE; LEMOS; ALCANTARA, 2017).

Já na pesquisa exploratória de abordagem quantitativa, realizada por Galindo e colaboradores (2017) com 30 profissionais da saúde de um hospital de grande porte em Florianópolis - SC, as questões levantadas sobre absenteísmo-doença mostram que 77% desses profissionais já tiveram licença médica pelo menos uma vez. As principais causas foram os distúrbios osteomusculares.

Nos dados de Junkes e Pessoa (2010), as doenças osteomusculares também estiveram entre as principais causas de absenteísmo-doença, ocasionando 48% das ausências. O estudo foi conduzido entre médicos e enfermeiros de dois hospitais públicos do município de Cacoal – RO, onde 87% desses profissionais estiveram ausentes por motivo de doença, no período de janeiro a abril de 2008, sendo 83,3% da enfermagem e 16,6% médicos.

Os problemas de saúde osteomusculares também foram as principais causas de afastamentos por questões de saúde na pesquisa transversal descritiva de Rocha, Saito e Pinto, (2019). Foram investigados durante 3 anos, os episódios de absenteísmo-doença entre os profissionais de um hospital de grande porte em São Paulo, a maior parte das ausências se deu no quadro dos profissionais de enfermagem.

Luzia e colaboradores (2021), ao analisarem as faltas ao trabalho por motivos de saúde, no período de 4 anos, de 366 profissionais de Unidade de Terapia intensiva em um hospital de Minas Gerais, também constataram que os trabalhadores da enfermagem foram os mais ausentes, contabilizando 83% das ausências no período estudado, já as principais causas foram os transtornos mentais e comportamentais representando 26,25% das ausências.

Estudo transversal descritivo sobre absenteísmo por transtornos mentais, realizado com 116 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário de

Teresina - PI, identificou significância estatística na correlação entre absenteísmo por transtornos mentais e o gênero feminino (MACHADO OLIVEIRA et al., 2019).

O gênero feminino também foi destaque no estudo descritivo de Inocêncio e Silva (2021), que investigou 2.053 atestações médicas e odontológicas entre os servidores de um hospital universitário de Aracajú – SE, onde encontrou uma prevalência de absenteísmo-doença no gênero feminino de 83,92%. Os cargos com maior número de atestados foram técnicos de enfermagem (50,2%), enfermeiros (23,5%) e médicos (6,4%). As principais causas foram doenças do aparelho respiratório doenças infeciosas e parasitárias.

Proporção bem próxima de absenteísmo-doença no gênero feminino, foi encontrada por Garbin (2022), em pesquisa quantitativa com 977 profissionais da atenção básica em saúde da cidade de Ribeirão Preto – SP, onde 75,23% dos profissionais justificaram suas ausências com atestados médicos e odontológicos em um período de 2 anos. O gênero feminino foi responsável por 81,8% das ausências. A área profissional com maior frequência de absenteísmo mais uma vez foi a enfermagem, a faixa etária 51-60 anos foi a mais ausente, já as principais causas ficaram por conta das doenças osteomusculares.

Os principais estudos brasileiros que analisaram o absenteísmo-doença em profissionais da saúde estão resumidos no quadro 2.

**Quadro 2.** Principais estudos brasileiros sobre absenteísmo-doença em profissionais da saúde.

Referência	Local	Amostra	Critério para absenteísmo	Frequência	Profissão mais acometida	Etiologia mais comum	Tempo médio de afastamento
Daniel et al. 2017	PR	Servidores públicos diversas áreas	A partir de 1 dia	60,3%	Saúde (65,9%)	Doenças do aparelho respiratório	6,58 dias
Santi et al. 2018	MG	Servidores públicos diversas áreas	Não especificado	Não especificado	Saúde	Transtornos mentais e doenças osteomusculares	---
Santana et al. 2019	SE	profissionais da saúde estadual	Afastamento por depressão	1,39%	---	---	---
Frigere et al. 2020	RJ	Profissionais da enfermagem em ambiente hospitalar	Acima de 14 dias	39,62%	---	---	44 dias
Leão et al. 2015	GO	Servidores públicos municipais diversas áreas	Acima de 3 dias	48,1%	---	---	22 dias
Lemos et al. 2018	DF	Servidores públicos da saúde municipal	Acima de 3 dias	39%	---	---	18 dias
Duarte et al. 2017	MG	trabalhadores em hospital	Todas as licenças por doença	28,5%	---	Cirurgia, dor lombar e hérnia de disco	---
Galindo 2017	SC	profissionais de enfermagem hospitalar	Qualquer licença por doença	77%	---	Distúrbios osteomusculares	---
Junkes et al. 2010	RO	Médicos e enfermeiros em hospitais	Entre 1 e 15 dias	87%	Enfermagem (83,3%)	Doenças osteomusculares	---
Rocha et al. 2019	SP	Profissionais em hospital	---	---	Enfermagem	Problemas osteomusculares	---

Referência	Local	Amostra	Critério para absenteísmo	Frequência	Profissão mais acometida	Etiologia mais comum	Tempo médio de afastamento
Luzia 2020	MG	Profissionais de terapia intensiva	---	---	Enfermagem (83%)	Transtornos mentais e comportamentais	---
Oliveira et al. 2019	PI	Enfermeiros em hospital	---	---	---	Transtornos mentais	---
Inocêncio et al. 2021	SE	Servidores de hospital	---	---	Tec. Enfermagem (50,2%)	Doenças do aparelho respiratório	---
Garbin 2022	SP	Profissionais da atenção básica	---	75,23%	Enfermagem	Doenças osteomusculares	---

#### **2.4.3 Absenteísmo por Covid-19 em Profissionais da Saúde**

Nos Estados Unidos, durante a pandemia de Covid-19, as ausências de profissionais essenciais se aproximaram de 30%, resultando em escassez de pessoal em diversos setores, incluindo o setor saúde (AGUILAR et al., 2021).

Ainda nos Estados Unidos, uma pesquisa transversal realizada por Chrissian e colaboradores (2022), com 2013 profissionais da saúde em dois grandes hospitais do sul da Califórnia, trouxe dados importantes que evidenciam que 18,1% (380) desses profissionais relataram ausências ao trabalho devido a efeitos colaterais associados à vacina contra Covid-19.

No período de fevereiro a maio de 2020, durante a primeira onda pandêmica, Maltezou e colaboradores (2021) realizaram estudo com registros recuperados do banco de dados nacional da Grécia, destacando que 44,7% dos profissionais da saúde estiveram ausentes devido à infecção pelo SARS-CoV-2, os médicos foram os mais acometidos pela doença.

Já Khorasanee e colaboradores (2021), ao analisarem o absenteísmo devido ao Covid-19, durante março e abril de 2020, em 326 médicos de um hospital no sul de Londres, calcularam uma prevalência de 39% com 127 profissionais tendo pelo menos um episódio de absenteísmo por Covid. A duração mediana e modal dos afastamentos foi de 7 dias.

Plaat e colaboradores (2022) também desenvolveram pesquisa sobre absenteísmo associado a Covid-19 no sistema nacional de saúde da Inglaterra, entre seus achados constataram que, entre março e julho de 2020, 10% dos profissionais do sistema nacional de saúde estiveram afastados pelo menos uma vez devido à infecção pelo SARS-CoV-2. Os afastamentos superiores a 14 dias somaram 2,3% do total.

Proporção próxima foi relatada na pesquisa de Faramarzi e colaboradores (2021), conduzida em 25 hospitais de 11 cidades do Irã, no período de fevereiro a setembro de 2020, onde 1.958 casos de absenteísmo por Covid-19 foram identificados, totalizando 8,9% dos profissionais da saúde, sendo a maioria profissionais da enfermagem (55,01%), do gênero feminino (60,11%) e na faixa etária de 30 a 40 anos (49,54%). Neste estudo, em média, as ausências foram de 16,44 dias.

No Brasil, Garbin e colaboradores (2022) verificaram aumento do absenteísmo-doença durante a pandemia de Covid-19, quando em pesquisa com 977 profissionais da atenção primária a saúde da cidade de Ribeirão Preto - SP, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020. Os autores destacaram que houve aumento do absenteísmo-doença de 64,79% em 2019, para 85,67% em 2020 e aumento da duração média de 7,33 dias em 2019, para 9,88 em 2020. A Covid-19 foi causa de 97 episódios de afastamento. Auxiliares de enfermagem, do gênero feminino e na faixa etária de 51 a 60 anos foram as categorias mais ausentes em ambos os anos.

Mais ao sul do Brasil, estudo que analisou o impacto da pandemia de Covid-19 em um hospital na cidade de Santa Maria - RS, também verificou aumento do absenteísmo-doença de 2,97% no período pré-pandêmico para 5,10% durante a pandemia. De março a dezembro de 2020, 43,02% dos profissionais tiveram ausências devido ao Covid-19. A equipe de enfermagem foi o grupo com maior prevalência de absenteísmo por Covid-19 (61,1%), seguido pela equipe médica (14,1%) e equipe de fisioterapia (6%). A média de dias de afastamento foi 2,03 vezes maior do que no período pré-pandêmico (PAIVA; SANTOS; DALMOLIN, 2022).

Proporção similar de absenteísmo por Covid-19 foi encontrada no nordeste brasileiro, quando Albuquerque e colaboradores (2022), que desenvolveram pesquisa com profissionais da saúde de maio de 2020 a fevereiro de 2021, destacaram que 47,8% desses profissionais relataram afastamento de suas atividades laborais em decorrência de infecção por SARS-CoV-2, sendo a mediana da duração dos afastamentos de 14 dias.

O quadro 3 resume os principais estudos que tratam de absenteísmo por Covid19 em profissionais da saúde.

**Quadro 3.** Principais estudo sobre absenteísmo por Covid19 em profissionais da saúde.

Referência	Local	Amostra	Absenteísmo pré pandêmico	Absenteísmo pandêmico	Absenteísmo por covid	Profissão mais acometida	Tempo afastamento pré pandemia	Tempo médio de afastamento
Maltezou et al. 2021	Grécia	Profissionais em hospitais	---	---	44,7%	Médicos	---	---
Khorasanee et al. 2021	Londres	Médicos em hospitais	---	---	39,0%	---	---	7 dias
Plaat et al. 2022	Inglaterra	Profissionais da saúde	---	---	10,0%	---	---	---
Faramarzi 2021	Irã	Profissionais em hospitais	---	---	8,9%	Enfermagem	---	16,44 dias
Garbin et al. 2022	Brasil / SP	Profissionais da atenção básica	64,79%	85,67%	10%	Enfermagem	7,33 dias	9,88 dias
Paiva et al. 2022	Brasil / RS	Trabalhadores em hospital	2,97%	5,10%	43,02%	Enfermagem	---	4,1 dias
Albuquerque et al. 2022	Brasil / PE	Profissionais da saúde	---	---	47,8%	---	---	14 dias

## 2.5 CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS BRASILEIROS DA ÁREA DA SAÚDE

Se por um lado podemos nos orgulhar do gigantismo do SUS em termos de capacidade instalada – número de estabelecimentos de saúde, leitos e empregos de saúde, com mais de 3,5 milhões de trabalhadores atuando em equipes multiprofissionais, qualificadas e especializadas, por outro, é fato que há problemas estruturais que ainda persistem, especialmente na gestão do trabalho, tais como: desequilíbrio entre oferta e demanda, escassez de profissionais no interior do país, precarização do trabalho, terceirização dos serviços de saúde e, consequentemente, da mão de obra especializada. O trabalho precário é uma situação que atinge significativo contingente da saúde (MACHADO; NETO, 2018).

Trabalhadores do setor da saúde pública enfrentam pesada carga de trabalho, tanto pela carga horária extensa como pelo alto nível de responsabilidade que carregam, necessidade de permanente formação e aperfeiçoamento. O setor ainda tem sofrido com o extenso processo de terceirização em detrimento da categoria de servidor público (GONDIM et al., 2018).

A carga de trabalho está associada a estressores laborais e causar agravos significativos em razão de condições precárias de organização do trabalho, que vão desde a baixa valorização e remuneração, descompasso entre tarefas prescritas e realizadas, até a escassez severa de recursos e problemas de infraestrutura (SANTOS et al., 2021).

Em pesquisas de âmbito nacional, os profissionais médicos queixaram-se da remuneração, das condições de trabalho, dos processos de trabalho, dificuldade de reciclagem profissional, gerando pessimismo e desestímulo em relação ao futuro da profissão e do sistema de saúde. Características como concentração de profissionais nos centros urbanos, ritmo intenso de trabalho, jornadas de trabalho prolongadas e sobrecarga de trabalho foram destaque (SOBRINHO et al., 2006).

No cotidiano de trabalho os médicos são expostos a múltiplos fatores de risco para a saúde: físicos, químicos, biológicos, mecânicos, no manuseio de instrumentos e máquinas e de natureza psicossocial. Esses interagem sinergicamente, potencializando efeitos e danos para a saúde (DIAS, 2015).

Não obstante, acompanham-se as modificações das condições de trabalho, refletida por vínculos frágeis, equipes incompletas e sobrecarga de trabalho que,

aliadas à infraestrutura precária das Unidades de Saúde e à falta de insumos e equipamentos, favorecem o desgaste e o adoecimento físico e mental dos trabalhadores da saúde, podendo torná-los insatisfeitos, improdutivos ou adoecidos (JULIO et al., 2022).

Estudo realizado em Botucatu – SP, com profissionais da rede básica de saúde, constatou que a maioria dos profissionais estava exposta a situações de altas demandas psicológicas no trabalho, predispondo o trabalhador ao adoecimento. Os trabalhadores também revelaram-se insatisfeitos com a remuneração, reconhecimento profissional e a impossibilidade de ascensão na carreira (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Pesquisa qualitativa com profissionais da enfermagem da estratégia saúde da família, em Blumenau – SC, evidenciou que a força de trabalho, em quantidade e qualidade, mostrou-se insuficiente para a realização das atividades atribuídas. Para as enfermeiras, a precarização do trabalho acarreta sobrecarga física e psíquica, desvio de função e pouca possibilidade de desenvolver o trabalho seguindo os parâmetros profissionais (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Já no estudo de Mauro e colaboradores (2010) os problemas observados com maior frequência no ambiente de trabalho da enfermagem, em um hospital na cidade do Rio de Janeiro – RJ, foram agrupados de acordo com os riscos ocupacionais, apresentando-se em ordem decrescente os riscos biológicos, seguidos dos riscos físicos, ergonômicos e químicos.

Em estudo transversal que investigou condições de trabalho e a morbidade dos profissionais de saúde da atenção básica em Pelotas – RS, as condições de trabalho foram avaliadas como inadequadas em 38% dos casos para o ambiente físico, em 46% para os aspectos relacionados às tarefas, em 34% para as relações institucionais e em 37% para as relações pessoais (TOMASI et al., 2007).

Maciel e colaboradores (2015), também relataram diversos problemas percebidos no trabalho de profissionais da saúde da rede de atenção básica em Fortaleza - CE. Os mais frequentes foram: excesso de demanda, condições físicas e estrutura do local de trabalho precárias, falta de equipamentos e de materiais.

Em pesquisa desenvolvida por Moimaz e colaboradores (2015), com cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde no município de São José do Rio Preto – SP, os profissionais declararam que embora a renda seja insatisfatória para a maioria, estão satisfeitos com o emprego no SUS e julgam seu trabalho ser de extrema

importância. Entretanto, apontam fatores negativos que denotam a falta de organização do trabalho e o ambiente físico de trabalho insalubre. Os desconfortos térmico e sonoro, foram as principais queixas relatadas.

Resultados de estudo de abordagem qualitativa, com 28 profissionais da estratégia saúde da família, realizado por Cardoso e colaboradores (2016), mostraram que os trabalhadores vivenciavam sofrimento moral em seu cotidiano de trabalho. As vulnerabilidades sociais, como violência doméstica e condições socioeconômicas precárias, além das fragilidades organizacionais do sistema de saúde, foram os principais disparadores de sofrimento moral.

## **2.6 RIO BRANCO: ORGANIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rio Branco, capital do estado do Acre, localiza-se no extremo oeste da região norte do Brasil, sendo o principal centro populacional, político, econômico, industrial, administrativo, e cultural do Estado. Tem uma superfície de 8.835.154 Km<sup>2</sup>, possui um divisor natural, o rio Acre, que separa a cidade em dois distritos. O clima predominante é tropical úmido, no relevo predominam planícies e terras baixas, a vegetação é característica da região amazônica, com floresta do tipo equatorial aluvial. A população estimada do município é de 419.452 habitantes, com uma densidade demográfica de 38,03 hab./km<sup>2</sup>, sendo o município do Estado com maior densidade demográfica, concentrando 46,2% da população (IBGE, 2022).

No setor econômico, Rio Branco concentra as principais indústrias do Estado com aproximadamente 58% do produto interno bruto (PIB) estadual, sendo o PIB municipal R\$ 8,94 bilhões, o que representa o 3º menor valor entre as capitais do Brasil. O salário médio mensal no município de Rio Branco, é de 3,3 salários mínimos, com um percentual de 24,8% de pessoas ocupadas, considerando a população total (SANTOS, 2019).

Em 2004 a secretaria municipal de saúde de Rio Branco assumiu o papel da gestão do sistema municipal de saúde na organização e execução das ações da atenção básica, reafirmando sua responsabilidade sanitária de garantir a atenção à saúde na rede básica, com ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, no termo de compromisso de gestão, com a adesão ao pacto pela saúde em 2007 (RAG, 2015).

A rede de atenção à saúde é composta por 12 segmentos de saúde, 58 unidades, sendo 11 unidades de referência em atenção primária, 46 unidades de saúde da família, e 1 policlínica. Além destas unidades, a rede de atenção conta ainda com 1 centro de especialidades odontológicas, 1 laboratório de prótese dentária, 2 centros de apoio e diagnóstico, 1 centro especializado de assistência farmacêutica. A rede de atenção à saúde mental conta com os seguintes dispositivos: 1 unidade de acolhimento adulta e 1 centro de atenção psicossocial tipo III, 1 equipe multiprofissional de atenção domiciliar, 1 centro de atendimento ao autista e 1 equipe de consultório na rua.

A lei complementar 140 de 29 de abril de 2022 institui o plano de cargos, carreiras e remunerações dos servidores da saúde pública do município de Rio Branco, estabelece jornadas de trabalho de 20, 30 e 40 horas semanais (RIO BRANCO, 2022).

Na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA), a força de trabalho é contratada de forma direta pela municipalidade, por meio de concursos públicos, o que possibilita maior estabilidade para o servidor e o fortalecimento do vínculo institucional. A terceirização do trabalho só ocorre em cargos não existentes no Plano de cargos, carreiras e remunerações. Atualmente, o quadro da SEMSA dispõe de 2.161 servidores, sendo 1.680 efetivos, 270 temporários, 37 cargos em comissão e 174 servidores municipalizados. O quadro 4, mostra o quantitativo dos trabalhadores efetivos da área da saúde de acordo com o vínculo empregatício (PMS, 2021).

**Quadro 4:** Distribuição dos profissionais da saúde do quadro efetivo da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco/Acre segundo a profissão, 2023.

PROFISSÃO	QUANTITATIVO
Auxiliar de Saúde Bucal	50
Biomédico	10
Bioquímico	10
Cirurgião Dentista	58
Enfermeiro	146
Farmacêutico	17
Fisioterapeuta	3
Fonoaudiólogo	3
Médico	46
Agente comunitário de saúde	590
Agente comunitário de endemias	257
Nutricionista	2
Psicólogo	12
Técnico de Laboratório	59
Técnico de Radiologia	10
Técnico de Saúde Bucal	15
Técnico em Eletrocardiograma	1
Técnico em Enfermagem	202
<b>TOTAL</b>	<b>1.491</b>

Fonte: Prefeitura Municipal de Rio Branco.

As ações do programa de saúde do trabalhador destinadas à estes profissionais estão inseridas no departamento de saúde do trabalhador, por meio do Decreto 840 de 27 de maio de 2022, sendo realizadas pelas divisão de articulação com o controle social e divisão de fiscalização e vigilância em saúde do trabalhador (RIO BRANCO, 2022).

A Lei 1.794 de 30 de dezembro de 2009 que institui o Regime Jurídico Estatutário dos Servidores Públicos do Município de Rio Branco, concede ao servidor, licença por motivo de doença, podendo ser dispensadas de perícia médica ou odontológica, as licenças com duração inferior a 15 dias no período de 1 ano (RIO BRANCO, 2009).

### 3. JUSTIFICATIVA

O absenteísmo-doença tem reflexo nas condições de saúde, de vida e de trabalho e se constitui como um problema crítico, indicando a existência de fatores de risco para morbidades, gerando uma situação onerosa para o indivíduo e para a sociedade em geral. Recentemente, esse cenário foi agravado devido à epidemia do Covid-19.

Em meio aos desafios e transformações do processo de trabalho e as respostas do Ministério da Saúde, estão os trabalhadores da saúde, em especial os do SUS, pois são esses profissionais que promovem diretamente a saúde do trabalhador, e por ocuparem postos de trabalho estão suscetíveis às consequências inerentes à atividade laboral, assumindo dupla posição no contexto da saúde do trabalhador, merecendo atenção adequada às suas demandas.

Para que um serviço de saúde realize intervenções no âmbito do absenteísmo-doença, são necessárias análises para conhecê-lo em sua dimensão quantitativa e identificar suas causas e fatores de risco.

Os indicadores de absenteísmo-doença são parâmetros internacionalmente aceitos para mensurar a ausência ao trabalho por motivo de doença, permitindo o acompanhamento ao longo do tempo, bem como a comparação de resultados entre grupos de trabalhadores. A análise dos indicadores, associada ao perfil dos afastamentos, fornece informações sobre a situação epidemiológica dos trabalhadores e importantes subsídios para planejamento, execução e avaliação de medidas no contexto da saúde do trabalhador.

A pesquisa científica direcionada ao absenteísmo em trabalhadores de saúde é carente de publicações que analisem amplamente as diversas profissões da área. No Brasil, a maior parte dos estudos são realizados nas regiões mais desenvolvidas, geralmente entre profissionais da enfermagem em ambiente hospitalar.

Fato posto, justifica-se essa pesquisa, que por meio do modelo de estudo epidemiológico, objetiva descrever o perfil de absenteísmo-doença dos profissionais da saúde pública da cidade de Rio Branco/Acre. Adicionando ao universo da avaliação e análise, a capacidade de intervenção sobre os fatores determinantes dos danos à saúde desses trabalhadores.

#### **4. PERGUNTA DE PESQUISA**

Qual o perfil de absenteísmo-doença entre os profissionais da área da saúde do quadro efetivo da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco/Acre no período 2018-2022?

Quais as diferenças no perfil de absenteísmo-doença destes profissionais entre o período pré-pandêmico e o período pós-pandêmico?

#### **5. HIPÓTESE**

O perfil de absenteísmo por motivos de doença entre os profissionais da área da saúde difere de acordo com a profissão exercida e o período analisado.

## 6. OBJETIVOS

### 6.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil de absenteísmo por motivos de doença entre os profissionais da saúde efetivos da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Rio Branco/Acre, no período 2018-2022.

### 6.2 Objetivos Específicos

1 – Identificar as causas de absenteísmo por motivos de doenças classificadas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), em profissionais da saúde efetivos da SEMSA, no período de 2018 a 2022.

2 - Quantificar as causas de absenteísmo por motivos de doenças classificadas pela CID-10, em profissionais da saúde efetivos da SEMSA, no período de 2018 a 2022.

3 – Analisar a prevalência de absenteísmo-doença considerando as variáveis sexo, idade, carga horária, tempo de serviço e profissão exercida.

4 – Comparar o perfil de absenteísmo-doença entre as distintas profissões da área da saúde.

5 – Comparar o perfil de absenteísmo-doença em profissionais da saúde entre o período pré-pandêmico (2018-2019) e o período pós-pandêmico (2021-2022).

## 7. METODOLOGIA

### 7.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo observacional transversal.

### 7.2 Local do Estudo

Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Rio Branco/Acre.

### 7.3 População de estudo

A população estudada é composta pelo universo de profissionais da área da saúde em cargos efetivos da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Rio Branco - Acre no período 2018 - 2022.

Os participantes pertencem ao quadro efetivo, pois somente para essa classe de trabalhadores existem informações disponíveis sobre absenteísmo-doença.

Foram incluídos todos os profissionais da área da saúde que prestam atendimento em unidades de saúde da rede de atenção básica: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentistas, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.

Também foram incluídos os profissionais de apoio técnico as atividades assistenciais: biomédicos, bioquímicos, técnicos em radiologia, técnicos de laboratório, técnicos de prótese dentária e técnicos de eletrocardiograma.

Para as análises de tempo de afastamento, foram excluídos os profissionais que estavam afastados por tempo indeterminado.

### 7.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada utilizando informações obtidas junto aos departamentos de gestão de pessoas da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Gestão Administrativa de Rio Branco – Acre, por meio dos sistemas institucionais WebPúblico, RBdoc, Portal da Transparência e por busca direta aos arquivos físicos das pastas funcionais dos participantes.

Primeiramente foi elaborada uma relação dos profissionais da área da saúde em efetivo exercício do cargo, no período compreendido entre 2018 e 2022, contendo dados sóciodemográficos referentes a sexo, data de nascimento, cargo, carga horária semanal e data de admissão dos profissionais da área da saúde em estudo.

Destes profissionais foram coletados dados referentes aos registros das licenças e atestações médicas e odontológicas, para a construção de uma planilha no software Excel, com informações dos registros de cada episódio de absenteísmo-doença, com data de início e término, duração em dias e sua respectiva causa conforme a CID-10 (Anexo 3).

## **7.5 Variável Dependente**

Presença ou não de pelo menos um registro de afastamento do profissional, a partir de um dia, por motivo de doença identificada por meio da respectiva referência na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

## **7.6 Variáveis Independentes**

Informações sociodemográficas relacionadas a sexo, idade, carga horária, tempo de serviço e cargo dos servidores.

## **7.7 Análise de Dados**

As análises foram realizadas com auxílio dos softwares Microsoft Excel, utilizado para organização dos dados coletados e cálculo das frequências absolutas e relativas, IBM SPSS, utilizado para análises estatísticas descritivas, e o software R, utilizado para teste de significância estatística entre proporções. A análise descritiva inicial caracterizou o perfil dos profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco – Acre, segundo as variáveis obtidas na coleta de dados, e os dados apresentados na forma de números absolutos e proporcionais.

Considerando a presença de pelo menos um episódio de absenteísmo-doença (1 dia ou mais) como desfecho, foram calculadas as prevalências de período, indicadores absolutos e relativos do absenteísmo por motivos de doenças

relacionadas na CID-10. Também foram calculadas prevalências de período considerando 3 episódios ou mais de absenteísmo-doença e por causas específicas dos capítulos mais prevalentes. Para o cálculo das prevalências de período (número de profissionais afastados/número total de profissionais) o denominador utilizado foi o número de trabalhadores ativos em cada um dos períodos estudados. Não foram contabilizados os afastamentos para acompanhamento de familiares doentes.

Os indicadores absolutos foram extraídos diretamente da base de dados e assim definidos: total de afastamentos, total de dias de ausência e total de profissionais. Os indicadores relativos, composições mais complexas dos indicadores absolutos são: índice de frequência de absenteísmo-doença, que é a soma dos afastamentos dividida pelo total de profissionais; índice de gravidade, que é a soma dos dias de ausência dividida pelo total de profissionais; duração média das ausências, que é a soma dos dias de ausência dividida pelo total de afastamentos (IAOH, 1973; HENSING et al., 1998).

As variáveis quantitativas foram apresentadas em forma de média e com o respectivo desvio padrão, já as variáveis categóricas dicotômicas foram apresentadas como frequências absoluta e relativa.

Foi realizado o teste de proporções para a comparação do absenteísmo-doença entre os períodos pré-pandêmico e pós-pandêmico. Nesta análise considerou-se como período pandêmico o ano de 2020, tendo em vista que este engloba a maior parte do intervalo de tempo compreendido entre 17 de março de 2020, quando foi decretada situação de emergência em saúde em razão da pandemia, e 26 de maio de 2021, quando foi decretado o retorno às atividades presenciais (RIO BRANCO, 2020, 2021).

## 8. ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo a Resolução CNS/MS 466/12 (BRASIL, 2013), do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, esta foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Acre (CEP-UFAC), por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo parecer 6.111.422 sob o CAAE 69706923.5.0000.5010 (Anexo 2).

Considerando que a pesquisa não envolve intervenção e nem material biológico, bem como tendo garantido o sigilo da identidade dos participantes por meio de medidas preventivas envolvendo a segurança e confidencialidade dos dados, foi peticionada junto ao CEP-UFAC, a dispensa da utilização do termo de consentimento livre e esclarecido para este estudo.

### **8.1 Riscos e precauções**

Considerando que o estudo utilizou apenas dados armazenados em arquivos institucionais, sem a participação ativa dos profissionais envolvidos na pesquisa, o risco associado a esta pesquisa é a perda da confidencialidade, para mitigar tal risco, foram adotadas as seguintes medidas de segurança: as informações de identificação dos servidores foram coletadas e tabuladas de forma não nominal e com codificação numérica, todos os arquivos foram armazenados em dispositivos com senha de acesso de uso exclusivo do pesquisador, os resultados foram apresentados de forma agregada e não identificável, visando dessa forma preservar o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa.

Em face de qualquer tipo de dano que o participante venha sofrer em decorrência de sua participação nesta pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por meio de vias judiciais e/ou extrajudiciais conforme previsto nos artigos 927 e 954 da Lei 10.406 (BRASIL, 2002) e no artigo 19 da Resolução CNS/MS 510 (CNS, 2006).

### **8.2 Benefícios**

Este estudo beneficia os profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco no sentido de que o conhecimento de seu perfil de absenteísmo-doença permite estudar melhor as características deste processo, possibilitando criteriosa avaliação de suas causas e fatores associados, contribuindo assim como importante subsídio para tomadas de decisões no âmbito das políticas públicas em saúde do trabalhador, influenciando de forma positiva na proteção e promoção da saúde destes profissionais, na prevenção de agravos e no consequente incremento da qualidade dos serviços públicos de saúde ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre.

Em conformidade com o artigo 9º da Resolução CNS/MS 580 (2018), os resultados serão divulgados para os participantes e para a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre.

## 9. RESULTADOS

A população estudada com base nos dados obtidos por meio dos departamentos de gestão de pessoas da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Gestão Administrativa de Rio Branco, foi de 1.551 servidores, compreendendo todos os profissionais da área da saúde efetivos da rede de atenção básica do SUS no período de 2018 a 2022. A tabela 1 mostra o quantitativo correspondente ao número de profissionais ativos em cada ano do estudo.

**Tabela 1.** Número de profissionais da área da saúde efetivos da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre no período de 2018 a 2022.

ANO	N
2018	1.488
2019	1.502
2020	1.496
2021	1.448
2022	1.431
2018 - 2022	1.551

A tabela 2 apresenta as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho dos profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, de 2018 a 2022. Houve predomínio do sexo feminino (72,6%), idade de 30 a 39 anos (43,8% - idade mínima de 19, máxima de 71 e média de 39 anos – DP 8,314), carga horária de 40 horas semanais (67,2%), profissão de agente comunitário de saúde (38,6%) e tempo de serviço de 1 a 10 anos (55,2%).

**Tabela 2.** Variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho de profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 - 2022.

Variável	Categorias	N	%
<b>Sexo</b>	Feminino	1.126	72,6
	Masculino	425	27,4
<b>Idade</b>	≤29	172	11,1
	30-39	679	43,8
	40-49	509	32,8
	50-59	168	10,8
<b>Carga horária</b>	≥60	23	1,5
	20h	75	4,8
	24h	10	0,6
	30h	425	27,4
<b>Cargo</b>	40h	1042	67,2
	Agente comunitário de saúde	598	38,6
	Auxiliar de saúde bucal	52	3,4
	Agente de combate a endemias	280	18,1
<b>Tempo de serviço</b>	Biomédico	10	0,6
	Bioquímico	10	0,6
	Dentista	61	3,9
	Enfermeiro	150	9,7
<b>Cargo</b>	Farmacêutico	16	1,0
	Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo	21	1,4
	Médico	54	3,5
	Técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem	210	13,5
<b>Cargo</b>	Técnico de laboratório e técnico em eletrocardiograma	60	3,9
	Técnico em saúde bucal e técnico em prótese dentária	19	1,2
	Técnico em radiologia	10	0,6
	Até 1 ano	102	6,6
<b>Tempo de serviço</b>	De 1 a 10 anos	856	55,2
	De 11 a 20 anos	565	36,4
	>20 anos	28	1,8

Durante o período de 1º de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2022, 1.007 profissionais da saúde efetivos apresentaram 4.220 licenças médicas e odontológicas ao Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde, sendo 3.839 (90,97%) de até 15 dias e 381 (9,03%) com mais de 15 dias de duração, A prevalência para pelo menos 1 caso de absenteísmo-doença entre todos os

profissionais foi de 64,92%, já os casos com 3 ou mais episódios resultaram em prevalência de 35,78%.

Todas as licenças geraram 48.094 dias de ausências ao trabalho, sendo 23.741 (49,31%) dias por licenças de até 15 dias e 24.380 (50,69%) dias em licenças superiores a 15 dias.

**Tabela 3.** Prevalência de período, número de licenças e número de dias de afastamento por motivo de doença em profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.

VARIÁVEL	N	%
Prevalência de período (1 afastamento)	1.007	64,92
Prevalência de período (3 ou mais afastamentos)	555	35,78
Licenças por até 15 dias	3.839	90,97
Licenças por mais de 15 dias	381	9,03
Total de licenças	4.220	100,00
Nº de dias de afastamento por até 15 dias	23.738	49,33
Nº de dias de afastamento por mais 15 de dias	24.380	50,67
Nº total de dias de afastamento	48.118	100,00

A tabela 4 traz os indicadores relativos de absenteísmo da população estudada. O índice de frequência de absenteísmo-doença entre todos os profissionais da saúde, calculado a partir da divisão da soma de todos os afastamentos pelo número total de profissionais ativos durante o período da pesquisa foi de 2,72. O índice de gravidade, divisão da soma dos dias de ausências pelo número total de profissionais foi de 31,00. A duração média das ausências, calculada a partir da divisão da soma dos dias de ausências pelo total de afastamentos foi de 11,39 dias.

**Tabela 4.** Índice de frequência de absenteísmo-doença, índice de gravidade e duração média das licenças por motivos de doença em profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.

INDICADOR	VALOR
Índice de frequência de absenteísmo-doença	2,72
Índice de gravidade	31,00
Duração média das licenças	11,39

A tabela 5 apresenta proporção e prevalência de absenteísmo-doença em profissionais da saúde, de acordo com as características sociodemográficas e do trabalho. As maiores prevalências de absenteísmo foram observadas no sexo feminino (67,8%), carga horária de 40 horas semanais (43,3%) e tempo de serviço entre 1 e 10 anos (35,5%), as diferenças de prevalência da variável idade não apresentaram significância estatística ( $p$ -valor  $>0,05$ ).

**Tabela 5.** Proporção e prevalência de absenteísmo-doença por variáveis sociodemográficas e do trabalho, profissionais da saúde efetivos da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.

Variável	Categorias	N	Proporção %	Prevalência %
<b>Sexo</b>	Feminino	763	75,80	67,76
	Masculino	244	24,20	57,41
<b>Idade</b>	≤29	114	11,30	66,27
	30-39	435	43,20	64,06
	40-49	335	33,30	65,81
	50-59	108	10,70	64,28
	≥60	15	1,50	65,21
<b>Carga horária</b>	20h	44	4,40	2,80
	24h	1	0,10	0,01
	30h	290	28,80	18,70
	40h	672	66,70	43,30
<b>Tempo de serviço</b>	<1 ano	77	7,60	4,96
	1-10 anos	551	54,70	35,52
	11-20 anos	363	36,09	23,40
	>20 anos	16	1,60	1,03

A tabela 6 apresenta indicadores absolutos e relativos de absenteísmo-doença dos profissionais de saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco no período de 2018 a 2022, por categoria profissional. Os agentes de combate a endemias apresentaram o maior índice de frequência de absenteísmo-doença (5,13), seguidos pelos técnicos e auxiliares de enfermagem (3,32). O maior índice de gravidade encontrado foi entre os técnicos de laboratório e entre os técnicos em eletrocardiograma (55,98), o segundo maior foi observado entre os enfermeiros (39,96). A maior duração média (30,0) dos dias de ausência foi identificada entre os técnicos de radiologia, em segundo lugar os bioquímicos, que tiveram duração média de 22,50 dias.

**Tabela 6.** Indicadores absolutos e relativos de absenteísmo-doença em profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.

Cargo	Nº de licenças	Nº total de profissionais	Dias de afastamento	Índice de frequência *	Índice de gravidade **	Duração média
Agente comunitário de saúde	1.032	598	16.726	1,72	27,96	16,20
Auxiliar de saúde bucal	104	52	916	2,00	17,61	8,80
Agente de combate a endemias	1.438	280	8.877	5,13	31,70	6,17
Biomédico	11	10	107	1,10	10,20	9,72
Bioquímico	4	10	90	0,40	9,00	22,50
Dentista	99	61	1.311	1,62	21,49	13,24
Enfermeiro	477	150	5.995	3,18	39,96	12,56
Farmacêutico	5	16	48	0,03	3,00	9,60
Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo	46	21	339	2,19	16,14	7,36
Médico	124	54	2.149	2,29	39,79	17,33
Técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem	698	210	7.953	3,32	37,87	11,39
Técnico de laboratório e técnico em eletrocardiograma	168	60	3.359	2,80	55,98	19,99
Técnico em saúde bucal e técnico em prótese dentária	13	19	227	0,68	11,94	17,46
Técnico em radiologia	1	10	30	0,1	3,00	30,00

\* Número total de licenças / Número total de profissionais

\*\* Número total de dias de ausência / Número total de profissionais

A tabela 7 apresenta as prevalências de absenteísmo-doença no período de 2018 a 2022, para as profissões da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco. Os agentes de combate a endemias apresentaram a maior prevalência de absenteísmo-doença tanto para pelo menos 1 licença (80,35%), quanto para 3 ou mais licenças (62,14%). Já a segunda maior prevalência foi observada nos enfermeiros (74,66%), para pelo menos 1 licença e no grupo com técnicos e auxiliares de enfermagem (44,76%), para 3 ou mais licenças.

**Tabela 7.** Prevalência de período de absenteísmo-doença em profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco 2018 – 2022.

Cargo	Prevalência de pelo menos 1 afastamento %	Prevalência de 3 ou mais afastamentos %
Agente comunitário de saúde	58,86	24,58
Auxiliar de saúde bucal	59,61	23,07
Agente de combate a endemias	80,35	62,14
Biomédico	50,00	20,00
Bioquímico	30,00	0,00
Dentista	62,29	21,31
Enfermeiro	74,66	41,33
Farmacêutico	18,75	0,00
Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo.	71,42	33,33
Médico	53,70	33,33
Técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem	70,95	44,76
Técnico de laboratório e técnico em eletrocardiograma	65,00	38,33
Técnico em saúde bucal e técnico em prótese dentária	26,31	15,78
Técnico em radiologia	10,00	0,00

Ao analisar as prevalências dos 22 capítulos relacionados na CID-10 (Tabela 8), apenas o capítulo XVI (algumas afecções originadas no período perinatal) não apresentou nenhum registro de afastamento entre os servidores efetivos da rede de atenção básica do SUS em Rio Branco no período 2018 - 2022. O capítulo I (algumas doenças infecciosas e parasitárias), com 461 afastamentos, apresentou a maior prevalência (21,41%). A segunda maior prevalência (16,76%) foi observada no capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde) que teve 366 episódios de afastamento, a terceira maior prevalência (15,99%) foi relacionada ao capítulo X (doenças do aparelho respiratório) com um total de 403 licenças registradas. Ainda foram apresentadas 1.122 atestações sem informação do código com a CID-10, representando 26,59% de todas as licenças.

**Tabela 8.** Quantitativo de licenças, proporção dentre o número total de licenças e prevalência de período, por capítulos da CID-10, profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre, 2018 – 2022.

Capítulo da CID-10	Nº de licenças até 15 dias	Nº de licenças por mais de 15 dias	Nº total de licenças	Proporção %	Prevalência %
I	453	8	461	10,92	21,41
II	17	32	49	1,16	1,74
III	7	1	8	0,19	0,45
IV	31	4	35	0,83	1,23
V	162	74	236	5,59	7,61
VI	35	1	36	0,85	2,19
VII	39	11	50	1,18	2,45
VIII	35	0	35	0,83	1,81
IX	116	21	137	3,25	6,38
X	400	3	403	9,55	15,99
XI	188	9	197	4,67	8,38
XII	36	5	41	0,97	2,71
XIII	356	87	443	10,50	12,89
XIV	102	1	103	2,44	4,96
XV	17	1	18	0,43	0,71
XVI	0	0	0	0,00	0,00
XVII	2	3	5	0,12	0,19
XVIII	109	6	115	2,73	5,48
XIX	105	46	151	3,58	6,96
XX	13	1	14	0,33	0,90
XXI	301	65	366	8,67	16,76
XXII	193	2	195	4,62	11,15
<b>Sem CID</b>	<b>1.122</b>	<b>0</b>	<b>1.122</b>	<b>26,59</b>	<b>35,14</b>

Nos cálculos das proporções de dias de afastamento registrados nas atestações médicas e odontológicas dentre os capítulos da CID-10 (Tabela 9), observamos que o capítulo XIII (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo), que totalizou 9.005 dias de afastamentos, foi responsável pela maior proporção (18,71%) de dias de ausências dentre todos os capítulos. Em segundo lugar, causando 12,33% de todos os dias de licenças está o capítulo V (transtornos mentais e comportamentais). O capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde) com 5.218 dias teve a terceira maior proporção (10,84%). As 1.122 licenças e atestações sem informações a respeito da CID, ocasionaram 5.319 dias de ausências, respondendo por 11,05% dos dias de afastamentos. Nesta análise não foram inseridos os dias de afastamentos das licenças por tempo indeterminado de 25 profissionais.

**Tabela 9.** Quantitativo e proporção de dias de afastamento por capítulo da CID-10, profissionais da saúde da rede de atenção básica dos SUS na cidade de Rio Branco 2018 – 2022.

Capítulo da CID-10	Nº de dias licenças até 15 dias	Nº de dias licenças mais de 15 dias	Nº total de dias de licenças	Proporção de dias de afastamento %
I	3.193	581	3.774	7,84
II	105	2.860	2.965	6,16
III	60	32	92	0,19
IV	265	153	418	0,87
V	1.439	4.492	5.931	12,33
VI	165	90	255	0,53
VII	249	389	638	1,33
VIII	172	0	172	0,36
IX	873	1.093	1.966	4,09
X	2.207	240	2.447	5,09
XI	748	509	1.257	2,61
XII	189	188	377	0,78
XIII	2.319	6.686	9.005	18,71
XIV	635	18	653	1,36
XV	170	90	260	0,54
XVI	0	0	0	0,00
XVII	16	300	316	0,66
XVIII	646	385	1.031	2,14
XIX	904	3.140	4.044	8,40
XX	109	30	139	0,29
XXI	2.142	3.076	5.218	10,84
XXII	1.812	28	1.840	3,82
Sem CID	5.319	0	5.319	11,05
<b>TOTAL</b>	<b>23.737</b>	<b>24.380</b>	<b>48.117</b>	<b>100,00</b>

Na análise dos capítulos da CID-10 de maior prevalência de absenteísmo-doença por categoria profissional, o capítulo I (algumas doenças infecciosas e parasitárias) esteve entre os capítulos mais prevalentes em 8 dos 14 grupos profissionais estudados, seguido pelo capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde) que esteve entre os capítulos mais prevalentes em 6 profissões (Tabela 10).

**Tabela 10.** Capítulos da CID-10 com maiores prevalências de absenteísmo-doença por cargo. Profissionais da saúde da rede de atenção básica dos SUS na cidade de Rio Branco 2018 – 2022.

<b>Cargo</b>	<b>Capítulo da CID-10 (Prevalência - %)</b>
Agente comunitário de saúde	CAP I (16,05)
Auxiliar de saúde bucal	CAP I (15,38)
Agente de combate a endemias	CAP XXI (34,64)
Biomédico	CAP XXII (20,00)
Bioquímico	CAP XXI (20,00)
Dentista	CAP XXI (21,31)
Enfermeiro	CAP I (24,67)
Farmacêutico	CAP I, VIII, XIII, XXI (6,25)
Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo	CAP I (33,33)
Médico	CAP I, XIII, XXI (14,81)
Técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem	CAP I (27,96)
Técnico de laboratório e técnico em eletrocardiograma	CAP XXII (20,34)
Técnico em saúde bucal e técnico em prótese dentária	CAP I, V, VII, XIII, XIV, XXI, XXII (5,26)
Técnico em radiologia	CAP XIX (19,00)

A tabela 11 apresenta dados do quantitativo de licenças e dias de ausência, proporção dentre todas as licenças e prevalência de período de absenteísmo-doença por causas específicas dos grupos de doenças do capítulo I da CID-10 (algumas

doenças infecciosas e parasitárias). O código B34 (Infecção viral de local não especificado), com 300 licenças e 2.320 dias de ausências foi responsável pela maior proporção (7,11%) e prevalência (15,34%). A dengue (código A90) foi causadora de 1,16% de todas as licenças apresentadas ao Departamento de Gestão de Pessoas da SEMSA. O código A09 (outras gastroenterites e colites de origem infecciosa e não especificada) foi a causa de 1,11% do total de licenças e apresentou prevalência de 2,77%.

**Tabela 11.** Quantitativo de licenças e dias de ausência, proporção dentre todas as licenças e prevalência de período por causas específicas do capítulo I da CID-10 (algumas doenças infecciosas e parasitárias), profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS, Rio Branco, AC, 2018-2022.

Código da CID-10	Licenças	Dias	Proporção %	Prevalência %
<b>A02</b> - Outras infecções por salmonela	1	1	0,02	0,06
<b>A03</b> - Shigelose	3	13	0,07	0,13
<b>A04</b> - Outras infecções intestinais bacterianas	5	29	0,12	0,32
<b>A08</b> - Infecções intestinais virais e outras específicas	5	28	0,12	0,26
<b>A09</b> - Outras gastroenterites e colites de origem infecciosa e não especificada	47	165	1,11	2,77
<b>A15</b> - Tuberculose respiratória, confirmada bacteriológica e histologicamente	11	615	0,26	0,45
<b>A44</b> - Bartonelose	1	7	0,02	0,06
<b>A46</b> - Erisipela	1	5	0,02	0,06
<b>A49</b> - Infecção bacteriana de local não especificado	1	12	0,02	0,06
<b>A60</b> - Infecção por herpesviral anogenital	1	6	0,02	0,06
<b>A68</b> - Febres recorrentes	1	15	0,02	0,06
<b>A71</b> - Tracoma	1	6	0,02	0,06
<b>A90</b> - Dengue	49	294	1,16	2,51
<b>A92</b> - Outras febres virais transmitidas por mosquitos	1	15	0,02	0,06
<b>B01</b> - Varicela	2	11	0,05	0,13
<b>B18</b> - Hepatite viral crônica	2	19	0,05	0,13
<b>B19</b> - Hepatite viral não especificada	1	15	0,02	0,06
<b>B26</b> - Caxumba	4	27	0,09	0,26
<b>B30</b> - Conjuntivite viral	2	10	0,05	0,13
<b>B34</b> - Infecção viral de local não especificado	300	2.320	7,11	15,34
<b>B37</b> - Candidíase	1	1	0,02	0,06
<b>B49</b> - Micose não especificada	1	2	0,02	0,06
<b>B51</b> - Malária por Plasmodium vivax	1	15	0,02	0,06
<b>B58</b> - Toxoplamose	1	2	0,02	0,06
<b>B86</b> - Sarna	2	12	0,05	0,13
<b>B90</b> - Sequelas de tuberculose	1	7	0,02	0,06
<b>B91</b> - Sequelas de poliomielite	1	2	0,02	0,06
<b>B96</b> - Outros agentes bacterianos especificados como causadores de doenças classificadas em outros capítulos	1	2	0,02	0,06
<b>B97</b> - Agentes virais como causadores de doenças classificadas em outros capítulos	13	118	0,31	0,77

A tabela 12 apresenta dados quantitativos de dias de afastamento, licenças proporcão dentre todas as licenças e prevalência de período por causas específicas do capítulo XXI da CID-10 (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde). Neste capítulo, 184 licenças por convalescença (código Z54), geraram 4.449 dias de afastamento, motivando 4,34% de todas as licenças e apresentando prevalência de 9,35%. Já os exames médicos gerais (código Z00) apresentaram prevalência de 4,84%, sendo responsáveis por 2,35% de todas as licenças, ocasionando 235 dias de ausência dos profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, no período de 2018 a 2022.

**Tabela 12.** Quantitativo de licenças e dias de ausência, proporção dentre todas as licenças e prevalência de período por causas específicas do capítulo XXI da CID 10 (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde), profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS, Rio Branco, AC, 2018-2022.

Código da CID-10	Licenças	Dias	Proporção %	Prevalência %
<b>Z00</b> - Exame médico geral	99	235	2,35	4,84
<b>Z01</b> - Outros exames e investigações especiais de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado	29	34	0,69	1,35
<b>Z02</b> - Exame e encontro para fins administrativos	3	3	0,07	0,19
<b>Z03</b> - Observação e avaliação médica para suspeitas de doenças e condições, descartadas	2	10	0,05	0,13
<b>Z04</b> - Exame e observação por outros motivos	1	4	0,02	0,06
<b>Z13</b> - Exame especial de triagem para outras doenças e distúrbios	1	10	0,02	0,06
<b>Z20</b> - Contato e exposição a doenças transmissíveis	14	136	0,33	0,77
<b>Z29</b> - Necessidade de outras medidas profiláticas	1	2	0,02	0,06
<b>Z30</b> - Gestão contraceptiva	2	10	0,05	0,13
<b>Z35</b> - Supervisão de gravidez de alto risco	1	45	0,02	0,06
<b>Z46</b> - Montagem e ajuste de outros dispositivos	2	4	0,05	0,06
<b>Z48</b> - Outros cuidados de acompanhamento cirúrgico	3	22	0,07	0,19
<b>Z50</b> - Cuidados envolvendo uso de procedimentos de reabilitação	2	10	0,05	0,06
<b>Z54</b> - Convalescença	184	4.449	4,34	9,35
<b>Z73</b> - Problemas relacionados à dificuldade de gerenciamento de vida	5	22	0,12	0,32
<b>Z75</b> - Problemas relacionados com instalações médicas e outros cuidados de saúde	1	10	0,02	0,06
<b>Z86</b> - História pessoal de algumas outras doenças	1	1	0,02	0,06
<b>Z90</b> - Ausência adquirida de órgãos, não classificada em outra parte	1	2	0,02	0,06
<b>Z95</b> - Presença de implantes e enxertos cardíacos e vasculares	2	69	0,05	0,13
<b>Z96</b> - Presença de outros implantes funcionais	3	35	0,07	0,19
<b>Z98</b> - Outros estados pós-cirúrgicos	10	105	0,24	0,45

A tabela 13 traz os dados referentes ao quantitativo de licenças, dias de afastamento, proporção dentre todas as licenças e prevalência de período de absenteísmo-doença por causas específicas do capítulo X da CID-10 (doenças do aparelho respiratório). A gripe com vírus não identificado (código J11) afastou os profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco, Acre por 821 dias e apresentou a maior prevalência (7,48%) e maior proporção (3,18%) dentre todas as licenças. A segunda maior prevalência (2,71%) foi observada no código J00 (nasofaringite aguda), seguido pelas infecções respiratórias superiores agudas de locais múltiplos e não especificados (código J06) que apresentou prevalência de 2,32%.

**Tabela 13.** Quantitativo de licenças e dias de ausência, proporção dentre todas as licenças e prevalência de período por causas específicas do capítulo X da CID 10 (doenças do aparelho respiratório), profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS, Rio Branco, AC, 2018-2022.

<b>Código da CID-10</b>	<b>Licenças</b>	<b>Dias</b>	<b>Proporção %</b>	<b>Prevalência %</b>
<b>J00</b> - Nasofaringite aguda	51	267	1,21	2,71
<b>J01</b> - Sinusite aguda	12	50	0,28	0,77
<b>J02</b> - Faringite aguda	7	18	0,17	0,45
<b>J03</b> - Amigdalite aguda	51	181	1,21	2,64
<b>J04</b> - Laringite aguda	5	11	0,12	0,32
<b>J05</b> - Laringite obstrutiva aguda e epiglote	1	7	0,02	0,06
<b>J06</b> - Infecções respiratórias superiores agudas de locais múltiplos e não especificados	43	221	1,02	2,32
<b>J10</b> - Influenza devido ao vírus da gripe sazonal identificado	8	42	0,19	0,52
<b>J11</b> - Gripe, vírus não identificado	134	821	3,18	7,48
<b>J12</b> - Pneumonia viral, não classificada em outra parte	3	27	0,07	0,19
<b>J13</b> - Pneumonia por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	7	0,02	0,06
<b>J15</b> - Pneumonia bacteriana, não classificada em outra parte	7	36	0,17	0,45
<b>J16</b> - Pneumonia devido a outros organismos infecciosos, não classificados em outra parte	1	15	0,02	0,06
<b>J17</b> - Pneumonia em doenças classificadas em outra parte	1	6	0,02	0,06
<b>J18</b> - Pneumonia, organismo não especificado	12	110	0,28	0,77
<b>J20</b> - Bronquite aguda	10	36	0,24	0,64
<b>J22</b> - Infecção respiratória inferior aguda não especificada	4	20	0,09	0,19
<b>J30</b> - Rinite vasomotora e alérgica	7	20	0,17	0,45
<b>J31</b> - Rinite crônica, nasofaringite e faringite	1	1	0,02	0,06
<b>J32</b> - Sinusite crônica	1	1	0,02	0,06
<b>J35</b> - Doenças crônicas de amígdalas e adenóides	1	2	0,02	0,06
<b>J37</b> - Laringite crônica e laringotraqueíte	7	38	0,17	0,39
<b>J39</b> - Outras doenças do trato respiratório superior	1	4	0,02	0,06
<b>J40</b> - Bronquite, não especificada como aguda ou crônica	1	4	0,02	0,06
<b>J41</b> - Bronquite crônica simples e mucopurulenta	1	15	0,02	0,06
<b>J43</b> - Enfisema	1	12	0,02	0,06
<b>J44</b> - Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	1	9	0,02	0,06
<b>J45</b> - Asma	8	91	0,19	0,06
<b>J47</b> - Bronquiectasia	1	10	0,02	0,06

**Tabela 13.** (Continuação).

Código da CID-10	Licenças	Dias	Proporção %	Prevalência %
<b>J62</b> - Pneumoconiose devido a poeira contendo sílica	1	8	0,02	0,06
<b>J63</b> - Pneumoconiose devido a outras poeiras inorgânicas	2	45	0,05	0,13
<b>J68</b> - Condições respiratórias devido à inalação de produtos químicos, gases, fumos e vapores	3	29	0,07	0,13
<b>J70</b> - Condições respiratórias devido a outros agentes externos	11	76	0,26	0,58
<b>J80</b> - Síndrome do desconforto respiratório do adulto	1	2	0,02	0,06
<b>J81</b> - Edema pulmonar	2	25	0,05	0,13
<b>J84</b> - Outras doenças pulmonares intersticiais	1	180	0,02	0,06

O resultado da comparação das proporções de licenças por capítulos da CID-10, nos períodos pré (2018 – 2019) e pós (2021 – 2022) pandemia de Covid19, é mostrado na Tabela 14. Excluindo-se as licenças sem CID especificada, no período pré pandemia, o capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde) apresentou a maior proporção (13,45%) de licenças dentre todos os capítulos. Já no período pós pandemia, o capítulo I (algumas doenças infecciosas e parasitárias) mostrou a maior proporção (14,77%) de licenças. O capítulo XIII (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo) apresentou a segunda maior proporção de licenças dentre todos os capítulos, nos dois períodos analisados. O capítulo III (doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários) apresentou o maior aumento (237,50%) na proporção de licenças dentre o período pré e pós pandêmico, sem significância estatística (p-valor 0,417), seguido pelo capítulo I (algumas doenças infecciosas e parasitárias) que apresentou aumento de 171,51% com significância estatística (p-valor <0,001).

**Tabela 14.** Distribuição absoluta e proporcional das licenças médicas e odontológicas e diferença entre as proporções. Profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco/AC nos períodos pré (2018 – 2019) e pós (2021 – 2022) pandemia de Covid19.

Capítulo da CID-10	Nº de Licenças 2018-2019 (%)	Nº de Licenças 2021-2022 (%)	Diferença %	p-valor
I	72 (5,44)	324 (14,77)	171,51	<b>&lt;0,001</b>
II	15 (1,13)	32 (1,46)	29,20	0,523
III	1 (0,08)	6 (0,27)	237,50	0,417
IV	12 (0,91)	12 (0,55)	-39,56	0,347
V	62 (4,69)	140 (6,38)	36,03	0,051
VI	17 (1,28)	15 (0,68)	-46,88	0,139
VII	21 (1,59)	21 (0,96)	-39,62	0,170
VIII	9 (0,68)	18 (0,82)	20,59	0,816
IX	35 (2,65)	73 (3,33)	25,66	0,324
X	112 (8,47)	229 (10,44)	23,26	0,074
XI	63 (4,76)	96 (4,38)	-7,98	0,681
XII	11 (0,83)	23 (1,05)	26,51	0,663
XIII	140 (10,58)	247 (11,26)	6,43	0,590
XIV	30 (2,27)	57 (2,60)	14,54	0,640
XV	14 (1,06)	3 (0,14)	-86,79	<b>0,002</b>
XVI	0 (0,00)	0 (0,00)	---	---
XVII	0 (0,00)	3 (0,14)	---	0,444
XVIII	25 (1,89)	65 (2,96)	56,61	0,073
XIX	71 (5,37)	55 (2,51)	-53,26	<b>&lt;0,001</b>
XX	6 (0,45)	7 (0,32)	-28,89	0,780
XXI	178 (13,45)	121 (5,52)	-58,96	<b>&lt;0,001</b>
XXII	0 (0,00)	182 (8,30)	---	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sem CID</b>	<b>429 (32,43)</b>	<b>465 (21,19)</b>	<b>-34,66</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Total de licenças</b>	<b>1.323</b>	<b>2.194</b>	<b>65,84</b>	---
	<b>(100,00)</b>	<b>(100,00)</b>		

Na análise das prevalências de absenteísmo-doença por capítulo da CID-10 nos períodos pré (2018 – 2019) e pós (2021 – 2022) pandemia de Covid19, observamos que o capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde) apresentou a maior prevalência (7,66%) dentre todos os capítulos durante o período pré pandêmico, seguido pelo capítulo XIII (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo) com prevalência de 5,89%. Já no período pós pandêmico, as maiores prevalências de absenteísmo-doença foram observadas nos capítulos I (algumas doenças infecciosas e parasitárias) e XXII (códigos para fins especiais) com 17,51% e 11,04%, respectivamente.

Para os capítulos I (algumas doenças infecciosas e parasitárias), II (neoplasmas), V (transtornos mentais e comportamentais), IX (doenças do aparelho circulatório), X (doenças do aparelho respiratório), XII (doenças da pele e do tecido subcutâneo), XIII (doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo), XIV (doenças do aparelho geniturinário), XVIII (sintomas, sinais e achados a normais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) e XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde) foram observados aumentos estatisticamente significativos na prevalência de absenteísmo doença no período pós pandêmico quando comparado ao período pré pandêmico, já as reduções observadas não apresentaram significância estatística (Tabela 15).

**Tabela 15.** Prevalência de período e diferença entre as prevalências por capítulos da CID-10, nos períodos pré (2018 – 2019) e pós (2021 – 2022) pandemia de Covid19. Profissionais de saúde da rede de atenção básica do SUS em Rio Branco/AC.

Capítulo da CID-10	Prevalência	Prevalência	Diferença %	p-valor
	% 2018-2019	% 2021-2022		
I	3,93	17,51	345,55	<b>&lt;0,001</b>
II	0,52	1,29	148,08	<b>0,041</b>
III	0,00	0,20	---	0,244
IV	0,39	0,54	38,46	0,737
V	2,62	5,38	105,34	<b>&lt;0,001</b>
VI	1,05	0,89	-15,24	0,794
VII	1,31	1,02	-22,14	0,569
VIII	0,52	1,02	96,15	0,173
IX	1,77	3,81	115,25	<b>0,001</b>
X	5,50	10,63	93,27	<b>&lt;0,001</b>
XI	3,27	5,18	58,41	<b>0,012</b>
XII	0,65	1,50	130,77	<b>0,036</b>
XIII	5,89	8,72	48,05	<b>0,003</b>
XIV	1,83	3,13	71,04	<b>0,029</b>
XV	0,46	0,20	-56,52	0,358
XVI	0,00	0,00	---	---
XVII	0,00	0,14	---	0,444
XVIII	1,38	3,68	166,67	<b>&lt;0,001</b>
XIX	3,14	3,34	6,37	0,836
XX	0,39	0,48	23,08	0,923
XXI	7,66	7,15	-6,66	0,643
XXII	0,00	11,04	---	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sem CID</b>	<b>16,76</b>	<b>21,87</b>	<b>30,49</b>	<b>&lt;0,001</b>

Ao calcular as prevalências de absenteísmo-doença por profissão, nos períodos pré (2018 – 2019) e pós (2021 – 2022) pandemia de Covid19, os agentes de combate a endemias apresentaram a maior prevalência em ambos os períodos, sendo 61,78% no período pré-pandêmico e 72,41% no período pós pandêmico, seguidos pelos enfermeiros que apresentaram prevalência de 33,78% durante o período pré pandemia e 65,03% no período pós pandemia. Observamos que o grupo dos profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos apresentou o maior aumento (249,20%) na prevalência dentre todos os grupos estudados, seguido pelos médicos (135,56%), ambos com significância estatística. Os técnicos em radiologia foram os únicos profissionais que apresentaram redução na prevalência de absenteísmo-doença, entretanto essa redução não se mostrou estatisticamente significativa (Tabela 16).

**Tabela 16.** Prevalência de absenteísmo-doença por profissão na rede de atenção básica do SUS na cidade Rio Branco – Acre, nos períodos pré pandemia de Covid19 (2018 – 2019) e pós pandemia Covid19 (2021 – 2022).

Cargo	Prevalência 2018 – 2019 %	Prevalência 2021 – 2022 %	Diferença %	p-valor
Agente comunitário de saúde	22,24	45,38	104,05	<b>&lt;0,001</b>
Auxiliar de saúde bucal	30,77	45,83	48,94	0,179
Agente de combate a endemias	61,78	72,41	17,21	<b>0,011</b>
Biomédico	30,00	30,00	0	1,000
Bioquímico	20,00	20,00	0	1,000
Dentista	29,51	54,72	85,43	<b>0,011</b>
Enfermeiro	33,78	65,03	92,51	<b>&lt;0,001</b>
Farmacêutico	0,00	23,08	---	0,174
Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo	15	52,38	249,20	<b>0,028</b>
Médico	22,78	53,66	135,56	<b>0,003</b>
Técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem	32,81	62,62	90,88	<b>&lt;0,001</b>
Técnico de laboratório e técnico de eletrocardiograma	33,89	55,17	62,79	<b>0,033</b>
Técnico em saúde bucal e técnico em prótese dentária	22,22	31,25	40,64	0,836
Técnico em radiologia	10,00	0,00	-100,00	1,000

Na análise dos capítulos da CID-10 de maior prevalência de absenteísmo-doença por categoria profissional, nos períodos pré (2018 – 2019) e pós pandemia de Covid19, o capítulo XIII (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo) esteve entre os capítulos mais prevalentes em 8 dos 14 grupos profissionais estudados no período pré-pandêmico (2018 – 2019), seguido pelo capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde)

que esteve entre os capítulos mais prevalentes em 4 profissões. Já no período pós pandêmico (2021 – 2022), o capítulo I (algumas doenças infecciosas e parasitárias) apresentou a maior prevalência em 8 dos 14 grupos profissionais em estudo (Tabela 17).

**Tabela 17.** Capítulos com maiores prevalências de absenteísmo-doença por cargo. Profissionais da saúde da rede de atenção básica dos SUS na cidade de Rio Branco nos períodos pré (2018 – 2019) e pós (2021 – 2022) pandemia de Covid19.

<b>Cargo</b>	<b>Capítulo com maior prevalência 2018-2019 (%)</b>	<b>Capítulo com maior prevalência 2021-2022 (%)</b>
Agente comunitário de saúde	CAP XIII (4,18)	CAP I (13,01)
Auxiliar de saúde bucal	CAP XIII (9,62)	CAP I (10,42)
Agente de combate a endemias	CAP X (14,29)	CAP I (28,59)
Biomédico	CAP XIII (10,00)	CAP I, XIX, XXII (10,00)
Bioquímico	CAP XXI (20,00)	CAP V, XXI (10,00)
Dentista	CAP XXI (9,84)	CAP XXI (13,21)
Enfermeiro	CAP XIII, XXI (6,76)	CAP XXII (23,08)
Farmacêutico	---	CAP I, VIII, XXI (7,69)
Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo.	CAP IX, X, XIII (5,00)	CAP I (23,81)
Médico	CAP XIII (7,41)	CAP I (14,63)
Técnico em enfermagem e auxiliar de enfermagem	CAP X (7,25)	CAP I (23,38)
Técnico de laboratório e técnico em eletrocardiograma	CAP XIII (6,90)	CAP XXII (19,30)
Técnico em saúde bucal e técnico em prótese dentária	CAP XIII, XIV, XXI (5,56)	CAP V, VII (6,25)
Técnico em radiologia	CAP XIX (10,00)	---

## 10. DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o perfil de absenteísmo-doença nos profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco/AC, relacionando as características sociodemográficas e do trabalho com as causas médicas e odontológicas das licenças.

A maioria das publicações nacionais e internacionais são focadas em uma única profissão e em ambiente hospitalar, muitas delas fazem uso de informações autorrelatadas para obtenção dos dados, em razão de que não raramente, o acesso a essas informações é dificultado por questões burocráticas, questões relacionadas ao tempo para buscar prontuários em arquivos não informatizados e desorganizados. Entretanto, o presente estudo analisou dados oficiais com representação ampla dos profissionais de saúde da atenção básica. Foram coletadas informações disponíveis em formato digital e por meio das pastas funcionais dos servidores diretamente no arquivo físico, melhorando a qualidade dos dados.

Dos 1.551 profissionais desta pesquisa, 1.007 tiveram ao menos 1 caso de licença médica ou odontológica no período analisado, resultando em prevalência de 64,92%. Essa proporção é similar ao resultado do estudo conduzido por Daniel et al. (2017) na secretaria municipal de saúde de Curitiba/PR (65,90%), no período de 2010 a 2015, e inferior ao resultado obtido por Garbin (2022) na secretaria municipal de saúde de Ribeirão Preto/SP (75,23%), entre janeiro de 2019 e dezembro de 2020.

Os indicadores de absenteísmo-doença são parâmetros internacionalmente aceitos para mensurar a ausência ao trabalho por motivo de doença, permitindo o acompanhamento ao longo do tempo e a comparação de resultados, fornecendo informações epidemiológicas dos profissionais e subsídios para a saúde do trabalhador.

No presente estudo, o índice geral de frequência de absenteísmo-doença de 2,72 demonstra que houve recorrência de licenças entre os profissionais da população sob estudo, esse resultado se mostra similar ao encontrado por Daniel et al. (2017) na secretaria de saúde de Curitiba/PR (2,48). Índice de frequência de 0,88 foi apresentado por Lemos et. al. (2018) em pesquisa com profissionais do SUS em Ceilândia/DF no ano de 2014, entretanto, foram analisadas somente as licenças com 3 ou mais dias de duração, gerando um índice subestimado.

Partindo do pressuposto de que quanto maior a quantidade de dias de licença, maior é a gravidade da doença, o índice geral de gravidade de 31 dias obtido nesta pesquisa indica que para cada servidor foram perdidos 31 dias de trabalho, praticamente o dobro dos 15,27 dias encontrados no estudo de Daniel et. al. (2017) na Secretaria de Saúde de Curitiba/PR.

O tempo médio de duração dos afastamentos dos profissionais da presente pesquisa foi de 11,39 dias, mais elevado que o encontrado por Garbin (2022) nos profissionais da atenção primária de Ribeirão Preto/SP com 7,33 dias e por Daniel et al. (2017) nos profissionais da secretaria municipal de saúde de Curitiba/PR que tiveram os afastamentos com uma média de 6,58 dias de duração. Essa elevada duração média das ausências coaduna com o alto índice de gravidade apresentado pelos profissionais da saúde do presente estudo.

No presente estudo 72,6% dos profissionais eram do sexo feminino, proporção praticamente idêntica a encontrada por Lemos et al. (2018) no serviço municipal de saúde de Ceilândia no Distrito Federal (72,8%). Verificou-se que o sexo feminino apresentou uma prevalência de absenteísmo-doença de 67,8%, maior que a prevalência observada no sexo masculino (57,4%; p-valor 0,003). A prevalência de absenteísmo-doença nas mulheres desta pesquisa foi menor que a encontrada por Krane et al. (2014) em estudo com profissionais da saúde do sexo feminino, no período de 2004 a 2008, na Noruega e Dinamarca, sendo 75,74% e 80,00% respectivamente.

As idades dos participantes do presente estudo foram divididas em 5 faixas etárias, com o maior percentual de profissionais distribuídos nas faixas 30-39 anos (43,8%) e 40-49 anos (32,8%). A idade não apresentou influência sobre a prevalência de absenteísmo-doença, em todas as 5 faixas de idade estudadas foram observadas prevalências entre 64,1% e 66,3%. Já o estudo realizado por Lemos (2018), observou a maior prevalência de absenteísmo por motivo de doença nos profissionais com idade superior a 51 anos.

Na presente pesquisa, as maiores prevalências de absenteísmo-doença foram encontradas em profissionais que exercem suas funções durante 40 horas semanais (43,30%), seguido pelos profissionais que trabalham 30 horas por semana (18,70%). Entre os profissionais da saúde do SUS de Ceilândia/DF estudados por Lemos et al. (2018), os profissionais que exercem suas atividades por 40 horas semanais apresentaram prevalência de 42,70%, número próximo ao observado na presente

pesquisa. Entretanto, é importante salientar que não foi possível determinar outros vínculos empregatícios fora do âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco na população estudada pelo presente trabalho, esses vínculos, quando existentes, podem interferir na saúde dos profissionais podendo contribuir com o adoecimento e consequente absenteísmo, soma-se a isso a recorrente mudança de regime de contratação, seja por determinação médica, a pedido do profissional, por iniciativa administrativa ou por força de lei. Criando assim um viés na análise da influência que essa variável possa exercer sobre o absenteísmo-doença nestes profissionais, uma vez que foram utilizados apenas os dados de carga horária semanal referente ao último ano do período analisado em que o servidor esteve ativo.

Com relação ao tempo de serviço, os profissionais desta pesquisa que apresentaram a maior prevalência (35,50%) de absenteísmo-doença tinham entre 1 e 10 anos de serviços prestados, resultado na mesma direção da pesquisa de Lemos (2018), conduzida com profissionais do SUS em Ceilândia/DF, que observou a maior prevalência (41,80%) de absenteísmo-doença nos servidores que tinham entre 4 e 10 anos de serviço.

Os agentes de combate a endemias foram os profissionais que apresentaram a maior prevalência (80,35%) dentre todas a profissões estudadas. Número inferior ao observado no estudo de Silva (2021), no qual 100% dos agentes de combate a endemias da prefeitura de Itaqui/RS relataram ter tido episódios de absenteísmo por motivo de doença. As condições de trabalho são os principais riscos à saúde reconhecidos por esses profissionais, que desenvolvem suas atividades majoritariamente por meio de visitas domiciliares, estando sujeitos a todas as questões do cotidiano das comunidades como violência urbana, assédio sexual, acidentes com cães, quedas, exposição ao sol, contaminação por doenças e venenos (Matos et al., 2019), o que pode explicar a alta prevalência de absenteísmo por motivo de doenças nos agentes de combate a endemias do presente estudo.

Verificou-se também que os agentes comunitários de saúde tiveram uma prevalência de absenteísmo doença de 58,86%, número ligeiramente inferior ao observado por Barbosa e colaboradores (2019), em João Pessoa/PB, onde 62,50% desses profissionais, relataram ter se ausentado do trabalho por motivo de doença, no ano de 2014. A alta proporção de absenteísmo por motivo de doença entre os agentes comunitários de saúde, pode ser explicada pelo fato de que assim como o agente de combate a endemias, essa categoria profissional está exposta a situações

de risco inerentes a sua função, não apenas no âmbito da unidade de saúde, mas também na própria comunidade, com funções, em sua maioria, realizadas em campo por meio de visitas domiciliares, percorrendo casas, ruas, vielas, becos que em muitas vezes são de difícil acesso, expondo esses agentes aos inúmeros riscos do cotidiano das comunidades (MOREIRA et al., 2019).

A maioria das publicações sobre absenteísmo-doença em profissionais da saúde, analisa somente a classe da enfermagem e majoritariamente apontam como principal causa as doenças osteomusculares relacionadas no capítulo XIII da CID-10 (doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo). Os enfermeiros do presente estudo apresentaram prevalência de absenteísmo-doença de 74,66%. Uma alta prevalência de absenteísmo por motivo de doença (83,30%) também foi observada na pesquisa de Junkes (2010), com enfermeiros de hospitais públicos de Cacoal/RO, entre os anos de 2004 e 2007. As principais causas de afastamentos entre os enfermeiros da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco/AC foram as relacionadas ao capítulo I da CID-10 (algumas doenças infecciosas e parasitária). Entretanto, durante o período pré-pandêmico de COVID19 (2018 - 2019), o capítulo XIII foi uma das principais causas de afastamento dos enfermeiros, corroborando com os dados de estudos anteriores (GALINDO, 2017; ROCHA et al., 2019). A doença osteomuscular é um problema no cotidiano dos profissionais da enfermagem. As atividades multivariadas, ritmo de trabalho e exigências laborais constituem fatores de risco para o surgimento de dor musculoesquelética que pode evoluir para uma doença osteomuscular (Murofuse e Marziale, 2012).

Os cirurgiões-dentistas da presente pesquisa, apresentaram prevalência de absenteísmo doença de 62,29%. Número inferior ao evidenciado por Petrén e colaboradores (2007), em estudo realizado com dentistas suecos no ano de 2002, onde 74,00% relataram ter tido episódios de ausência ao trabalho por motivo de doença. A categoria dos cirurgiões-dentistas apresentou o quinto maior aumento (85,43%; p-valor 0,011) na prevalência de absenteísmo-doença entre os períodos pré (2018 – 2019) e pós (2021 – 2022) pandemia de Covid19. Sem desconsiderar os riscos de infecção que o dentista está exposto tanto pela proximidade quanto pela geração de aerossóis durante a prática clínica, as medidas de restrições a alguns tipos de procedimentos odontológicos e o adiamento de consultas eletivas dando prioridade para urgências e emergências, podem ter pouparado os profissionais da odontologia de um aumento mais significativo nos episódios de absenteísmo-doença.

Entre os médicos da presente pesquisa, foi observada prevalência de absenteísmo por motivo de doenças de 53,70%. Esse resultado é superior a prevalência de absenteísmo-doença observada entre os médicos da atenção básica do SUS na cidade de Ceilândia/DF (34,2%), no entanto essa pesquisa levou em consideração somente afastamentos com mais de 3 dias de duração, gerando uma prevalência de absenteísmo por motivo de doença subestimada. As situações de trabalho dos médicos explicam a alta prevalência de absenteísmo-doença, no sentido que estão expostos a diversos fatores de risco inerentes a profissão, estando simultaneamente expostos a múltiplas cargas de trabalho que interagem sinergicamente e potencializam os efeitos e danos à saúde desses profissionais.

No tocante ao tempo de duração dos episódios de absenteísmo-doença, o presente estudo verificou que as licenças médicas e odontológicas apresentadas pelos profissionais da saúde totalizaram 48.117 dias de ausências, sendo 23.737 (49,33%) dias em licenças de até 15 dias de duração e 24.380 (50,67%) dias em licenças com mais de 15 dias de duração. Essas proporções de dias de afastamentos são semelhantes às encontradas nos servidores da secretaria municipal de saúde de Uberaba/MG em pesquisa realizada por Calixto e Melo (2023), na qual 42,80% dos dias de ausências foram devidos a licenças de até 15 dias e 57,20% dos dias de afastamentos foram por licenças de mais de 15 dias de duração.

No que concerne as causas de absenteísmo-doença na presente pesquisa, o capítulo I (algumas doenças infecciosas e parasitárias) esteve entre os mais prevalentes em 8 dos 14 grupos de profissões analisadas e gerou o maior número de licenças (461) e a maior prevalência (21,41%) dentre todos os capítulos da CID-10, sendo responsável por 10,92% de todas as licenças, causando 7,84% dos dias de afastamento ao trabalho. Neste estudo, das doenças do capítulo I, as infecções virais de local não especificado (código B34) causaram 7,11% de todos os afastamentos e alcançaram prevalência de 15,34%.

Constatamos um aumento de 65,84% nas licenças de absenteísmo-doença no período pós pandemia de Covid19 (2021-2022), quando comparado ao período pré pandêmico (2018-2019), observamos que o capítulo I (algumas doenças infecciosas e parasitárias) apresentou o maior aumento (345,55%; p-valor <0,001) dentre todos os capítulos da CID-10, esse aumento expressivo gerou uma mudança no perfil epidemiológico dos profissionais desta pesquisa, que passaram a ter como principal causa de afastamentos as doenças do capítulo I. Essa mudança no perfil

epidemiológico pode ser reflexo da pandemia de Covid19, pelo fato de que o código B34 foi utilizado para notificar infecção por SARS-CoV-2, entretanto, no início do período pandêmico, foram criados os códigos U07 no capítulo XXII da CID-10 (códigos para fins especiais), para notificar os casos de Covid19, o que pode ter subestimado a prevalência de absenteísmo motivado pelas causas do capítulo I da CID-10 (algumas doenças infecciosas e parasitárias).

O capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde) foi causador de 8,67% dos episódios de absenteísmo-doença na presente pesquisa. Entretanto, cabe ressaltar que durante o período pré pandemia de Covid19 (2018 – 2019), o capítulo XXI foi que o mais afastou os profissionais da saúde participantes deste estudo, sendo responsável por 13,45% de todas as licenças nesse período. Esse resultado encontra consonância no estudo de Lemos (2018), nos quais os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde, foram causadores de 13,60% das licenças dos profissionais de saúde de Ceilândia/DF.

A presente pesquisa também evidenciou que o capítulo X (doenças do aparelho respiratório), foi responsável por 9,55% de todos os afastamentos, Lemos (2018), observou que um número ligeiramente menor (7,11%) dos episódios de absenteísmo doença foram causados pelas doenças do aparelho respiratório (capítulo X da CID-10).

Apesar de não ser o escopo deste estudo, as análises dos custos financeiros decorrentes do absenteísmo-doença são carentes de publicações, principalmente na Amazônia, entretanto, a pesquisa de Junkes (2010), apontou que os episódios de absenteísmo-doença em hospitais públicos de Cacoal/RO, causaram um gasto adicional na folha de pagamento de 5,2% entre os enfermeiros e 7,4% entre os médicos.

Algumas limitações podem ter subestimado as prevalências encontradas no presente estudo, principalmente com relação aos episódios de absenteísmo doença não registrados, seja por falta de atestados, por atestados sem a identificação do código da CID-10 ou com códigos inexistentes ou ilegíveis, pelo presenteísmo, situação em que o profissional comparece doente ao trabalho. Outras limitações tratam do código Z54 da CID-10 (convalescença) e dos códigos do capítulo XXI (fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde), pois na maioria dos casos não foi possível especificar quais procedimentos ou

patologias estavam relacionadas a esses episódios, pelo fato de que esses dados não foram informados nos atestados. Entretanto é importante salientar que este estudo apresenta como forças o fato de ser o primeiro estudo a avaliar o absenteísmo doença em profissionais da saúde do Acre, expondo dados que representam todas as categorias dos profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS e analisando todas as causas de afastamentos por motivo de doença, independente do tempo de duração ou da quantidade de episódios de absenteísmo doença. Os dados obtidos nesta pesquisa servirão de subsídios para a construção de políticas e práticas de saúde, voltadas para a prevenção de agravos e manutenção da saúde dos trabalhadores, de forma a mitigar os custos e danos à saúde de toda a população causados pelo absenteísmo doença nos profissionais da área de saúde da rede de atenção básica do SUS.

## 11. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos evidenciam recorrência e elevada prevalência de absenteísmo-doença nos profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco/AC. As doenças infecciosas e parasitárias relacionadas no capítulo I da CID-10 são as principais causas dos afastamentos, os episódios de absenteísmo-doença são mais frequentes no sexo feminino, e no cargo de agente de combate a endemias. Além disso, conclui-se que houve uma mudança no perfil epidemiológico dos profissionais em decorrência da pandemia de Covid19, considerando que no período pré pandêmico (2018-2019), os afastamentos em sua maioria, eram motivados pelos fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde (capítulo XXI da CID-10) e pelas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo XIII da CID-10). Já no período pós pandêmico, as doenças relacionadas no capítulo I da CID-10 (algumas doenças infecciosas e parasitárias) passaram a ser as principais causas de absenteísmo por motivo de doença nos profissionais da área da saúde da rede de atenção básica da cidade de Rio Branco/AC.

## 12. REFERÊNCIAS

- AGUILAR, E. et al. Adaptive staffing can mitigate essential worker disease and absenteeism in an emerging epidemic. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 118, n. 34, p. e2105337118, 24 ago. 2021.
- ALBUQUERQUE, M. DE F. P. M. DE et al. Risk of SARS-CoV-2 infection among front-line healthcare workers in Northeast Brazil: a respondent-driven sampling approach. **BMJ Open**, v. 12, n. 6, p. e058369, jun. 2022.
- ALMOST, J. M. et al. A study of leading indicators for occupational health and safety management systems in healthcare. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 18, n. 296, 2018.
- AMARO, J. et al. Musculoskeletal injuries and absenteeism among healthcare professionals - ICD-10 characterization. **PLOS ONE**, São Francisco – CA, v. 13, n. 12, p. e0207837, 14 dez. 2018.
- AL-SHARIF, H. A.; KASSEM, E. A.; SHOKRY, W. M. A. Relationship between Nurses' Absenteeism and Their Organizational Commitment at Menoufyia University Hospitals. **American Journal of Nursing Research**. Newark, v. 5, n. 2, p. 63-69, 2017.
- BARBOSA, A. M.; LACERDA, D. A. L. de; VIANA, F. D. A. Análise da capacidade para o trabalho de agentes comunitários de saúde em João Pessoa - PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 23, n. 1, 2019.
- BARGAS, E. B.; MONTEIRO, M. I. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 27, n. 6, p. 533–538, dez. 2014.
- BERLINGER. **A saúde nas fábricas**. São Paulo, 5. ed. Hucitec Editora, 1983.
- BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P. DE; SCHERER, M. D. DOS A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. supl. 1, p. 157–173, 2011.
- BITENCOURT, C. L.; QUELHAS, O. L. G. HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE SEGURANÇA. 1998.
- BRAGA, L. C. DE; CARVALHO, L. R. DE; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1585–1596, jun. 2010.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 1.313, de 17 de janeiro de 1891. Estabelece providências para regularizar o trabalho dos menores empregados. **Imprensa Nacional**. 1891.
- BRASIL. Decreto nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. **Imprensa Nacional**. 1919.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Institui a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**. 9 ago. 1943.

BRASIL. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p. 9843, Brasília, 26 ago. 1966.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento [...]. **Diário Oficial da União**, Seção 1, Brasília, n. 182, p. 18055. 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, 1. 11 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. Brasília, 2. ed. Editora MS, 2005.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria nº 3.214 de 8 de junho de 1978**. Aprova as normas regulamentadoras do capítulo V, título II, da consolidação das leis do trabalho, relativas à segurança e medicina do trabalho. Brasília, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378 de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 131, p. 48-50, 10 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, p. 53, 20 set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, p. 59-62, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisa científica. **Diário Oficial da União**. N° 98, Seção 1, Brasília, p. 44-46, 24 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 580 de 22 de março de 2018. Dispõe sobre especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. N°135, Seção 1, Brasília, p. 55, 16 jul. 2018.

BRBOROVIC, H.; BRBOROVIC, O. Patient safety culture shapes presenteeism and absenteeism: a cross-sectional study among Croatian healthcare workers. **Archives of Industrial Hygiene and Toxicology**, Berlim, v. 68, n. 3, p. 185–189, 26 set. 2017

CALIXTO, C. M., MELO, D. C., Proposta para reduzir o absenteísmo numa secretaria municipal de saúde. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 2561-2569. 2023.

CARDOSO, C. M. L. et al. Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. spe., p. 89–95, jun. 2016.

CARLOS, F. **Incidencia de ausentismo laboral y factores determinantes en el personal de enfermeria del hospital zonal especializado en oncologia “Luciano fortabat” de Olavarría**. Dissertação (Mestrado em gestão) - Universidad Nacional de Rosario, Olavarría, 2016.

CHRISSIAN, A. A. et al. Impact of COVID-19 vaccine-associated side effects on health care worker absenteeism and future booster vaccination. **Vaccine**, v. 40, n. 23, p. 3174–3181, maio 2022.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES,1., 1986, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: CNST, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Brasília, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.658 de 13 de dezembro de 2002. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 422, Brasília, 20 dez. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia**. Brasília, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**. Brasília, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

CUNHA, J. B.; BLANK, V. L. G.; BOING, A. F. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos 1995-2005. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 226–236, jun. 2009.

DALL'ORA, C. et al. Are long nursing shifts on hospital wards associated with sickness absence? A longitudinal retrospective observational study. **Journal of Nursing Management**, Hoboken, v. 27, n. 1, p. 19–26, jan. 2019.

DANIEL, E. et al. O perfil do absenteísmo dos servidores da prefeitura municipal de Curitiba, de 2010 a 2015. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 142–149, 2017.

DIAS, E. C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. São Paulo, v. 13, n. 12, p. 60-80, 2015.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. DA G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817–827, dez. 2005.

DUARTE, A. C. M.; LEMOS, A. C.; ALCANTARA, M. A. DE. Fatores de risco para absenteísmo de curta duração em um hospital de médio porte. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 405–413, dez. 2017.

FARAMARZI, A. et al. The lost productivity cost of absenteeism due to COVID-19 in health care workers in Iran: a case study in the hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1169, dez. 2021.

GALINDO, I. S.; FERREIRA, S. C. M.; LAZZARI, D. D.; KEMPFER, S. S.; TESTONI, A. K. Motivos do absenteísmo em uma equipe de enfermagem ambulatorial. **Revista de Enfermagem UFPE**. Recife, v.11, n. 8, ago. 2017. Supl. 8.

GARCIA, A. E. F. et al. O custo do absenteísmo do profissional de enfermagem numa instituição pública. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 5, p. 123-129, 25 maio 2020.

GARBIN, A. J. Í. Absenteísmo-doença dos profissionais da Atenção Primária à Saúde antes e durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, supl. 1, 2022.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018.

GONDIM, A. A. PINHEIRO, J. A. M.; MENDES, C. F.; NEVES, L. O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, 2018.

HELGESSION, M. et al. Interaction Effects of Physical and Psychosocial Working Conditions on Risk for Sickness Absence: A Prospective Study of Nurses and Care Assistants in Sweden. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 20, p. 7427, 12 out. 2020.

HENSING, G. et al. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. **Scand J Soc Med**, v. 26, n. 2, 1998.

IAOH. INTERNATIONAL ASSOCIATION ON OCCUPATIONAL HEALTH. SUB-COMMITTEE ON ABSENTEEISM: DRAFT RECOMMENDATIONS. **British Journal of Industrial Medicine**, Londres, v. 30, p. 402–403, 1973.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac/rio-branco.html>. Acesso em: 10 set. 2022.

INOCÊNCIO, J. S.; SILVA, S. DE C. Absenteísmo por problemas de saúde dos profissionais de um hospital universitário. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 10, 4 ago. 2021.

ISAH, E. C.; OMOROGBE, V. E.; ORJI, O.; OYOVWE, L. Self-reported absenteeism among hospital workers in Benin city, Nigeria. **Ghana Medical Journal**, Accra, v. 42, n. 1, p. 2-7, mar. 2008.

JULIO, R. S. et al. Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 30, p. e2997, 2022.

JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Financial expense incurred by medical leaves of health professionals in Rondônia public hospitals, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 406–412, jun. 2010.

- KHAWAJA, R. A. et al. Medically certified sickness absence among health care workers. **Journal of the Pakistan Medical Association**, Karachi, v. 62, n. 9, p. 900-904, 2012.
- KHORASANEE, R. et al. The effects of COVID-19 on sickness of medical staff across departments: A single centre experience. **Clinical Medicine**, v. 21, n. 2, p. e150–e154, mar. 2021.
- KRANE, L. et al. Sickness absence patterns and trends in the health care sector: 5-year monitoring of female municipal employees in the health and care sectors in Norway and Denmark. **Human Resources for Health**, Londres, v. 12, n. 1, p. 37, dez. 2014.
- LEÃO, A. L. DE M. et al. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 262–277, mar. 2015.
- LEMOS, D. S.; Escalda. P. M. F.; Paz, L. P. S.; Leão, A. L. M. Absenteísmo-doença entre servidores públicos do setor saúde do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 336–345, 2018.
- LUZIA, R. W. S.; VIEIRA, A.; ALEMÃO, M. M.; SILVA, K. R. Absenteísmo por motivo de doença: estudo de caso em unidades de terapia intensiva adulta e pediátrica de um hospital do Estado de Minas Gerais. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v.4, n.4, p.16246-16257, jul./aug. 2021.
- MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971–1979, jun. 2018.
- MACIEL, R. H. M. O.; SANTOS, J. B. F.; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 75–87, jun. 2015.
- MALTEZOU, H. C. et al. Costs associated with COVID-19 in healthcare personnel in Greece: a cost-of-illness analysis. **Journal of Hospital Infection**, v. 114, p. 126–133, ago. 2021.
- MATOS, G. C. R.; SILVA, J. M.; SILVEIRA, A. M. Trabalho e saúde: a perspectiva dos agentes de combate a endemias do município de Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, e15. 2020.
- MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 244–252, jun. 2010.
- MAZZILLI, L. E. N. **Odontologia do trabalho**. São Paulo (SP): Santos, 2007.
- MIDORIKAWA, E. T. **A odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador**. 2000. Dissertação (Mestrado em deontologia e odontologia legal) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Condições de trabalho e qualidade de vida de cirurgiões-dentistas no sistema único de saúde. **Revista Ciência Plural**. Natal, v. 1, n. 2, p. 68-78, 2015.

MOREIRA, K. D. S.; BEZERRA, M. L. R.; NUNES, S. F. L.; TEIXEIRA, C. M. de S. Riscos na rotina de trabalho de Agentes Comunitários de Saúde de uma Equipe de Saúde da Família. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 10, e. 8, 2019.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 364-373, maio 2015.

ODDONE, I. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo, SP: Hucitec Editora, 1986.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Enciclopedia de Salud, Seguridad e Higiene en el trabajo**. Madrid, Centro de publicaciones del ministerio del trabajo y seguridad social, 1991.

OLIVEIRA, D. M. et al. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e comportamentais entre profissionais de enfermagem. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 10, n. 2, 3 maio 2019.

PAIVA, L. G. DE; SANTOS, W. M. DOS; DALMOLIN, G. DE L. The impact of the SARS-CoV-2 pandemic on sickness absenteeism among hospital workers. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 20, n. 01, p. 65–71, 2022.

PAIVA, L. G. et al. Fatores associados ao absenteísmo-doença de trabalhadores da saúde: revisão de escopo. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 38, n. 2, p. 234–248, 1 maio 2020.

PINTO, H. A.; SOUZA, A. N. A.; FERLA, A. A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. P. 358-372, out. 2014.

Petrén, V.; Petzäll, K.; Preber, H.; Bergström, J. The relationship between working conditions and sick leave in swedish dental hygienists. **International Journal of Dental Hygiene**. v. 5, e. 1, p. 27-35, 2007.

PLAAT, D. A. et al. Risks of COVID-19 by occupation in NHS workers in England. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 79, n. 3, p. 176–183, mar. 2022.

QUICK; LAPERTOSA. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 62–67, 1982.

RAMAZZINI, B. **As Doenças dos Trabalhadores**. 4º ed. São Paulo, Fundacentro, 2016.

RIO BRANCO. Decreto nº 196, de 17 de março de 2020. Declara emergência em razão da pandemia de Covid-19. **Diário Oficial do Estado**. nº12.761, p. 79-80, 18 ago. 2020.

RIO BRANCO. Decreto nº 1.000, de 26 de maio de 2021. Dispõe sobre a retomada das atividades presenciais. **Diário Oficial do Estado**. nº13.053, p. 134-135, 27 mai. 2021.

RIO BRANCO. Lei Nº 1.794 de 30 de dezembro de 2009. Institui o Regime Jurídico Estatutário dos Servidores Públicos do Município de Rio Branco. **Diário Oficial do Estado.** nº10.240, 31 dez. 2009.

ROCHA, F. P.; SAITO, C. A.; PINTO, T. C. N. O. Absenteísmo-doença entre profissionais de saúde de um hospital público estadual em São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 355–362, 2019.

ROELEN, C. A. M. et al. Psychosocial work environment and mental health-related long-term sickness absence among nurses. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlim, v. 91, n. 2, p. 195–203, fev. 2018.

SANCINETTI, T. R. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1007–1012, ago. 2011.

SANTANA, B. R. O. et al. Transtornos depressivos como causa de absenteísmo entre profissionais da saúde pública no período entre 2009 e 2017 em Sergipe. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 346–354, 2019.

SANTI, D. B. et al. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 71–81, 2018.

SANTOS, E. A. **Polar sustentável programa de assistência técnica pública gratuita para habitação de pessoas de baixa renda**. Escola Nacional de Administração Pública. Brasília, 2019.

SANTOS, H. E. C. et al. Burnout, inestabilidad en el trabajo, trastornos musculoesqueléticos y absentismo en profesionales de la salud: revisión de alcance. **Ciencia y Enfermería**. Concepción, v. 27, n. 37, dez. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Rio Branco). **Plano Municipal de Saúde – 2022-2025**. Rio Branco, 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão**. Rio Branco, 2015.

SILVA, D. A. O impacto da gestão nas condições de trabalho e saúde ocupacional de agentes de endemias de Itaqui/RS. **Revista de Estudos Interdisciplinares**. v. 3, n. 3, p. 37–51, 2021.

SOBRINHO, C. L. N. et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 97–102, abr. 2006.

TOMASI, E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 66–74, mar. 2007.

ZHANG, H.; FINK, G.; COHEN, J. The impact of health worker absenteeism on patient health care seeking behavior, testing and treatment: A longitudinal analysis in Uganda. **PLOS ONE**, São Francisco, v. 16, n. 8, p. e0256437, 20 ago. 2021.

## ANEXO 1 – Instrumento de coleta de dados

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA ABSENTEÍSMO-DOENÇA NOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS NA CIDADE DE RIO BRANCO – ACRE

CODIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS PESSOAIS		
1	Código	
2	Sexo	( <input type="checkbox"/> ) masculino ( <input type="checkbox"/> ) feminino
3	Data Nascimento	____ / ____ / ____
4	Idade	

CARACTERÍSTICAS LABORAIS		
5	Cargo	
6	Carga Horária	( <input type="checkbox"/> ) 20h ( <input type="checkbox"/> ) 30h ( <input type="checkbox"/> ) 40h
7	Data Admissão	____ / ____ / ____
8	Tempo Serviço	
9	Lotação	

LICENÇAS E ATESTAÇÕES MÉDICAS E ODONTOLOGICAS REGISTRADAS				
Nº	Data de início	Data de término	Duração (dias)	Causa do afastamento (CID-10)
1	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
2	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
3	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
4	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
5	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
6	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
7	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
8	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
9	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
10	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		
11	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____		

## ANEXO 2 – Parecer consubstanciado



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Absenteísmo-doença em profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco - Acre

**Pesquisador:** MARCIO EDUARDO ROMA FELIX

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69706923.5.0000.5010

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Acre- UFAC

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal do Acre- UFAC

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.111.422

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de Protocolo de pesquisa vinculado ao Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, que tem como objetivo primário "Descrever o perfil de absenteísmo por motivos de doença entre os profissionais da saúde efetivos da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Rio Branco/Acre, no período 2015-2022". A pesquisa é caracterizada como um estudo descritivo observacional transversal. Será realizado coleta de dados secundários, com levantamento de informações sociodemográficas, licenças e atestações médicas e odontológicas dos profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco/AC no período 2015-2022. Serão calculadas prevalências de período por motivos de doenças relacionadas na CID-10 e indicadores absolutos e relativos de absenteísmo-doença.

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário/ Geral**

"Descrever o perfil de absenteísmo por motivos de doença entre os profissionais da saúde efetivos da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Rio Branco/Acre, no período 2015-2022".

**Objetivos Secundários/Específicos**

1 – "Identificar e quantificar as causas de absenteísmo por motivos de doenças classificadas pela CID-10, em profissionais da saúde efetivos da SEMSA, no período de 2015 a 2022";

2 – "Descrever a prevalência de absenteísmo-doença considerando as variáveis sexo, idade, carga

**Endereço:** "Campus Universitário" Rector Átilio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26

**Bairro:** BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900

**UF:** AC **Município:** RIO BRANCO

**Telefone:** (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cep@ufac.br



Continuação do Parecer: 6.111.422

horária, tempo de serviço e profissão exercida".

3 – "Comparar o perfil de absenteísmo-doença entre as distintas profissões da área da saúde".

4 – "Comparar o perfil de absenteísmo-doença em profissionais da saúde entre o período pré-pandêmico (2015-2019) e o período pós-pandêmico (2021-2022)".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos**

No protocolo apresentado, nas duas versões do Projeto (Informações Básicas do Projeto - IBP e Projeto Detalhado), os riscos da pesquisa são assim expressos:

"Considerando que o estudo utilizará apenas dados armazenados em arquivos institucionais, sem a participação ativa dos profissionais envolvidos na pesquisa, o risco associado a este projeto é a perda da confidencialidade, para mitigar tal risco, serão adotadas as seguintes medidas de segurança: as informações de identificação dos servidores serão coletadas e tabuladas de forma não nominal e com codificação numérica, todos os arquivos serão armazenados em dispositivos com senha de acesso de uso exclusivo do pesquisador, os resultados serão apresentados de forma agregada e não identificável, visando dessa forma preservar o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa. Em face de qualquer tipo de dano que o participante venha sofrer em decorrência de sua participação nesta pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por meio de vias judiciais e/ou extrajudiciais conforme previsto nos artigos 927 e 954 da Lei 10.406 (BRASIL, 2002) e no artigo 19 da Resolução CNS/MS 510 (CNS, 2006)".

De acordo com o item V da Resolução CNS nº466/2012, "toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e graduações variadas". Os riscos apresentados, bem como as medidas mitigadoras abrangem todos os riscos inerentes a pesquisa.

**Benefícios**

Os benefícios do projeto foram assim expressos pelos pesquisadores nas duas versões do protocolo (IBP e PD):

"Este estudo irá beneficiar os profissionais da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco no sentido de que o conhecimento de seu perfil de absenteísmo-doença

Endereço: "Campus Universitário" Rector Áulio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26  
 Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900  
 UF: AC Município: RIO BRANCO  
 Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cep@ufac.br



Continuação do Parecer: 6.111.422

permitirá estudar melhor as características deste processo, possibilitando criteriosa avaliação de suas causas e fatores associados, contribuindo assim como importante subsídio para tomadas de decisões no âmbito das políticas públicas em saúde do trabalhador, influenciando de forma positiva na proteção e promoção da saúde destes profissionais, na prevenção de agravos e no consequente incremento da qualidade dos serviços públicos de saúde ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre. Em conformidade com o artigo 9º da Resolução CNS/MS 580 (2018) ao fim deste estudo os resultados serão divulgados para os participantes e para a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre".

Verifica-se, portanto, que não há benefícios diretos aos participantes do estudo. De acordo com a Resolução CNS nº 466/12 no item V.2 – "São Admissíveis pesquisas cujos benefícios a seus participantes sejam exclusivamente indiretos desde que considerados as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma temática relevante no campo da Saúde Pública, especificamente no campo da Saúde do Trabalhador.

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

1- Folha de Rosto: os campos da folha rosto foram preenchidos corretamente e assinado eletronicamente (gov.br) pela Coordenadora do PPGSSC, profa Dra. Andreia Moreira.

2- Projeto de Pesquisa: Considerando que "a revisão ética dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser associada à sua análise científica" (Resolução CNS Nº 466/2012 VII.4).

2.1 O projeto detalhado (PD) apresenta todos os elementos obrigatórios de um projeto de pesquisa conforme normas vigentes.

2.2 Título do projeto: apresenta clareza e objetividade e é apresentado de forma idêntica em todos os documentos do protocolo.

2.3. Resumo. Trata-se de um resumo não estruturado com introdução, objetivo, metodologia. Não apresentou resultados esperados.

2.4 Problema e Hipótese de Pesquisa: Os pesquisadores definiram o seguinte problema de pesquisa: "Qual o perfil de absenteísmo-doença entre os profissionais da área da saúde do quadro

Endereço:	"Campus Universitário" Rector Átilio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26	
Bairro:	BR364 Km04 Distrito Industrial	CEP: 69.915-900
UF:	AC	Município: RIO BRANCO
Telefone:	(68)3901-2711	Fax: (68)3229-1246
	E-mail: cep@ufac.br	



Continuação do Parecer: 6.111.422

efetivo da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco/Acre no período 2015-2022”?

Hipótese: “O perfil de absenteísmo por motivos de doença entre os profissionais da área da saúde difere de acordo com a profissão exercida e o período analisado”.

A pergunta de pesquisa e a hipótese apresentam coerência entre si e estão relacionadas ao objeto da pesquisa.

2.5 Metodologia – trata-se de um “Estudo descritivo observacional transversal. A população estudada será composta pelo universo de profissionais da área da saúde em cargos efetivos da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de Rio Branco - Acre no período 2015-2022, perfazendo uma amostra de 1234 trabalhadores. “A coleta de dados será realizada utilizando informações obtidas junto ao departamento de gestão de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Rio Branco – Acre, por meio dos sistemas institucionais WebPúblico, RBdoc e Portal da Transparência. Primeiramente será elaborada uma relação dos profissionais da área da saúde em efetivo exercício do cargo, no período compreendido entre 2015 e 2022, contendo 28 dados sociodemográficos referentes a sexo, data de nascimento, cargo, carga horária semanal e data de admissão dos profissionais da área da saúde em estudo. Destes profissionais serão coletados dados referentes aos registros das licenças e atestações médicas e odontológicas, para a construção de uma planilha no software Excel, com informações sobre a data de cada episódio de absenteísmo doença, contendo ou não, a referência na CID-10, e o tempo de afastamento em dias”.

2.5.2 Metodologia e análise de dados: “As análises serão realizadas por meio do software SPSS, a análise descritiva inicial, irá caracterizar o perfil dos trabalhadores da área da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco – Acre, segundo as variáveis obtidas na coleta de dados. Considerando a presença ou não, de pelo menos um episódio de absenteísmo-doença como desfecho, serão calculadas as prevalências de período, odds ratio, indicadores absolutos e relativos do absenteísmo por motivos de doenças 27 relacionadas na CID-10. Para o cálculo das prevalências de período o denominador será o número de trabalhadores ao início de cada ano do período estudado. Não serão contabilizados os afastamentos para acompanhamento de familiares doentes. Os indicadores absolutos serão extraídos diretamente da base de dados e assim definidos: total de afastamentos, total de dias de ausência e total de profissionais. Os indicadores

Endereço: “Campus Universitário”Reitor Átilio G. A de Souza”, Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26  
 Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900  
 UF: AC Município: RIO BRANCO  
 Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cep@ufac.br



Continuação do Parecer: 6.111.422

relativos, composições mais complexas dos indicadores absolutos são: índice de frequência, que é a soma dos afastamentos dividida pelo total de profissionais; índice de gravidade, que é a soma dos dias de ausência dividida pelo total de profissionais; duração média das ausências, que é a soma dos dias de ausência dividida pelo total de afastamentos (IAOH, 1973; HENSING et al., 1998). As variáveis quantitativas serão apresentadas em forma de média e com o respectivo desvio padrão, já as variáveis categóricas dicotômicas serão apresentadas como frequências absoluta e relativa. O teste Qui-quadrado será utilizado para comparação entre os grupos, com 5% de significância estatística. Em seguida, a técnica de regressão logística será utilizada para analisar possíveis associações entre as variáveis independentes e as causas dos afastamentos, apresentando as ORs com intervalo de confiança (IC) de 95%.”.

A metodologia está adequada ao escopo do estudo.

Cronograma – Apresenta versões idênticas no projeto detalhado e nas IBP. Recomenda-se incluir no cronograma as datas de envio de relatório parcial e final ao CEP.

Orçamento – Apresenta gastos de custeio da pesquisa, no valor de R\$ 4.870,00. O pesquisador indicou financiamento próprio. As versões do orçamento no PD e IBP são idênticas.

2.6- Avaliação dos aspectos éticos. Avaliados no item riscos e benefícios deste parecer.

3 - TCLE: Os pesquisadores solicitam dispensa de TCLE apresentando a seguinte justificativa: "Considerando que esta pesquisa utilizará apenas dados armazenados em arquivos institucionais, oriundos dos sistemas de informações da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre, com caráter retrospectivo, de uma população de estudo em torno de 1.234 profissionais da área da saúde no período de 2015 a 2022, considerando que as informações de identificação dos servidores serão coletadas e tabuladas de forma não nominal e com codificação numérica, considerando que constantemente existe mudança de endereço, telefone e unidade de lotação e, ressaltando o compromisso por parte dos pesquisadores em preservar a confidencialidade e sigilo dos dados dos participantes desta pesquisa, com fulcro no parágrafo IV.8 da Resolução CNS MS 466 de 12 de dezembro de 2012, que permite a solicitação de dispensa do TCLE junto ao sistema CEP/CONEP em casos onde seja inviável sua obtenção ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados, ou aos vínculos de confiança entre pesquisado e pesquisador, solicito a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização do Projeto de Pesquisa "Absenteísmo-doença em profissionais da saúde da rede de atenção básica do SUS na cidade de Rio Branco - Acre".

Endereço: "Campus Universitário" Rector Átilio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26  
 Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900  
 UF: AC Município: RIO BRANCO  
 Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cep@ufac.br



Continuação do Parecer: 6.111.422

Considerando a resolução CNS nº 466/12, no item IV.8 a dispensa de TCLE pode ser solicitada nas seguintes situações: "Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento".

4 - Termo de Autorização e de Infraestrutura da Instituição Coparticipante : Foi anexada a autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa as SEMSA devidamente carimbado e assinado.

5 - Declaração que a coleta de dados não foi iniciada: a declaração anexada foi corretamente elaborada e anexada ao protocolo de pesquisa.

6- Declaração do uso de dados e informações para fins exclusivos previstos no projeto: a declaração anexada foi corretamente elaborada e anexada ao protocolo de pesquisa

7 – Instrumentos de Coleta de Dados: consta como anexo do PD o questionário e está adequado ao escopo da pesquisa.

**Recomendações:**

Revisar o resumo conforme as normas vigentes e inserir no cronograma as datas de envio de relatório parcial e final ao CEP.

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

Considerando as exposições constantes deste Parecer na "avaliação dos riscos e benefícios", nos "comentários e considerações sobre a Pesquisa" e nas "considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória", conclui-se pela aprovação do Protocolo de Pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1- Esta pesquisa não poderá ser descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP, sob pena de ser considerada antiética, conforme estabelece a Resolução CNS Nº466/2012, X.3- 4.

2- Em conformidade com as diretrizes estabelecidas a Resolução CNS Nº 466/2012, XI.2, d; o pesquisador responsável deve apresentar relatórios parcial e final ao CEP. O Relatório parcial deve ser apresentado após coleta de dados, "demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento" (Resolução CNS Nº 466/2012, II.20) e o Relatório Final deverá ser apresentado

Endereço: "Campus Universitário" Rector Átilio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26

Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900

UF: AC Município: RIO BRANCO

Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cep@ufac.br



Continuação do Parecer: 6.111.422

"após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados" (RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012, II.19).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJECTO_2135745.pdf	11/05/2023 13:29:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ABSENTEISMO.pdf	11/05/2023 13:10:24	MARCIO EDUARDO ROMA FELIX	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA.pdf	11/05/2023 12:37:05	MARCIO EDUARDO ROMA FELIX	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_TCLE.pdf	11/05/2023 12:36:24	MARCIO EDUARDO ROMA FELIX	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_USO_DADOS.pdf	11/05/2023 12:36:05	MARCIO EDUARDO ROMA FELIX	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_INICIO_COLETA.pdf	11/05/2023 12:35:22	MARCIO EDUARDO ROMA FELIX	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO.pdf	11/05/2023 12:35:02	MARCIO EDUARDO ROMA FELIX	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_ABSENTEISMO.pdf	11/05/2023 12:34:27	MARCIO EDUARDO ROMA FELIX	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO BRANCO, 12 de Junho de 2023

Assinado por:  
JOÃO LIMA  
(Coordenador(a))

Endereço: "Campus Universitário" Rector Áulio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26  
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial CEP: 69.915-900  
UF: AC Município: RIO BRANCO  
Telefone: (68)3901-2711 Fax: (68)3229-1246 E-mail: cep@ufac.br

### ANEXO 3 – Capítulos da CID-10

Capítulo	Descrição	Códigos
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasmas	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	H60-H95
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99
XXII	Códigos para propósitos especiais	U00-U99



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS**

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citado o autor, título, instituição e ano da dissertação.

Rio Branco-AC, 25/07/2024

Nome do autor: Marcio Eduardo Roma Felix

Assinatura:

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE