

Liga de ensino do Rio Grande do Norte
Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte
Curso de Fisioterapia

Perfil de afastamento do exercício laboral do servidor

**Perfil de afastamento do exercício laboral do servidor
municipal da saúde de Natal – RN**

Leandra Helena de Oliveira

Paula Edna Costa Rocha

Natal-RN

2010

Natal-RN

2010

Leandra Helena de Oliveira

Paula Edna Costa Rocha

**Perfil de afastamento do exercício laboral do servidor
municipal da saúde de Natal – RN**

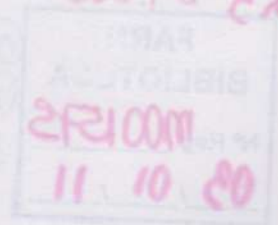
Aprovado em: 26/05/2010

BANCA EXAMINADORA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado para obtenção do
título de bacharel em
Fisioterapia da Faculdade
Natalense para o
Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte – FARN sob
orientação do professor Esp.
Angelo Augusto Paula do
Nascimento e co- orientação da
professora Esp. Catharine A.
Carvalho Farias.

Natal-RN

2010



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Oliveira, Leandra Helena de; Rocha, Paula Edna Costa

Perfil de afastamento do exercício laboral do servidor municipal da saúde de Natal / Leandra Helena de Oliveira, Paula Edna Costa Rocha. – Natal: FARN, 2010.

35f.

Orientador: Ângelo Augusto Paulo do Nascimento (Esp.)

Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Políticas de Saúde e Segurança – Monografia. 2. Morbidade dos Trabalhadores – Monografia. 3. Exercício Laboral – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 613.6



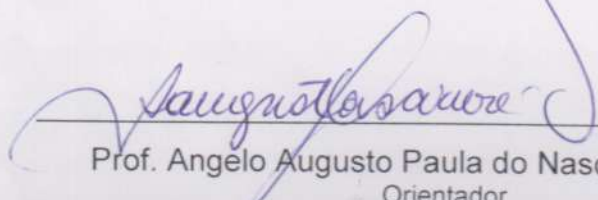
LEANDRA HELENA DE OLIVEIRA
PAULA EDNA COSTA ROCHA

PERFIL DE AFASTAMENTO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DA SAÚDE DE
NATAL-RN

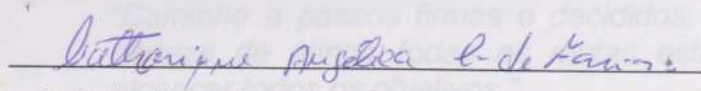
Monografia apresentada a Faculdade Natalense para o desenvolvimento do
Rio Grande do Norte - FARN, como parte dos requisitos para obtenção do título
de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: 16 / 06 / 2010

BANCA EXAMINADORA



Prof. Angelo Augusto Paula do Nascimento (Esp.)
Orientador
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do norte.



Profª Catharinne Angélica Carvalho de Farias (Esp.)
Co - orientadora
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do norte.

Profª Valeska Fernandes de Souza (Esp.)
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte

AGRADECIMENTOS

A Deus incansável, pela oportunidade de vida, caminhos, e distâncias vencidas.

A minha mãe Francisca, meu pai Luis Antonio (já falecido), meus irmãos Leonardo, Leonardo, Luis, meus avós Francisco e Clotilde, que torceram pela minha vitória desde o início e pelo amor e carinho recebidos. Amo todos vocês.

Aos meus amigos Vitor, pelo amor, amizade e apoio incondicional, além da companhia por esse ano. A todos os amigos que não pude mencionar.

Aos professores Angelo Augusto Paula de Nascimento pela boa vontade, experiência e competência na orientação desse trabalho.

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN pela autorização e disponibilização de dados para pesquisa.

A todos os professores do curso de Epidemiologia da FARN.

Aos colegas de curso e amigos que compartilharam comigo esses anos de vivência, alegria, angústias e superação, em especial a minha turma de estágio: Alani, Alana, Camille, Karla, Lucas, Paula, Paulo, Paulo, Pedro, Reginaldo e Surya. Amigos que me incentivaram nas horas de desânimo e sempre se fizeram presentes.

A todos os meus familiares.

A todos que me apoiaram.

"Caminhe a passos firmes e decididos, com a profunda certeza de atingir todas as metas estabelecidas e de alcançar todos os objetivos."

Eileen Caddy

Original

Leonardo Vitor de Oliveira

AGRADECIMENTOS

A Deus inicialmente, pela oportunidade de vida, caminhos, e obstáculos vencidos.

A minha mãe Francisca, meu pai Luis Antonio (*in memoriam*), meus irmãos Leonardo, Lessandra, Lais, meus avós Francisca e Cícero Inácio, que torceram para concretização desse curso e pelo amor e carinho recebidos. Amo todos vocês!

Ao meu amor Werson pelo amor, amizade e apoio depositados, além da companhia por esse ano, melhor convívio não poderia encontrar.

Ao professor Angelo Augusto Paula do Nascimento pela boa vontade, empenho e competência na orientação desse trabalho.

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN pela autorização e disponibilização dos dados para pesquisa.

A todos os professores do curso de fisioterapia da FARN.

Aos colegas de curso e amigos que compartilharam comigo esses anos de vivência, alegrias, angustias e aprendizado, em especial a minha turma de estágio: Allan, Alanne, Daniela, Kátia, Lucas, Patrícia, Pablo, Paula, Pedro, Reginaldo e Surya. Amigos que me incentivavam nas horas de desânimo a sempre ir em frente.

A Paula Edna Costa Rocha, por ter-me aguentado.

A todos que de alguma forma contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

Obrigada!

Leandra Helena de Oliveira

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir a realização deste sonho. Por se fazer presente em todos os dias da minha vida. Quantas vezes ti pedi força, coragem e determinação para seguir em frente esta caminhada e tu me destes... Muito obrigada senhor por essa vitória!

Ao meu primo Fábio Fontes, que foi o grande percussor dessa minha trajetória. Tu destes o primeiro passo antes mesmo que eu... Acreditando na minha capacidade. A minha prima Rita do Carmo pela ajuda e incentivo de sempre.

Aos meus pais, Maria de Lourdes Costa Rocha e Manoel Sales da Rocha, responsáveis pela pessoa que sou hoje, pelo exemplo de vida e de coragem. Por me ensinarem a nunca desistir, por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos. Em pensar que tudo começou apenas com um sonho, um sonho compartilhado, meu e de vocês. Obrigada por tudo. Amo vocês!

A minha sobrinha Diana Caroline, pelo carinho e por estar sempre ao meu lado. Aos meus irmãos, Paulo Eduardo C. Rocha, Deive C. Rocha e Denes C. Rocha, que me incentivaram e torceram por mim.

Aos meus avós (*in memorian*), anjos que zelam por mim. Em especial ao meu avô Antônio Luiz da Costa (*in memorian*), com quem aprendi que mesmo na dor devemos agradecer a Deus pelo milagre da vida.

A todos os meus familiares que estiveram sempre me apoiando em tudo e hoje vibram junto comigo.

Aos meus amigos pelo carinho e apoio de sempre... Obrigada!

A secretaria municipal de saúde de Natal/RN por permitir a realização desse trabalho.

Aos meus colegas de faculdade, pela companhia de todos esses anos, pela troca de experiência de todos os dias. Em especial a minha amiga Leandra Helena de Oliveira, por me ouvir tantas vezes, pela ajuda e compreensão.

Aos meus mestres, que me passaram todo o conhecimento. Que me ensinaram a lutar pelos meus objetivos de forma responsável, pela amizade. Em especial ao meu orientador Angelo Augusto Paula do Nascimento, pela paciência, dedicação e realização desse trabalho.

A todos os pacientes que confiaram e contribuíram para o meu conhecimento e crescimento profissional e pessoal.

A todos que direta ou indiretamente participaram e acreditaram na minha conquista. Obrigada!

Paula Edna Costa Rocha

RESUMO

A proposta de construção de uma Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) nasceu da necessidade de garantir que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores, o que inclui a garantia de sua saúde. No Brasil, estudos sobre o perfil de morbidades dos trabalhadores são insuficientes para se estabelecer as reais características do processo saúde-doença-trabalho. Em se tratando de servidores públicos, essa lacuna é ainda maior, por não existirem dados consolidados sobre a saúde desses trabalhadores no país. Este estudo teve como objetivo montar um perfil de morbidades dos servidores públicos da Secretaria de Saúde do município de Natal - RN, durante o ano de 2009, e fornecer subsídios para que outros pesquisadores e/ou gestores possam desenvolver e implantar propostas preventivas e curativas eficazes a servidores públicos da saúde. A coleta de dados foi realizada através de registros manuscritos da junta médica da Prefeitura Municipal de Natal - RN, onde foram consultados dados como sexo, matrícula, tempo de afastamento, e código da patologia de acordo com a lista de morbidades da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na prática conhecida como CID 10. A amostra foi constituída por servidores que se afastaram formalmente com registros na junta médica da Prefeitura Municipal de Natal - RN, no período de janeiro a dezembro de 2009. Foram registrados tantos afastamentos, com uma média de dias de tanto. Entre os grupos de patologias que mais levaram ao absenteísmo estão respectivamente: doenças osteomusculares (22%), seguidas de fatores que influenciam a saúde (16%), transtornos mentais (12%), doenças do aparelho circulatório (8%), e lesões e envenenamentos (7%). No geral 10% se afastaram do exercício laboral por motivo de doença e 43% voltaram a se afastar durante este período. Como medida para redução desses afastamentos, recomendamos maiores investimentos em políticas de promoção à saúde para essa classe, evitando assim o aumento dos gastos públicos com saúde, proporcionando melhor qualidade de vida a esses profissionais. Sugerimos ainda a informatização e a inserção de itens a serem registrados como profissão, lotação, faixa etária e tempo de serviço, a fim de que se possa traçar perfis mais fiéis à realidade do trabalhador da saúde. Essas implementações possibilitariam a geração de dados para um plano eficaz em saúde do servidor, apontando para as necessidades reais, estratificando as prioridades.

Palavras - chave: riscos ocupacionais; morbidades; absenteísmo, saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The proposed construction of a National Policy on Occupational Health and Safety (PNSST) was born from the need to ensure that the work is performed under conditions that contribute to improving the quality of life, personal fulfillment and social workers, which includes ensuring their health. In Brazil, studies on the morbidity profile of workers is insufficient to establish the actual characteristics of the health-disease-work. In the case of public servants, this gap is even greater, because there are no consolidated data on the health of these workers in the country. This aimed to build up a profile of morbidity of the civil servants of the Secretariat of Health of the city of Natal - RN, during the year 2009 and provide aid to other researchers and / or managers can develop and implement proposals to effective preventive and curative public employees health. Data collection was performed through the manuscripts of the medical records of the City of Natal - RN, where data were consulted as sex, registration, time off, and code of pathology according to the list of morbidities of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, practice known as CID 10. The sample consisted of servers that formally withdrew with the medical records in the City of Natal - RN, during the period January to December 2009. Were recorded so many departures, with an average of both days. Among the groups of diseases that led to more absenteeism are respectively: musculoskeletal diseases (22%), followed by factors that influence health (16%), mental disorders (12%), circulatory diseases (8%); and injuries and poisoning (7%). Overall 10% missed work for the year because of illness and 43% turned to walk away during this period. As a measure to reduce these clearances, we recommend increased investment in health promotion policies for this class, thus avoiding the increase in public spending on health, providing better quality of life for these professionals. We also suggest the computerization and integration of items to be registered as a profession, stocking, age and length of service, so that profiling can be more faithful to the reality of health worker. These implementations make it possible to generate data for an effective health server, pointing to the real needs, stratifying priorities.

Key - words: occupational risk, morbidity, absenteeism, worker's health.

A. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	20
B. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
C. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	10
1.2. OBJETIVOS	10
1.2.1. OBJETIVO GERAL.....	10
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
1.3. JUSTIFICATIVA	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	12
2.1. A LUTA PELA SAÚDE: UM DIREITO DO TRABALHADOR.....	12
2.2. O TRABALHO COMO FATOR DE RISCO PARA SAÚDE.....	14
2.3. AÇÕES DE SAÚDE VOLTADAS PARA TRABALHADORES DA SAÚDE.....	15
3. METODOLOGIA.....	17
3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	17
3.2. DEFINIÇÃO DA ÁREA OU POPULAÇÃO-ALVO DO ESTUDO.....	17
3.3. PLANO DE COLETA	17
3.3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	19
3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	20
3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	20
3.6. CRONOGRAMA DESENVOLVIDO E COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO DA COLETA DE DADOS.....	20
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	22
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	32

1. INTRODUÇÃO

Até recentemente, entre os profissionais da saúde, pouco se discutia sobre os riscos inerentes às suas atividades laborais, e as possibilidades de adoecer em decorrência destas. Esta situação vem mudando desde a década de 80, quando os profissionais de saúde, principalmente da área assistencial, motivados pelo surgimento da epidemia da AIDS, começaram a discutir sobre os riscos ocupacionais relacionados com suas atividades laborais. Este tema também ressurgiu nos anos 90 entre os profissionais que lidam com o controle da tuberculose, devido ao enfoque dado à doença com risco de transmissão hospitalar. Já os profissionais ligados às áreas de laboratório, desde a década de 40, já demonstravam preocupação com a existência do risco ocupacional em função da manipulação de microorganismos e materiais biológicos no ambiente de trabalho (BEGJEL & BARROSO, 2001).

A falta de equipamento/material adequado ou outros aspectos das condições e do processo de trabalho faz com que muitos servidores "adoeçam". O estresse devido ao trabalho realizado e às relações autoritárias tem ocasionado hipertensão e problemas psicológicos, como ansiedade e depressão. Assim, o número de licenças de saúde ou em processo de readaptação deve ser examinado. É importante ressaltar as formas de luta pela saúde dos trabalhadores que têm sido encaminhadas no local de trabalho (BRASIL, 2006).

A proposta de construção de uma Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) nasceu da necessidade de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores o que inclui a garantia de sua saúde e integridade física e mental (BRASIL, 2006).

No Brasil, estudos sobre o perfil de morbidades dos trabalhadores são insuficientes para se conhecer adequadamente as características dessa população em relação ao processo saúde-doença-trabalho. Em se tratando de servidores públicos, essa lacuna é ainda maior, por não existirem dados consolidados sobre a saúde desse grupo de trabalhadores no país (CUNHA *et al.*, 2009).

Estudos sobre as causas de adoecimento em trabalhadores da saúde no Brasil mostram dados que podem estar anunciando a ponta de um grande *iceberg*. Alguns dados de pesquisa realizada a partir do sistema único de benefícios do ministério da previdência social, em 2004, mostram, onde estão notificados afastamentos por doença do trabalho por mais de quinze dias: Prevalência de afastamento por mais de 15 dias nos trabalhadores celetistas da saúde é de 435,25/10 mil, sendo 29,46/10 mil por acidentes de trabalho e o restante de 405,35 por auxílio das demais doenças. Nas atividades de atendimento hospitalar esse número chega a 550,78/10 mil. Os grupos de causas mais freqüentes nos afastamentos (CID-10) são problemas osteomusculares (113,92/10 mil), lesões e envenenamentos (80,99/10 mil) e distúrbios mental/ comportamento (54,18/10 mil). As causas específicas de maiores prevalências foram: depressão (35,3/10 mil – CID F32 e F33) e dorsalgia (32,12/10 mil) que, juntas, são responsáveis por mais de 15% dos afastamentos. Enfim, a questão está aí, não é pequena e nos cobra atuação. (BARBOSA & OLIVEIRA *apud* FILHO & BARROS, 2007).

1.3. JUSTIFICATIVA

1.1. PROBLEMA DE PESQUISA

Para alcançar o objetivo proposto, buscou-se primeiramente responder a seguinte questão: Qual o perfil do servidor da saúde que se ausenta do trabalho por motivos de licenças por doenças ocupacionais? Propõe-se uma tentativa não de fechar ou concluir tal questionamento, mas sim o de incentivar a reflexão de políticas de saúde voltadas para o servidor da saúde.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil de morbidades de servidores públicos da Secretaria de Saúde do município de Natal - RN, durante o ano de 2009.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer um levantamento dos motivos de afastamento dos servidores da Secretaria de Saúde do Natal;
- Determinar o tempo médio de afastamento desse profissional;
- Listar as patologias mais frequentes ocorrida nessa classe;
- Fornecer subsídios para que outros pesquisadores e/ou gestores possam desenvolver e implantar propostas preventivas e curativas eficazes a servidores públicos da saúde.

1.3. JUSTIFICATIVA

Pesquisar os motivos de afastamento do trabalho por doença é fundamental para conhecimento sobre as condições do ambiente laboral e direcionar medidas de promoção à saúde. Para tanto, esse estudo tem a função de traçar um perfil de morbidade que levam ao afastamento do exercício laboral dos servidores públicos da Secretaria da Saúde do município de Natal - RN, tendo em vista a escassez de estudos na literatura que direcionem as políticas de saúde pública.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A LUTA PELA SAÚDE: UM DIREITO DOS TRABALHADORES

O período de antecedência do processo constituinte de 1986-1988, no contexto do Movimento pela Reforma Sanitária, foi marcado por uma intensa mobilização dos trabalhadores, cuja expressão maior foi à realização, em 1986, da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Calcadas na necessidade inquestionável de transformação do setor, as teses e propostas formuladas em nível nacional apontavam para a redefinição da área e sua incorporação ao nascente Sistema Único de Saúde (SUS). Levadas ao processo constituinte, a síntese dessas propostas foi traduzida na Constituição Federal de 1988, em seu capítulo da saúde, pela determinação ao Sistema Único de Saúde - SUS da execução de ações de Saúde do Trabalhador (OLIVEIRA *et al.*, 1997).

O tema Vigilância em Saúde do Trabalhador pode ser discutido sob várias perspectivas: quer como uma estratégia para a operacionalização de uma determinada política de saúde quer em seus aspectos legais, ou ainda no que se refere ao controle social, só para citar alguns (SATO, 1996).

A inadequação das condições de trabalho em muitos locais traz transtornos aos trabalhadores. Os serviços de saúde - em particular as instituições hospitalares - proporcionam a seus trabalhadores ambiente de trabalho piores em relação aos demais serviços (GASPAR, 1997 *apud* GODOY, 2006).

O psicólogo cubano professor doutor Jorge Grau, pesquisador do Instituto Nacional de Oncologia e Radiobiologia e chefe do Grupo de Psicologia Nacional do Ministério da Saúde de Cuba, apresentou, no Congresso "Criança 2005", em Curitiba-PR, discussão sobre o adoecimento dos trabalhadores no Sistema de Saúde de Cuba, situando o estresse/sofrimento mental e a Síndrome de *Burn-Out* como relevantes entre os trabalhadores de saúde de seu país, notados, principalmente, nas equipes que cuidam de pacientes em situação crítica de vida (emergência, unidade de terapia intensiva, enfermarias

cirúrgicas), em serviços nos quais as taxas de óbitos são altas (oncologia, doentes renais crônicos e portadores de DST/AIDS) e nas equipes de atenção primária às famílias. Esse autor caracterizou o sofrimento mental como uma situação em que se observa nos trabalhadores autculpabilidade, sensação de incompetência, diminuição da autoestima, piora no rendimento e qualidade profissional com perda de atenção, má acolhida dos usuários e colegas, com tendência a posturas culpabilizantes e agressivas, tanto no trabalho como em suas relações sociais, e piora das manifestações de doenças psicossomáticas (FILHO & BARROS, 2007).

A manutenção desta situação por um período prolongado pode levar à Síndrome de *Burn-Out* ("queimar para fora", liquidação da capacidade de trabalho), caracterizada como um estado pessoal de esgotamento emocional com despersonalização, perda da capacidade laborativa e aumento significativo do risco de drogadição e suicídio. É observada, principalmente, em quem trabalha na atenção a pessoa com interação humana intensa e onde a imprevisibilidade é uma constante, como profissionais de saúde, professores e policiais. O conferencista citou um conjunto de fatores que podem levar a estas situações, como: excesso de trabalho, desproporção entre a demanda e a capacidade de oferta do serviço, fragmentação dos processos de trabalho e ambigüidade de atribuições, insegurança técnico profissional, não implicação com o objeto e objetivos de trabalho, gerência autoritária ou omissa ou com múltiplas linhas de comando, inexistência de espaço de conversa e enfrentamentos dos problemas do serviço, falta de trabalho em equipe, alienação quanto aos resultados do trabalho e perfil pessoal com alta expectativa de desempenho e sucesso profissional (ABALO *apud* FILHO & BARROS, 2007).

Nas instituições de saúde, os graves riscos gerados pela insegurança dos trabalhadores e pelo descumprimento da legislação relativa à segurança, higiene e medicina do trabalho, causados pela desinformação existente, ausência de fiscalização, falta de pessoal especializado, entre outros problemas, trazem graves danos as pessoas que trabalham nos serviços de saúde (NICOLLETE & ROBAZZI, 2001 *apud* SALLES, 2008).

2.2. O TRABALHO COMO FATOR DE RISCO PARA SAÚDE

Em um estudo sobre a prevalência de doenças osteomusculares em profissionais da enfermagem em 2003, os resultados demonstram que é elevada a ocorrência de sintomas músculo - esqueléticos em múltiplas regiões corporais, atingindo principalmente a região lombar, ombros, joelhos e região cervical. A dor lombar continua sendo o fator principal de absenteísmo e procura por auxílio médico. Os procedimentos relacionados com a movimentação e transporte de pacientes são considerados os principais causadores de dor na região lombar, indicando que as atividades de cuidado direto aos pacientes podem ser fator de risco para a equipe de enfermagem (GURGEIRA *et al.*, 2003).

O risco de aquisição de hepatite B após acidente com material perfurante – cortante contendo sangue de paciente é estimado entre 6% e 30% se nenhuma medida profilática for adotada. O risco de aquisição de hepatite C após exposição percutânea é estimado entre 3% e 10%. O risco estimado pela aquisição de HIV após acidente percutâneo é de 0,3% e para exposição de mucosa é de 0,09% (CAVALCANTE & PEREIRA, 2000 *apud* SALLES, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil há notificação de apenas um caso de AIDS ocupacional (BRASIL, 2000). Nos Estados Unidos da América (EUA) o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), confirmou 56 casos de trabalhadores da assistência médica que apresentaram soroconversão para o vírus do HIV após acidente de trabalho (CDC, 1988).

A desvalorização do trabalho, o desconhecimento de todo o processo, somados à exposição constante às cargas químicas, físicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, decorrentes de uma desorganização do trabalho realizado favorecem a ocorrência de acidentes. Além disso, é necessário levar em consideração que, quando o trabalhador se acidenta, e se ausenta do trabalho, suas atividades são redistribuídas entre os demais, sobrecarregando-os ainda mais e levando a um maior desgaste, fadiga, stress, tornando mais vulnerável a acidentes de trabalho (SILVA 1996 *apud* SALLES, 2008).

Em um estudo de 1994, mostra que os acidentes com trabalhadores da saúde desencadearam o afastamento do acidentado de suas atividades laborais com índices de 56% a 84%, e a maioria por período de 1 a 14 dias de afastamento (LEME *et al.*, 1994).

Em outro estudo realizado com trabalhadores da limpeza hospitalar em 2004, mostra que as perspectiva dos trabalhadores em relação ao fato de o trabalho afetar sua saúde mostra que eles associavam o risco ocupacional aos produtos utilizados para limpeza do piso e equipamentos, ao trabalho repetitivo (possibilidade de desenvolver lesão por esforço repetitivo-LER), probabilidade de acidentes com instrumentos perfurocortantes e fluidos biológicos como sangue, fezes, urina, vômito, além de estresse (CHILLIDA *et al.*, 2004).

2.3. AÇÕES DE SAÚDE VOLTADAS PARA TRABALHADORES DA SAÚDE

Segundo o Ministério da saúde, para a atenção à Saúde do Trabalhador do SUS, devem ser obedecidos os mesmos princípios do Sistema Único de Saúde, que podem ser lidos da seguinte maneira: universalidade; promoção da saúde; integralidade da atenção; garantia do direito à atenção aos trabalhadores vítimas de acidentes e doenças do trabalho, incluindo, além de outras, o tratamento, a recuperação e a reabilitação física, psicossocial e profissional; garantia do direito à informação aos trabalhadores, sobre os riscos existentes nos ambientes, processos e atividades de trabalho, e suas consequências sobre a saúde; e controle social através da instituição, manutenção e incorporação de estruturas e instâncias legítimas e representativas do conjunto de trabalhadores (BRASIL, 2001).

Enquanto a promoção da saúde propõe a participação do trabalhador na busca pela saúde, a prevenção de acidentes e doenças orienta-se por um enfoque unidirecional, onde a tomada de decisão é feita quase que somente por especialistas. No entanto, as duas abordagens são necessárias e complementares para um bom programa de saúde do trabalhador, pois cada uma possui especificidades e resultados diferentes. Um programa voltado para

a prevenção de acidentes e doenças seria mais específico e particular, mais ágil e com resultados mais imediatos. Já um programa com foco na promoção da saúde seria mais abrangente e geral, mais demorado e com resultados em prazos maiores (REINHARDT *et al.*, 2009).

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada pelos Ministérios da saúde, do trabalho e da previdência social, em dezembro de 2005, aprovou resoluções que apontam para a saúde do trabalhador da saúde, como instituir política de educação permanente em segurança e saúde do trabalhador no SUS e implementar plano de trabalho de modo a capacitar todos os trabalhadores de saúde e os responsáveis pelas gestão dos serviços à identificar os riscos existentes no trabalho e as formas de adoecimento dos trabalhadores e prover atenção integral à saúde do trabalhador e humanizar o atendimento da população em todos os níveis dos serviços, com ênfase no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e que a política nacional de humanização do SUS torne-se uma política pública de estado (BRASIL, 2006).

Os trabalhadores destinatários dessas políticas, planos, projetos e ações compreendem todos os trabalhadores do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, independentemente do tipo de vínculo empregatício – estatutário, celetista, cooperativado, contrato temporário (BRASIL, 2001).

3.3 PLANO DE COLETA

A coleta de dados foi realizada através de registros mantidos na Junta Médica da Prefeitura Municipal de Natal - RN, onde foram consultados dados como sexo, matricula, tempo de afastamento, e código da patologia de acordo com a lista de morbidades da CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde).

A CID 10 foi concebida para padronizar o catálogo de doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde.

3. METODOLOGIA

3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este trabalho é um estudo do tipo descritivo, retrospectivo que utilizou como fonte de informações, dados sobre os servidores municipais da saúde afastados do seu exercício laboral na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, durante o período de janeiro a dezembro de 2009.

3.2. DEFINIÇÃO DA ÁREA OU POPULAÇÃO-ALVO DO ESTUDO

A população foi composta por servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, em um total de 6.598 indivíduos, sendo 4.448 do gênero feminino e 2.150 do gênero masculino. A amostra foi constituída por servidores municipais da saúde que se afastaram formalmente com registros na junta médica da Prefeitura Municipal de Natal – RN, no período de janeiro a dezembro de 2009.

3.3. PLANO DE COLETA

A coleta de dados foi realizada através de registros manuscritos da junta médica da Prefeitura Municipal de Natal - RN, onde foram consultados dados como sexo, matrícula, tempo de afastamento, e código da patologia de acordo com a lista de morbidades da CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde).

A CID 10 foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde.

Apresenta-se em três volumes: o Volume I contém a classificação propriamente dita (Lista Tabular); o Volume II apresenta as orientações, guias, regras, etc. para os usuários; o Volume III contém informações e notas sobre o uso do índice, convenções usadas, abreviaturas.

Para o referente estudo, foi consultado o Volume I da CID 10 (10ª revisão versão 2008), que é formado por 22 **Capítulos**, onde cada um contém vários **Agrupamentos**, que são conjuntos de **Categorias** que contém doenças semelhantes e correspondem ao código com uma letra e dois dígitos e que são subdivididos em **Subcategorias**, onde a cada código de categoria se junta um ponto e um algarismo do 0 ao 9 formando assim, o código completo da doença. Em síntese, um conjunto de categorias que contém doenças semelhantes constitui um agrupamento e vários agrupamentos constituem um capítulo (CID-10, 2008).

GRUPOS DE PATOLOGIA, CID-10		
Capítulos	código	Descrição
I	A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II	D00-D48	Neoplasias [tumores]
III	D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
IV	E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
V	F00-F99	Transtornos mentais e comportamentais
VI	G00-G99	Doenças do sistema nervoso
VII	H00-H59	Doenças do olho e anexos
VII	H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastóide
IX		Doenças do aparelho circulatório

	I00-I99	
X	J00-J99	Doenças do aparelho respiratório
XI	K00-K93	Doenças do aparelho digestivo
XII	L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII	M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV	N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário
XV	O00-O99	Gravidez, parto e puerpério
XVI	P00-P99	Algumas afecções originadas no período perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômica
XVIII	R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
XIX	S00-T98	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas
XX	V01-V98	Causas externas de morbidade e de mortalidade
XXI	Z00-Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde
XXII	U00-U99	Códigos para propósitos especiais

3.3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa todos os registros de afastamento de servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal e excluídos aqueles discriminados como licença maternidade, exame admissional e aposentadoria.

3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A fonte de coleta de dados foram os registros da junta médica da Prefeitura Municipal de Natal – RN. As informações eram armazenadas manualmente, em livro de ata, discriminando a matrícula dos servidores, o motivo do afastamento, de acordo com a CID 10 e o tempo de afastamento. Foram arquivados para a tabulação, apenas os dados referentes aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, mediante autorização prévia por comunicação oficial à mesma instituição.

3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel 2007*, seguidos para análise quantitativa com bases em estatísticas descritivas, enfocando a distribuição da frequência de afastamento e seus motivos, agrupando em categorias de três caracteres, de acordo com a CID 10, e posteriormente foram calculadas as prevalências, separando-se os grupos que mais afastaram os servidores do seu exercício laboral e traçados gráficos para melhor explicitar os achados.

3.6. CRONOGRAMA DESENVOLVIDO E COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO DA COLETA DE DADOS

Os prazos foram cumpridos dentro do planejado, apesar das dificuldades que surgiram, atrapalhando o andamento do trabalho, tais como o horário de coleta de dados na junta médica incompatível com o exercício discente do estágio supervisionado e a letra ilegível dos registros.

ATIVIDADES	2009			2010		
	2º TRI	3º TRI	4º TRI	1º TRI	2º TRI	3º TRI
Revisão da literatura		X	X	X	X	
Construção do Pré-Projeto	X					
Construção do Projeto		X				
Envio para o comitê de ética					X	
Coleta dos dados					X	
Tabulação e Análise dos dados					X	
Redação do TCC				X	X	
Conclusão do TCC					X	
Apresentação do TCC					x	



Figura 1: Percentual de respostas com informações. Gráfico para dois grupos: não continham todas as informações necessárias para pesquisa.

A quantidade real de pessoas que se alistaram, foi de 686 serventes, totalizando um valor de 10% do grupo de estudo, de onde dessas, 656 (81%) foram do gênero feminino e 130 (19%) foram do gênero masculino (Gráfico 2).

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O grupo de estudo foi composto por 6.598 servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal - RN, sendo 4.448 mulheres, e 2.150 homens que estão inseridos tanto na área administrativa da secretaria, como nas áreas de atenção a saúde do município.

A quantidade de registros de afastamento desses servidores foi de 1.209 com uma média de dias de afastamento de 34,69 dias, cabendo ressaltar que 523 desses registros foram de matrículas repetidas totalizando um valor de 43% de registros de servidores que voltaram a se afastar por doença durante o ano. Uma quantidade considerável dos registros não continha informações completas (Figura 1). Foram encontrados ainda 99 (8%) registros de afastamento por duas ou mais doenças associadas.

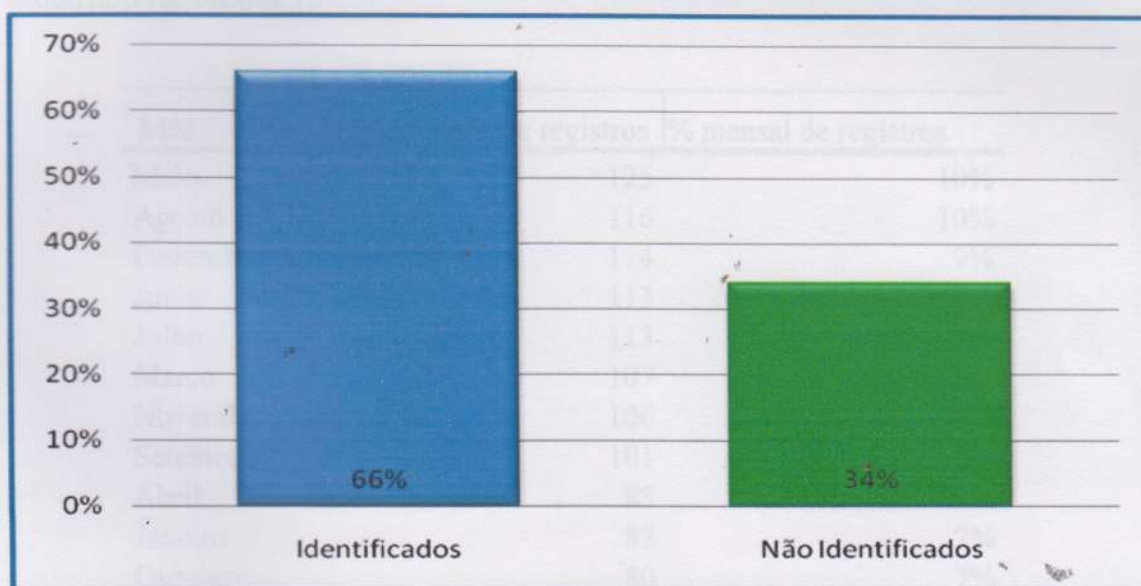


Figura 1: Percentil de registros com informações. Grande parte dos registros não continham todas as informações necessárias para pesquisa.

A quantidade real de pessoas que se afastaram, foi de 686 servidores, totalizando um valor de 10% do grupo de estudo, de onde desses, 556 (81%) foram do gênero feminino, e 130 (19%) foram do gênero masculino (Gráfico 2).

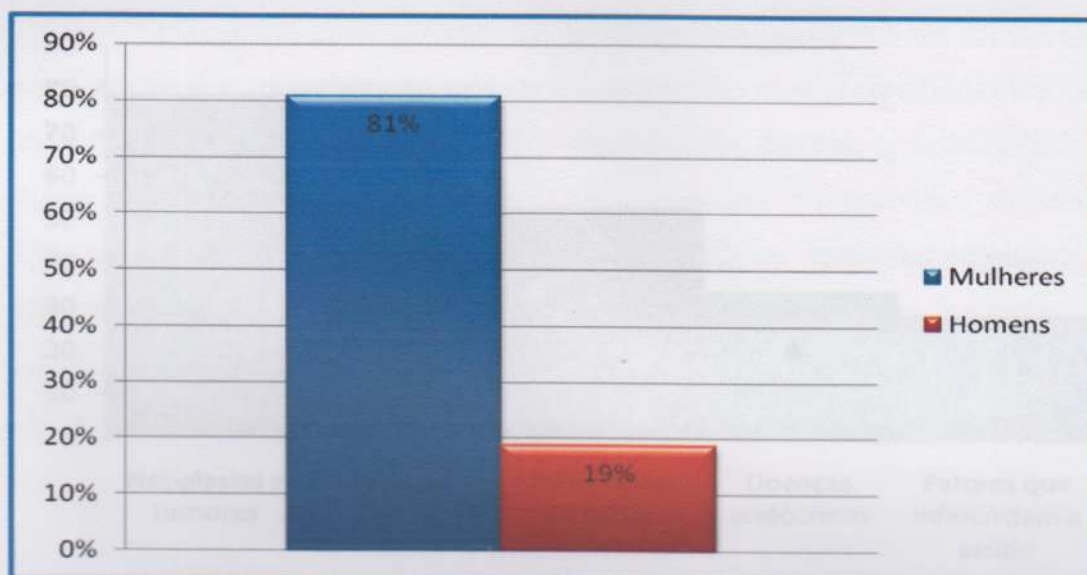


Figura 2: Percentil de registros por gênero. Prevalência de mulheres nos registros de afastamento.

Na quantidade de registros por mês não houve grande diferença da quantidade entre os meses, ficando com valores quase equivalentes como é mostrado na tabela 1.

Mês	Quantidade de registros	% mensal de registros
Maio	125	10%
Agosto	116	10%
Dezembro	114	9%
Junho	113	9%
Julho	113	9%
Março	107	9%
Novembro	106	9%
Setembro	101	8%
Abril	83	7%
Janeiro	82	7%
Outubro	80	7%
Fevereiro	69	6%
Total	1209	100%

Tabela 1: Quantidades de registros de afastamento por mês.

A média de dias de afastamento pelas patologias que mais afastaram entre os gêneros foram sumariamente diferentes como são mostradas nas figuras 3 e 4.

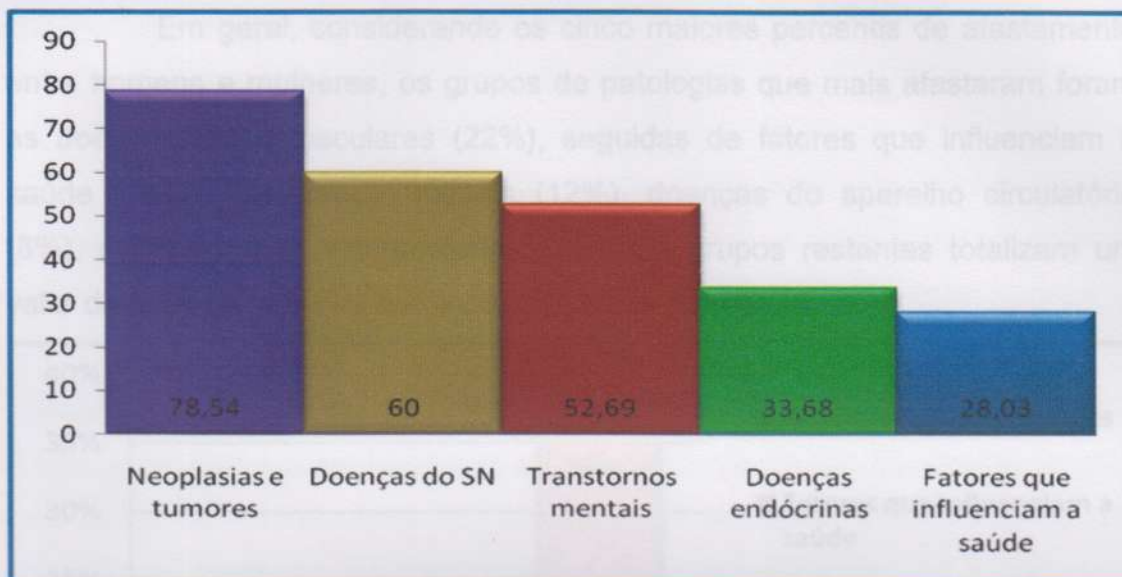


Figura 3: A média de dias de afastamento entre as mulheres foi maior em grupo de Neoplasias e tumores.

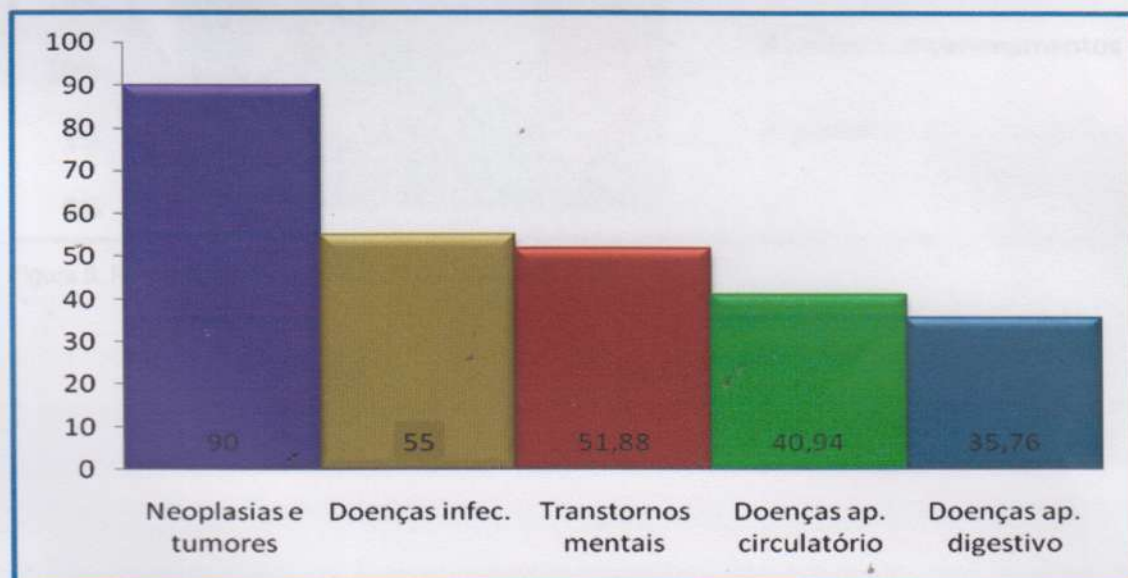


Figura 4: As doenças com maior média de dias de afastamento em homens foram as Neoplasias e tumores com 90 dias de absenteísmo.

Entre os grupos de patologias que mais afastaram as mulheres estão as doenças osteomusculares (21%), seguidas de fatores que influenciam a saúde (17%), transtornos mentais (12%), lesões e envenenamentos (7%) e doenças do aparelho circulatório (7%).

Em homens, os resultados apresentaram-se diferentes com os grupos de patologias que mais afastaram sendo as doenças osteomusculares (26%), seguidas de fatores que influenciam a saúde (12%), transtornos mentais (12%), doenças do aparelho circulatório (12%), e doenças do aparelho digestivo (9%).

Em geral, considerando os cinco maiores percentis de afastamento entre homens e mulheres, os grupos de patologias que mais afastaram foram as doenças osteomusculares (22%), seguidas de fatores que influenciam a saúde (16%), transtornos mentais (12%), doenças do aparelho circulatório (8%), e lesões e envenenamentos (7%). Os grupos restantes totalizam um valor de 35% de todas as patologias incluídas no CID-10.

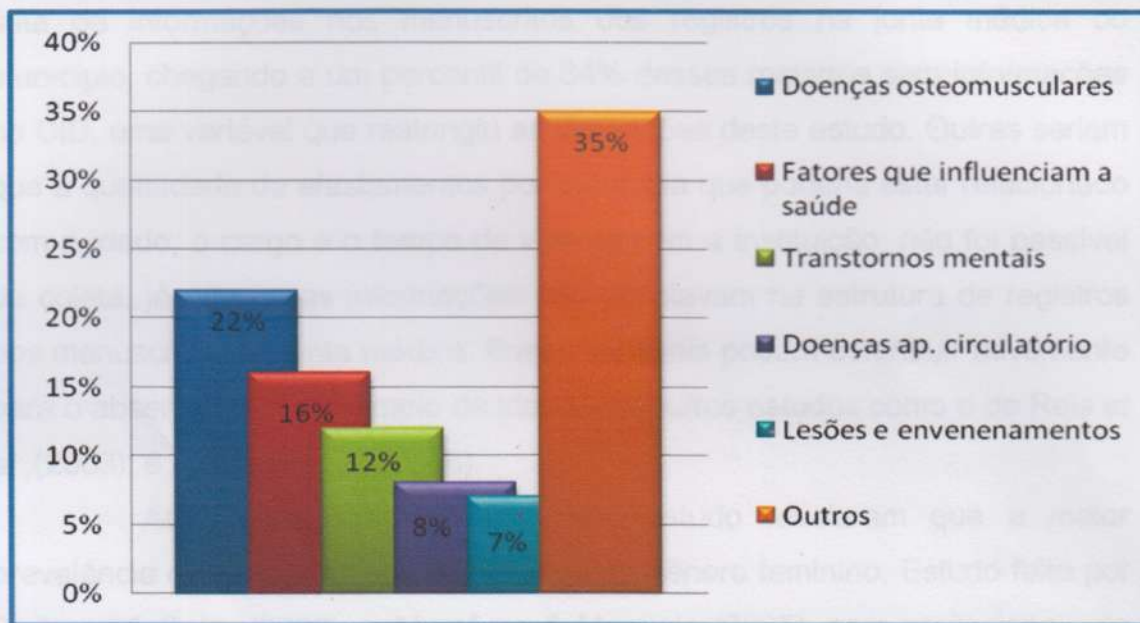


Figura 5: Percentil de agrupamentos que mais afastaram.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desse estudo revelaram números significantes quanto à média de dias e grupo de doenças que mais afastaram os servidores municipais da saúde durante o ano de 2009. Houve limitações como a grande falta de informações nos manuscritos dos registros na junta médica do município, chegando a um percentil de 34% desses registros sem informações no CID, uma variável que restringiu as dimensões deste estudo. Outras seriam que a quantidade de afastamentos por patologia que poderia estar relacionado com a idade, o cargo e o tempo de vínculo com a instituição, não foi passível de coleta, já que essas informações não constavam na estrutura de registros dos manuscritos da junta médica. Essas variáveis podem contribuir ativamente para o absenteísmo, a exemplo da idade, em outros estudos como o de Reis *et al.*, (2003); e Andrade *et al.*, (2008).

As informações colhidas neste estudo revelaram que a maior prevalência dos registros era de pessoas do gênero feminino. Estudo feito por Barboza & Soler (2003); e Murofuse & Marziale (2005), com profissionais de enfermagem, mostraram que a predominância era desse gênero, pois desde os primórdios, a enfermagem é exercida majoritariamente por mulheres, considerando que os cuidados aos enfermos cultural e socialmente, são apropriados para o trabalho feminino.

Godoy (2001) salienta que o número de licenças femininas podem representar uma resposta ao cansaço e à insatisfação pelas condições de vida e trabalho, em que se torna cada vez mais difícil a conciliação entre a família e o trabalho. Cabe ressaltar que, apesar da grande quantidade de pessoas afastadas do gênero feminino, proporcionalmente, é equivalente ao gênero oposto, pois a quantidade de pessoas do gênero masculino na secretaria é menor.

Os resultados mostraram que as doenças osteomusculares, seguidas de fatores que influenciam a saúde, transtornos mentais, doenças do aparelho circulatório e lesões e envenenamentos, são as principais causas de afastamento do trabalho, como em outro estudo de Cunha *et al.*, (2009) com servidores públicos das secretarias de saúde e de administração do estado de

Santa Catarina durante os anos de 1995 a 2005, sendo que no dado estudo, os transtornos mentais prevaleciam, deixando as doenças osteomusculares em segundo lugar.

A prevalência de doenças osteomusculares como causa de absenteísmo, tanto em mulheres quanto em homens poderia ser resultado de várias horas de trabalho, ocasionando as chamadas doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT'S) e lesões por esforços repetitivos (LER), resultados estes que vão de acordo com estudos de Murofuse & Marziale (2005); Alves *et al.*, (2006) e Sancinete *et al.*, (2009).

De acordo com Alves; Godoy & Santana (2006), esse fenômeno pode ser explicado pela modernização e automação do trabalho que vem crescendo desde 1986, exigindo dos trabalhadores movimentos monótonos e repetitivos. Indulski e Szubert *apud* Andrade (2008) lembram que as doenças osteomusculares são consideradas o maior problema de saúde dos trabalhadores da Polônia, o que corrobora com levantamento anual nos Estados Unidos da América.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) designou a década de 2000 a 2010 como a década do osso e da articulação, devido ao crescente aparecimento de doenças osteomioarticulares entre a população mundial, considerando que é uma das causas mais frequentes, podendo chegar a ser a primeira causa de gasto em saúde e invalidez permanente.

O estudo de Alves *et al.*, (2006) abordou os motivos de licença com trabalhadores da saúde de um hospital de urgência- emergência e mostrou que a principal causa de afastamento era por doenças osteomusculares. Tal autor afirma que o motivo que desencadeou essas afecções em profissionais de enfermagem, auxiliar administrativo, serviço de apoio e medicina, pode estar relacionado a fatores biomecânicos (mobiliário inadequado, posturas viciosas, forças repetitivas); fatores ligados à organização do trabalho (aumento do ritmo, exigência do tempo, falta de autonomia, fragmentação das tarefas e relações com chefia).

Entre os fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, são registrados também problemas que não indicam necessariamente a presença de doença ou traumatismo. Uma boa parte dos registros mostra que são de pessoas em boa saúde acompanhando pessoa

doente. No entanto, prevalece convalescências após cirurgia, cabe ressaltar que alguns desses registros são de pessoas que já possuíam registros de afastamento, sendo incluída entre aqueles os de pessoas que voltaram a adoecer durante o ano de 2009.

Vale enfatizar a lacuna na informação dos tipos de procedimentos cirúrgicos e suas causas. Tal dado seria de valor importante, já que enriqueceria o detalhamento dos perfis epidemiológicos traçados, a exemplo do nosso trabalho, o que suscitaria indagações sobre o processo saúde-doença desse grupo de trabalhadores, propondo intervenções devidamente embasadas.

Segundo Guimarães (2009), os transtornos mentais são resultados de mudanças no trabalho e violência psicológica o que leva o trabalhador a uma crise de identidade que afeta sua vida como um todo, tanto na esfera pessoal, como na profissional. O foco produtivista e a grande quantidade de trabalho contribuem para criar um espaço de trabalho inadequado muitas vezes nocivo a saúde dos que ali trabalham. Como nesse estudo, tais transtornos também foram umas das principais causas de absenteísmo verificados nos trabalhos de Faria *et al.*, (2005), feitos com profissionais de enfermagem, e Sobrinho *et al.*, (2008) sobre as condições de trabalho e saúde dos médicos de Salvador/Bahia, onde a principal queixa e diagnósticos foram de doenças mentais.

De acordo com o mesmo autor, essas afecções podem estar relacionadas com as características tradicionais e atuais do trabalho dos médicos que atende a pacientes, enfrentando a dor, o sofrimento, a morte, excesso de trabalho, especialmente em atividade de plantão, baixa remuneração e instabilidade no trabalho. Entretanto, em sua discussão, Martins *et al.*, (2009) coloca que sabe-se que esses profissionais possuem maior liberdade em instituições públicas podendo faltar ao serviço sem terem a necessidade de justificativa com um atestado médico, o que nos leva a refletir sobre a subnotificação dos afastamentos, o que acaba limitando a fidelidade do retrato da morbidade delineada.

Mendes (1988) já dizia que os desvios de saúde mental em variados graus de duração e complexidade, contribuem significativamente no peso da morbidade da população geral, a julgar pela prevalência em inquéritos de

morbidade, pelo número de atendimentos médicos e de internações hospitalares e pela importância das doenças mentais como causa de incapacidade para o trabalho.

Os agrupamentos lesões e envenenamentos e outras consequências de causas externas que compreendem de lesões traumáticas a intoxicações, e o grupo de doenças do aparelho circulatório apresentaram resultados com pouca diferença em geral quanto aos grupos que mais afastaram. Os homens apresentaram mais registros de doenças do aparelho circulatório que as mulheres, não chegando a apresentar frequência de itens que compõem o grupo de lesões e envenenamentos entre as cinco patologias consideradas. Essa diferença de prevalência das doenças do aparelho circulatório, com ênfase no gênero masculino, segue uma linha de concordância com a literatura científica de Mansur *et al.*, (2009); que indica maior casos de mortes de doenças isquêmicas do coração em homens do que em mulheres.

As mulheres apresentaram frequências equivalentes de afecções dos dois grupos. Com relação à média de dias de afastamento, os resultados foram sumariamente diferentes, com tal grupo apresentando um maior valor. É importante ressaltar que tais resultados podem estar relacionados com as diferenças anátomo-fisiológicas entre homens e mulheres. As neoplasias e tumores foram a causa de maior tempo de absenteísmo tanto em homens quanto em mulheres nesse estudo. Os transtornos mentais também são afecções em comuns que leva a um maior tempo de afastamento entre os gêneros como mostra um estudo de Brito (2000) e Almeida *et al.*, (2005).

A ausência desses trabalhadores, seja por doenças, acidentes de trabalho ou fatores que influenciam a saúde, implicam em um absenteísmo que interfere diretamente na produtividade e qualidade do trabalho, além de gerar mais um gasto público com saúde.

No estudo feito por Cunha (2009) foram calculados os custos por absenteísmo-doença de todos os servidores públicos estaduais de Santa Catarina, afastados no ano de 2007 que se aproximaram de 50 milhões de reais, sendo destes, 30% só em gastos com a Secretaria de Estado da Saúde. Este é mais um dado que nos mostra a gravidade gerada pelo afastamento desses servidores.

Segundo o decreto 3.048 - 6 de maio de 1999, capítulo IV, seção I., os trabalhadores de unidades públicas são amparados legalmente com direito a recebimento de salário durante os primeiros 15 dias de afastamento por doença ou acidente de trabalho, e a instituição deverá fornecer exame médico e abono de faltas através de serviço médico. Caso esse afastamento ultrapasse os 15 dias, deverá ser encaminhado para perícia médica, sendo então que os primeiros dias de afastamento desse servidor não são registrados na junta médica, ficando como falta abonada ou justificada de acordo com Sala *et al.*, (2009) em um estudo sobre licenças médicas entre trabalhadores da secretaria de estado da saúde de São Paulo no ano de 2004. Em comparação, esse poderia ser um fator que elevasse substancialmente os resultados dessa pesquisa.

No caso da Prefeitura Municipal de Natal, essa janela de subnotificação tendo como causa o tempo de afastamento, é diminuída, já que o período reduz-se de quinze para três dias, como obrigatoriedade de apresentação à junta médica. Ainda assim, deve-se considerar uma limitação do fiel perfil de morbilidade, já que existem casos de absenteísmo que não ultrapassam o prazo previsto, gerando assim, uma obscuridade no esclarecimento desses motivos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo reafirmou o que se tem observado em outras pesquisas já discutidas. Prevalece o aparecimento de doenças osteomusculares, fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, e transtornos mentais como grandes causas de afastamento do trabalho entre servidores da saúde.

A elevada média de dias de absenteísmo sugere que as causas de afastamento são graves e grandes números de absenteísmo pode ser um indicador de ambiente de trabalho deficiente. Como medida para redução desses afastamentos, recomendaríamos mais investimentos em políticas de promoção à saúde desses servidores que estão em constantes riscos físicos e mentais, evitando assim o aumento dos gastos públicos com saúde, proporcionando melhor qualidade de vida a essa classe.

É importante lembrar que a falta de informações nos registros, promoveram uma limitação nesse estudo, que poderia alterar os resultados da pesquisa e permitiria uma visão epidemiológica individual mais detalhada. Porém os índices de afastamentos encontrados nesse trabalho não podem ser deixados de lado, uma vez que há escassez de informações dessa natureza na literatura, podendo servir assim, de parâmetros para estudos posteriores.

Sugerimos ainda a informatização e a inserção de itens a serem registrados como profissão, lotação, faixa etária e tempo de serviço, a fim de que se possa traçar perfis mais fiéis à realidade do trabalhador da saúde. Essas implementações possibilitariam a geração de dados para um plano eficaz em saúde do servidor, apontando para as necessidades reais, estratificando as prioridades.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE *et al.* Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia medica**. 18(4): 166-171, 2008.
- ALVES, M.; GODOY, S. C. VB.; SANTANA, D. M. Motivo de licenças medica em um hospital de urgência- emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 59(2): 195-200, 2006.
- ALMEIDA, V. C. F.; DAMASCENO, M. M. C.; ARAUJO, T. L. Saúde do trabalhador de saúde: análise das pesquisas sobre o tema. **Revista Bras. de Enferm**. 58(3): 335-340, 2005.
- BARBOZA, D. B. ; SOLER, Z. A. S. G. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-am. Enfermagem**. 11(2): 177-183, 2003.
- BEGJEL, I.; BARROSO, W. J. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. **Bol. de Pneum. Sanitária**. V.9 (2): 70 – 77. jul – dez, 2001.
- BRASIL. Saúde do trabalhador em uma visão interministerial: competências legais e nós críticos. **Cad. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V. XIV(3), jul. setembro 2006.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Trabalho e redes de saúde: Valorização dos trabalhadores de saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/06_0436_M.pdf Acesso em 14 de outubro de 2009.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Resoluções da 3ª conferência nacional de saúde do trabalhador**. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final.pdf Acesso em 14 de outubro de 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Semana Epidemiológica 48/49 a 22/00 – dezembro/1999 a junho/2000. **Boletim Epidemiológico – AIDS**. Brasília, V. 13 (1), 2000.
- BRASIL. Avaliação do item 5. A saúde ocupacional do trabalhador do SUS. Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/polrhs/rhsus/pdfs/nobrhsus.pdf> Acesso em 14 de outubro de 2009
- BRASIL. Década do osso. **Secretaria de Estado da Saúde**. Brasília. Disponível em http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=9020. Acesso em 01 de junho de 2010.

GUIMARÃES, C. M. Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro. **Revista brasileira de saúde ocupacional**. 34(120): 163-171, 2009.

LEME *et al.*. Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trabalho em um hospital. **Revista brasileira de saúde ocupacional**. V22(84): 29-39, out.-dez. 1994.

MANSUR, *et al.* Transição epidemiológica da mortalidade por doenças circulatórias no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**. 93(5): 506-510, 2009.

MARTINS *et al.* Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. **Revista Bras. Saúde Ocupacional**. 34(120): 172-178, 2009.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores . I. Morbidades. **Revista de Saúde Pública**. 22(4): 311-326, 1988.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-am. Enfermagem**. 13(3): 364- 373, 2005.

OLIVEIRA *et al.* Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.13(3): 425-433 jul - set, 1997.

REINHARD E. L; FISCHER F. M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. **Rev Panam. Salud. Publica**. 25(5):411-417, 2009.

REIS *et al.* Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**. 37(5): 616-623, 2003.

SALA *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo no ano de 2004. **Cad. Saúde Pública**. 25(10): 2168-2178, 2009.

SALLES, C.L.S. **Acidentes de trabalho ocorridos com os trabalhadores da saúde nos diferentes processos de um plano de gerenciamento de resíduos de serviço de saúde**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Guarulhos, 2008.

SANCINETTI *et al.* Absenteísmo – doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista Esc. Enfermagem USP**. 43(2): 1277-1283, 2009.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde pública**. Rio de Janeiro. V. 12(4): 489 – 495, out.-dez. 2006.

SOBRINHO *et al.* Condições de trabalho e saúde dos médicos em salvador, Brasil. **Revista Assoc. Med. Bras.** 52(2): 97-102, 2006.