

CRISTINA APARECIDA NEVES RIBEIRO

**PERFIL DO ABSENTEÍSMO POR LOMBALGIA NOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DA CIDADE DE GOIÂNIA**

BRASÍLIA

2010

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CRISTINA APARECIDA NEVES RIBEIRO

**PERFIL DO ABSENTEÍSMO POR LOMBALGIA NOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DA CIDADE DE GOIÂNIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

ORIENTADOR: Dr. DEMÓSTENES MOREIRA

BRASÍLIA

2010

CRISTINA APARECIDA NEVES RIBEIRO

**PERFIL DO ABSENTEÍSMO POR LOMBALGIA NOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DA CIDADE DE GOIÂNIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada no dia 22 do mês de novembro do ano de 2010

BANCA EXAMINADORA

Dr. Demóstenes Moreira (presidente)
Universidade de Brasília

Dra Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília

Dr. Ramón Fabian Alonso López
Centro Universitário UNIEURO

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho e para todas aquelas que, por amor, souberam compreender os meus momentos de ausência...

AGRADECIMENTOS

Concluir esse mestrado foi a realização de um sonho acalentado e perseguido por muitos anos, esperando o momento ideal... e agora tenho muito a agradecer...

A Deus pela força, perseverança e serenidade.

À minha mãe Maria da Glória Neves e ao meu pai Paulo da Silva Ribeiro pela formação do meu caráter e confiança.

Ao meu orientador Doutor Demóstenes Moreira pela oportunidade de aprendizado.

À equipe da Junta Médica Municipal pela confiança e apoio técnico, em especial ao Dr. Orion Elias Sampaio, Luiz André de Souza Alves, Dra Leila Fátima Rocha, Ruth Maria dos Santos e Adelainne Cristinne Martins Silva.

À Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos em especial ao secretário Dr. Edson Araújo Lima e a amiga Ana Lúcia de Melo Leão pela autorização da realização da pesquisa e pelo apoio técnico.

Aos servidores públicos municipais que lutam cotidianamente a serviço do bem público.

Aos meus colegas de trabalho e profissão pelo carinho, em especial à Larissa Borim.

Ao querido Leonardo Carvalho Rodrigues pelo amor.

“Considerando o lugar dedicado ao trabalho na existência, a questão é saber que tipo de homens a sociedade fabrica através da organização do trabalho. Entretanto, o problema não é, absolutamente, criar novos homens, mas encontrar soluções que permitiriam por fim à desestruturação de um certo número deles pelo trabalho.”

(Christophe Dejours)

RESUMO

Introdução: O absenteísmo por doença é um fenômeno multicausal, complexo e que gera custos diretos e indiretos para toda a sociedade. Ele tem sido de alvo de preocupação por parte de muitos países no sentido de combatê-lo para promover qualidade de vida aos trabalhadores e reduzir os gastos. No Brasil, esse tema tem sido investigado entre os servidores públicos de hospital e universidades, carecendo de ampliação do foco do estudo. O servidor público possui uma imagem cercada de mitos a respeito de regalias e isso tem dificultado a compreensão do adoecimento nessas pessoas e a implementação de políticas de saúde efetivas. **Objetivo:** Estudar o perfil do absenteísmo por lombalgia entre os servidores públicos municipais da cidade de Goiânia nos anos de 2008 e 2009. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de caráter epidemiológico, utilizando o banco de dados da Junta Médica Municipal. Foram extraídas informações sobre as Licenças Tratamento Saúde por lombalgia. Os afastamentos foram relacionados com as seguintes variáveis: gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, tipo de vínculo, tempo na função e categoria profissional. Os dados foram tratados estatisticamente, por meio de análise descritiva e inferencial, utilizando o programa computacional SPSS versão 16.0 com nível de significância estabelecido em 5% ($p \leq 0,005$). Além disso, foram calculados os índices de frequência, gravidade, proporção de tempo perdido e a duração média das ausências. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FS/UnB. **Resultados:** Analisaram-se 625 afastamentos que geraram 10.431 dias de ausência em 2008 e 2009, cuja distribuição ocorreu com maior frequência nos seguintes grupos: mulheres, estado civil casado, na faixa etária de 38 a 47 anos, com média de 10 anos na função, ensino fundamental e exercendo funções predominantemente de natureza operacional. Houve relevância estatística ($p \leq 0,05$) entre os dias de afastamento e a idade (>58 anos) e o tempo na função (19-26 anos) em 2008 e 2009, nesse último ano houve também relevância para o tipo de vínculo (servidores comissionados). Os indicadores de absenteísmo foram respectivamente para 2008 e 2009: índice de frequência= 0,009 e 0,015; índice de gravidade=0,14 e 0,26; proporção de tempo perdido= 13,89% e 27,34%; duração média das ausências= 16,39 e 16,84 dias. **Conclusão:** O acometimento dos servidores públicos municipais de Goiânia por lombalgia sofreu influência da idade e de variáveis relacionadas ao trabalho como o tempo na função e o tipo de vínculo. Isso indica que políticas de prevenção de absenteísmo precisam ser implementadas levando em consideração esses fatores e também o fato de tratar-se de um distúrbio musculoesquelético passível de intervenção em nível primário com medidas de educação em saúde.

Palavras-chave: Dor Lombar; Absenteísmo; Setor Público; Saúde do Trabalhador; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Absenteeism is a complex phenomenon, with multiple causes and which generates direct and indirect costs to society. It has been a target of concern by many countries with the purpose of combating it, in order to promote the quality of life for workers and to reduce spending. In Brazil, this topic has been investigated among public servants in hospitals and universities, making necessary the expansion of the study's focus. Public employees have an image which is often distorted regarding their benefits. This has hindered the understanding of their becoming ill and the implementation of effective health policies that would benefit them.

Objective: To study the profile of absenteeism for lower back pain among municipal public servants of the city of Goiania in the years 2008 and 2009. **Method:** This retrospective, descriptive study has an epidemiological character, using the database of the Municipal Medical Board. Information was extracted regarding leave of absence due to lower back pain. The authorizations for such absences were related to the following variables: gender, age, marital status, education, type of contract, length of time on the job and professional category. The data was analyzed statistically with descriptive and inferential analysis, using the computer software SPSS version 16.0 with significance level set at 5% ($p \leq 0,05$). Additionally, the frequency, severity, proportion of time lost and the average duration of absences were calculated. The study was approved by the Research Ethics Committee of the FS/UnB. **Results:** 625 approved absences were analyzed, and these absences generated 10,431 days of absence in 2008 and 2009. The distribution of these absences occurred more frequently in the following groups: women, married, ages 38 to 47 years, averaging 10 years in their job, with elementary school education and predominantly working in areas of maintenance. There was a statistically significant ($p \leq 0.05$) relation between days absent and age (> 58 years) and time in any particular function (19-26 years) in 2008 and 2009. In this last year it was also relevant to the type of contract (commissioned employees). The indicators of absenteeism for 2008 and 2009 were respectively: frequency index = 0.009 to 0.015; severity index = 0.14 to 0.26, proportion of time lost = 13.89% to 27.34%, average duration of absences = 16.39 to 16.84 days. **Conclusion:** The involvement of municipal public employee from Goiania for LBP was influenced by age and work-related variables such as time in the function and type of bond. This indicates that policies to prevent absenteeism should be implemented taking into consideration these factors and also the fact that this is a musculoskeletal disorder susceptible to intervention at the primary level with measures of health education.

Keywords: Lower Back Pain; Absenteeism; Public Sector, Health Workers, Health Profile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição do número de faltas por cada servidor público municipal com LTS por lombalgia nos anos de 2008 e 2009 em Goiânia.....52

Figura 2 Distribuição do número de afastamentos conforme a presença de lombalgia isolada ou combinada com outras patologias entre os servidores públicos municipais de Goiânia nos anos de 2008 e 2009.....78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação dos órgãos e entidades do poder executivo municipal incluídos no estudo.....	38
Tabela 2 – Caracterização dos servidores públicos municipais afastados por lombalgia nos anos de 2008 e 2009 em Goiânia.....	45
Tabela 3 – Indicadores de absenteísmo entre servidores públicos municipais afastados por lombalgia nos anos de 2008 e 2009 em Goiânia.....	48
Tabela 4 – Indicadores de absenteísmo por lombalgia segundo cada órgão e entidade do poder público municipal de Goiânia nos anos de 2008 e 2009.....	50
Tabela 5 – Caracterização, segundo gênero dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009.....	56
Tabela 6- Caracterização, segundo faixa etária dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009.....	60
Tabela 7- Caracterização, segundo o estado civil dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009.....	63
Tabela 8- Caracterização, segundo a escolaridade dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009.....	64
Tabela 9- Caracterização, segundo o tipo de vínculo dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009.....	67
Tabela 10- Caracterização, segundo o tempo na função dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009.....	71
Tabela 11- Caracterização, segundo a categoria profissional dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009.....	73
Tabela 12-Distribuição da CID com as demais variáveis no ano de 2008 e 2009.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NR- Norma Regulamentadora

CLT- Consolidação das Leis de Trabalho

CNST- Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CID- Classificação Internacional das Doenças

SESMT- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SUS- Sistema Único de Saúde

PST- Programa de Saúde do Trabalhador

PNSST- Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho

CID-10- 10ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças

OMS- Organização Mundial de Saúde

EUA- Estados Unidos da América

INSS- Instituto Nacional de Seguro Social

SMARH- Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos

LTS- Licença para Tratamento de Saúde

SEGOV- Secretaria do Governo Municipal

SECOM- Secretaria Municipal de Comunicação

PGM- Procuradoria Geral do Município

SEPLAM- Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SEFIN- Secretaria Municipal de Finanças

SETRAB- Secretaria Municipal do Trabalho, Emprego e Renda

SME- Secretaria Municipal de Educação

SMHAB- Secretaria Municipal de Habitação

SECULT- Secretaria Municipal de Cultura

SEDEM- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico

SEMTUR- Secretaria Municipal de Turismo

SEINFRA- Secretaria Municipal de Infra-Estrutura

SEMEL- Secretaria Municipal de Esporte e Lazer

SEMAS- Secretaria Municipal de Assistência Social

AMT- Agência Municipal de Trânsito, Transporte e Mobilidade

AMOB- Agência Municipal de Obras

AMMA- Agência Municipal do Meio Ambiente

IPSM- Instituto de Previdência dos Servidores Municipais de Goiânia

IMAS- Instituto de Assistência à Saúde e Social dos Servidores Municipais de Goiânia

COMDATA- Companhia de Processamento de Dados do Município de Goiânia

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

UnB- Universidade de Brasília

FS- Faculdade de Ciências da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Justificativa e Relevância do Estudo.....	17
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
2.1 Aspectos Históricos e Legais sobre a Saúde do Trabalhador.....	19
2.2 A Atenção à Saúde do Servidor Público.....	21
2.3 Doenças Relacionadas ao Trabalho: a Magnitude da Lombalgia.....	23
2.3.1 Conceito.....	24
2.3.2 Prevalência.....	25
2.3.3 Etiologia.....	27
2.3.4 Custos Sociais.....	28
2.4 Absenteísmo.....	30
2.4.1 Conceito.....	30
2.4.2 Classificação e Causas.....	31
2.4.3 Repercussões.....	33
2.4.4 Medidas de Absenteísmo.....	34
3 OBJETIVOS.....	35
3.1 Geral.....	35
3.2 Específicos.....	35
4 MÉTODOS.....	36
4.1 Tipo de Estudo.....	36
4.2 Local da Pesquisa.....	36
4.3 População do Estudo.....	37
4.4 Processo de Pesquisa: Fonte e Coleta de Dados.....	39
4.5 Variáveis do Estudo.....	39
4.5.1 Variável Principal.....	40
4.5.2 Variáveis Sociodemográficas.....	40
4.5.3 Variáveis Relacionadas ao Trabalho.....	41
4.6 Análise dos Dados.....	42
4.7 Aspectos Éticos.....	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5.1 Perfil dos Servidores Absenteístas.....	44

5.2 Características dos Afastamentos.....	48
5.3 Análise das Variáveis.....	55
5.3.1 Gênero.....	55
5.3.2 Faixa Etária.....	60
5.3.3 Estado Civil.....	62
5.3.4 Escolaridade.....	64
5.3.5 Tipo de Vínculo.....	66
5.3.6 Tempo na Função.....	70
5.3.7 Categoria Profissional.....	72
5.3.8 Códigos da CID.....	77
6 CONCLUSÃO.....	82
7 RECOMENDAÇÕES.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
APÊNDICES.....	97
ANEXOS.....	99

1 INTRODUÇÃO

O mercado de trabalho atualmente vive uma crise de recessão na qual o desemprego e a falta de mão de obra qualificada coexistem e dificultam a garantia de direitos trabalhistas conquistados a custo de muitas lutas. Nesse contexto, as pessoas estão cada vez mais buscando empregos através de concurso público e isso pode ser mais bem compreendido se uma breve retrospectiva histórica for feita.

Após a II Guerra Mundial, a vertente capitalista industrial experimentou o auge da sociedade salarial com a garantia do emprego estável. Porém na década de oitenta e noventa esse modelo fracassou dando lugar para a concepção do azar onde “... ter um emprego estável e um bom salário passa a depender da sorte” como bem mencionou Wünsch Filho (1).

Esse fracasso ocorreu por vários motivos e a globalização foi o ponto de partida na medida em que ela promoveu o fracionamento das cadeias produtivas em um ambiente com grande oferta de mão de obra barata e desqualificada. Somado a isso se tem a flexibilização das contratações e a terceirização dos serviços com a redução da seguridade social. Agora a lógica apresentada inicialmente se inverte: a possibilidade de uma ocupação é maior no mercado informal do que no formal (1).

Para driblar essa problemática, as pessoas buscam no serviço público a tão sonhada estabilidade no emprego. Além disso, existem as especulações acerca das “regalias” de uma carreira para o resto da vida. Entretanto, por trás dessa realidade permeada de mitos, existem várias facetas ocultas. Talvez a mais importante delas seja a saúde desses servidores, um tema que geralmente não está estampado nos aclames grevistas e tampouco nos jornais de grande circulação.

A certeza de não perder o emprego pode fazer com que a pessoa durma sem medo, porém no decorrer dos anos a estabilidade traz o ônus do engessamento, claramente exemplificado por Paula em 2006 (2) ao descrever, de forma alusiva, um jovem universitário que, por meio de concurso público, ingressa na carreira municipal como assistente administrativo. Ele se formará, fará cursos de capacitação, aprenderá novas técnicas de carimbar, mas nunca deixará de ser um assistente administrativo, para isso precisa passar em outro concurso. O autor ainda menciona:

[...] Muitas vezes o jovem universitário que passou no concurso para “assistente” da prefeitura não percebe que assinou um pacto mefistofélico, algo que o acompanhará para a vida toda, com renovadas promessas nunca cumpridas, renúncia aos sonhos e uma existência sem maiores privações, mas também sem maiores gozos [...]. (PAULA, 2006, p. 8).

Além desse aspecto apresentado, não pode deixar de ser mencionada a lacuna em termos de lei que existe no serviço público sobre a saúde desses trabalhadores. As Normas Regulamentadoras (NR) vinculadas à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)¹ são voltadas para os trabalhadores celetistas, principalmente sob o aspecto da vigilância (3).

As Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST), na sua primeira e segunda edição, trataram a saúde dos servidores públicos de forma superficial dando ênfase apenas na necessidade de formação e justa remuneração. As relações entre saúde e trabalho não foram mencionadas (4).

Essa realidade nos demonstra que o servidor público está exposto a riscos ocupacionais e sem uma defesa jurídica satisfatória. A exposição aos riscos advindos do trabalho não é uma exclusividade dessa classe, trata-se de uma contradição inerente ao processo de exploração do trabalho, onde uma parte explora e a outra é explorada.

A relação entre o capital e a exploração do trabalho, no curso da história, criou um ambiente propício para o adoecimento tanto físico como psíquico do trabalhador. Mendes, em 1988, já chamava a atenção do papel do trabalho como gerador de doenças. Ele descreve o impacto das ocupações sobre a saúde abordando as doenças ocupacionais (5).

Sobre as doenças relacionadas ao trabalho existem dois grupos conforme a classificação de Schilling (6): categoria II, as doenças em que o trabalho é fator contributivo e a categoria III, onde o trabalho é fator provocador ou agravador de distúrbios ou doenças pré-existentes. Elas são representadas pela hipertensão arterial, doenças respiratórias crônicas, distúrbios mentais e doenças do aparelho locomotor.

¹ A CLT é a principal norma legislativa brasileira referente ao direito do trabalho. Ela foi criada pelo decreto lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943, unificando toda a legislação trabalhista então existente. As NRs são anexos da CLT que regulamentam e fornecem orientações sobre procedimentos obrigatórios relacionados à medicina e segurança no trabalho. Sua observação é obrigatória tanto por empresas privadas quanto públicas que possuam empregados regidos pela CLT. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De15452.htm>

Esse último grupo de doenças constitui importante causa de morbidade devido à alta frequência e ao impacto social e econômico que gera. Existe também uma complexa interpenetração de fatores causais que impedem o estabelecimento de um único fator de risco ou agente causal. Nesse grupo estão incluídas as dores na coluna, osteoartroses, cervico-braquialgias, tenossinovites e outras.

Em virtude da magnitude da prevalência e custos gerados, servirá de paradigma dessas afecções a dor lombar. Ela é definida como dor e desconforto localizado na região entre a margem das últimas costelas e a prega glútea, com ou sem irradiação para as pernas. Também pode ser classificada em três grupos: por patologia específica da coluna, por compressão nervosa e não específica quando não possui causa clara (7).

O número de pessoas acometidas por lombalgia é alto e em uma revisão sistemática foram encontradas prevalências pontuais de 12% a 33% e quando o período de toda a vida do indivíduo foi pesquisado esses números subiram, variando de 11% a 84% (8). Os custos sociais conseqüentemente são elevados e o agravante é que nas lombalgias um pequeno número de pessoas acometidas gera custos excessivos além de perderem vários dias de trabalho. Existe, portanto, os gastos diretos e indiretos que se somados ganham uma proporção alarmante em relação a outras patologias (9).

Dentre os gastos, uma parcela significativa ocorre pela perda de dias de trabalho conhecida como absenteísmo (10). O estudo conduzido pela Fundação Européia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (1997) delimitou o conceito de absenteísmo como: "... incapacidade temporária, prolongada ou permanente para trabalhar em resultado de doença ou enfermidade..." (11).

O absenteísmo por doença é o mais comum na população trabalhadora e possui repercussões negativas para os empregados, empregadores e conseqüentemente para toda a sociedade (11).

Foi escolhido como cenário para o estudo e discussão dessa problemática o município de Goiânia e os seus servidores públicos. A cidade possui, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 1.281.975 milhão de habitantes em 2009 (12) e nesse mesmo período o poder executivo municipal empregou aproximadamente 50.000 mil servidores (13).

De acordo com dados da Junta Médica Municipal, órgão responsável pela liberação das licenças, em 2008 e 2009 foram concedidos respectivamente 199.887

e 229.898 dias de afastamento. Excluindo-se as licenças maternidades e as licenças para acompanhamento de doença em família, as maiores causas de afastamento foram os transtornos mentais e comportamentais, convalescença e doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (14).

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

No trabalho como fisioterapeuta há oito anos, chamou-me a atenção o elevado número de pacientes com lombalgias, principalmente as crônicas e inespecíficas. A maior parte da população acometida está em idade produtiva e enfrenta a tarefa de tratar o sintoma, aprender a usar o corpo com cuidado e continuar a trabalhar, mesmo se as condições e o tipo de trabalho não são adequados.

Somado a essa vivência clínica, existe o fato de ser também servidora pública municipal. Dessa forma vejo o adoecimento por duas faces: das pessoas que atendemos e dos profissionais que atendem o público. Daí surgiu a inquietação: qual é o percentual de servidores municipais que se afastam do trabalho por lombalgia? Quem são esses servidores que estão padecendo de dores nas costas? Existem fatores sociodemográficos ou relacionados ao trabalho que interferem no padrão de acometimento desses cidadãos?

Essas perguntas me conduziram a uma questão norteadora: qual é o perfil e a magnitude do absenteísmo por lombalgia entre os servidores públicos municipais de Goiânia? O pressuposto é que o absenteísmo por lombalgia se distribui de forma heterogênea segundo as diversas funções exercidas, mantendo forte relação com os fatores de risco ocupacionais.

As pesquisas epidemiológicas sobre o absenteísmo por lombalgia em servidores públicos ainda são escassas. A maior parte refere-se a trabalhadores da área da saúde ou de setor administrativo. A relevância dessa pesquisa está no fato de buscar dados sobre todas as secretarias municipais envolvidas, ou seja, todas as categorias profissionais.

Além disso, a visão investigativa é verticalizada em uma afecção, a lombalgia. Afinal levantamentos sobre as patologias que geram os afastamentos segundo os

capítulos da Classificação Internacional das Doenças (CID) já existem no banco de dados da prefeitura. O que ainda não existe é um aprofundamento das características das pessoas acometidas por cada grupo de patologias.

Nessa perspectiva, este estudo justifica-se pela necessidade de se conhecer a população vítima desse distúrbio tão prevalente, mergulhando nessa interface da saúde do trabalhador. O banco de dados, as técnicas estatísticas e o olhar epidemiológico podem trazer um amadurecimento sobre as reflexões acerca dos afastamentos do trabalho.

Ressalta-se que a pesquisa não possui o objetivo de “retaliações”, de discriminação ou de levantamento de custos. Não é a visão de um pesquisador gestor de serviços, é a visão de uma profissional que deseja entender melhor a problemática para atuar melhor em sua resolução.

Por fim, essa investigação poderá trazer importante contribuição no sentido de gerar conhecimento que possa servir de embasamento para a discussão de políticas de gestão, voltadas especificamente para a população acometida, dentro de suas necessidades reais.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR

O ato de trabalhar e o fenômeno saúde-doença constituem duas faces de uma mesma moeda que acontecem no mesmo eixo histórico, pois o corpo vai gravando em si as conseqüências de tudo o que vive. É importante, portanto, entender as conquistas e lutas que os trabalhadores já empreenderam até chegarem aos embates atuais.

A atenção à saúde dos trabalhadores começou a ser esboçada com o advento da Revolução Industrial porque as condições de trabalho eram bastante insalubres e os funcionários das fábricas adoeciam com frequência. Para reduzir os prejuízos consequentes desse adoecimento, os donos das fábricas passaram a contratar médicos para atuarem dentro do local de trabalho. O primeiro médico contratado foi Dr. Robert Baker e esse modelo ficou conhecido como medicina do trabalho (15).

A II Guerra Mundial e os desdobramentos do pós guerra geraram um novo contexto político e econômico no qual a medicina do trabalho tornou-se insuficiente dando lugar para outro modelo conhecido como saúde ocupacional. A figura do médico da empresa cede lugar para uma equipe multiprofissional que possuía como estratégia a intervenção nos locais de trabalho com a finalidade de controlar os riscos ambientais (15).

É nesse contexto que surgem os exames admissionais e demissionais, os limites biológicos de exposição conhecidos como “limites de tolerância”, a “monetização dos riscos” pelo pagamento da insalubridade e o controle do absenteísmo pelas perícias médicas (4,15). Também foram criados os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) onde o governo na forma da ditadura militar entrega a tutela da saúde dos trabalhadores para as empresas (4).

O corpo é visto dentro da visão cartesiana. O trabalhador é um agente passivo e seu corpo serve como hospedeiro para os fatores de risco, físicos, químicos ou biológicos, existentes no meio ambiente de trabalho. Existe uma busca

pela adequação do homem ao ambiente de trabalho com a ajuda da ergonomia clássica (16).

Na década de 1970, um movimento social renovado e vigoroso surge nos países industrializados e iniciam-se estudos aprofundados sobre a determinação social do processo saúde-doença com incorporação de categorias marxistas. Dessa forma, na década seguinte o movimento sindical passa a fazer exigências para a saúde dos trabalhadores suscitando o direito à informação, recusa de atividade danosa e assistência universal à saúde (4,15,16).

O conhecimento amadurece para a compreensão de que o trabalho é danoso à saúde e a instalação de doenças se dá por mecanismos diversos explicados pela teoria da multicausalidade. Estabelece-se, então, um novo modelo chamado de saúde do trabalhador cujo cerne é o envolvimento da rede pública nas ações de atenção à saúde dessa parcela tão grande da população (4).

A institucionalização dessa assistência ocorreu com a Carta Constitucional de 1988 que definiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e nele incorporou as questões ligadas à saúde dos trabalhadores. Em 1990, a lei 8.080 regulamentou os princípios do SUS oferecendo condições para a implementação de planos de ações inclusive para a inclusão da atenção aos trabalhadores na rede básica de saúde (16).

O envolvimento da rede pública de saúde concretizou-se com a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) implantado inicialmente em São Paulo e em seguida em outros estados. Eles representam uma tendência mundial de retirar das empresas a tutela da saúde dos trabalhadores (4).

As idéias propagadas pelos PST culminaram na elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) que busca, de modo articulado entre os Ministérios do Trabalho, Previdência Social e Saúde, garantir condições de trabalho que contribuam para a realização social e pessoal do trabalhador sem prejuízo de sua integridade física e mental (17).

Para a PNSST o conceito de trabalhador é amplo e expresso da seguinte forma:

[...] são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para seu próprio sustento e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; **servidores públicos**; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção

e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego. (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2004, p. 4, grifo nosso).

A PNSST faz parte de um processo em criação, pois na prática ainda falta muito para que as ações sejam verdadeiramente intersetoriais e abrangentes. Ainda existe a exclusão de vários trabalhadores e, com relação ao tema dessa pesquisa, chama-se a atenção para a exclusão dos servidores públicos (18).

2.2 A ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO

A Constituição Federal de 1988 denominou em seu capítulo VII, seção II, como servidores públicos civis aqueles que prestam serviço à administração direta, autárquica ou fundacional. São as pessoas físicas com vínculo empregatício e remuneradas pelos cofres públicos, compreendendo: os servidores estatutários, sujeitos ao regime estatutário e ocupantes de cargos públicos; os empregados públicos, contratados sob o regime da CLT e ocupantes de emprego público; os servidores temporários, contratados por tempo determinado, com direito à função sem vínculo a cargo ou emprego público (19).

A Carta Magna também instituiu o regime jurídico único que garantiu aos servidores públicos alguns direitos próprios dos empregados privados e o direito de sindicalização e greve (20). Esse regime sofreu grandes reformulações no decorrer do tempo, pois seu texto original mostrava-se protecionista e desatualizado com as relações de mercado. A Emenda Constitucional nº 11/96 alterou vários pontos da lei em questão como: flexibilização da jornada de trabalho, fim da conversão de férias em dinheiro, moralização da licença por motivo de doença em família, fixação do prazo máximo de 24 meses para licença remunerada para tratamento de saúde. Em 1998, a Emenda Constitucional nº 19/98 excluiu a exigência de regime jurídico único e deixou cada esfera do governo com a liberdade para adotar o regime estatutário ou o contratual (19).

O instrumentário jurídico teve, portanto, a finalidade de garantir aos servidores públicos critérios idênticos de recrutamento, de provimento, de progressão na

carreira, de garantia de vantagens e direitos. No entanto, segundo Batista e Cavalcanti (1999) essa intenção ficou na retórica por vários motivos, um deles é o caráter impositivo das relações de trabalho que não acontecem por instrumento contratual, mas por regras pré-estabelecidas que se assemelham a um contrato de adesão. Então o servidor público perdeu, com a instituição do regime estatutário, o respeito às disposições legais de proteção ao trabalhador e aos contratos coletivos que o regime celetista prevê (21). Esse foi o preço da estabilidade.

Sobre essa questão, Ramminger e Nardi (2007) reforçam que os servidores públicos não estão incluídos na legislação de saúde e segurança do trabalho, pois são normas voltadas para os celetistas, tanto na concepção das normativas quanto na fiscalização (3).

Esses mesmos autores descrevem como o tema foi tratado nas CNST. Na primeira, houve um consenso sobre a necessidade de legislação única independente de o trabalhador pertencer à área urbana, rural, privada ou pública. Ao aprofundar as discussões em cada área, para os servidores públicos sobrou a orientação de formação e remuneração digna, sem se discutir as relações saúde-trabalho que possui suas peculiaridades em relação às demais (3).

Na II CNST, o tema central foi a unificação das ações de saúde do trabalhador no SUS e em relação ao servidor público foram discutidos: necessidade de garantir o sistema de vigilância e fiscalização nas instituições públicas e privadas; criação de comissões de saúde nos serviços públicos e privados; exigência da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) por parte do serviço público; necessidade de cumprir as resoluções já existentes para os funcionários da área da saúde (3).

Lacaz (2007) dinamiza a discussão quando acrescenta que a III CNST, feita em 2005, significou um retrocesso para os moldes da saúde ocupacional ao desconsiderar o papel do SUS na saúde dos trabalhadores do setor público e ao suscitar práticas de fiscalização já vencidas pelo tempo (4).

O problema não se encerra nas discussões teóricas das conferências. Na prática, a administração pública ainda não compreendeu a problemática para responder às demandas na área da saúde de seus servidores que requer intervenções típicas. Os serviços médicos, no geral, funcionam de forma isolada das políticas de recursos humanos, impedindo a integração de ambos. A perícia médica

é a única, ou pelo menos, a mais importante atividade de controle das ausências ao trabalho (22).

A imagem estereotipada do servidor como fraudador das licenças médicas é muito propagada e faz com que exceções ditem as regras. Esse apelo negativo aliado às más condições de trabalho, principalmente pela organização do mesmo; o pouco reconhecimento do desempenho; e a imagem de detentores de privilégios gera baixa autoestima e adoecimento (22).

Ademais, o serviço público investe mais no controle individual do absenteísmo do que nas ações coletivas; e também enfrenta a falta de verbas, pois sempre existem conflitos sobre o uso dos recursos do SUS na assistência do servidor. A inexistência de um sistema de informações unificado sobre essa categoria dificulta a formação de um perfil epidemiológico e, por conseguinte, a formulação de políticas específicas para esse cidadão que está a serviço da coisa pública (22).

Sabe-se que a legislação não faz diferença de direitos entre trabalhadores regidos pela CLT ou estatutários, mas é inegável que existe um descompasso entre o setor privado e o público, afinal não é fácil, pelo menos do ponto de vista burocrático, notificar unidades públicas por descumprimento de leis.

2.3 DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO: A MAGNITUDE DA LOMBALGIA

O impacto do trabalho sobre a saúde é objeto de estudos há várias décadas. Mendes em 1988 publicou um importante estudo relatando a contribuição do trabalho como causa de doença em três níveis: os acidentes de trabalho e as intoxicações agudas, as doenças profissionais e as relacionadas ao trabalho. Nesse último grupo foram destacadas as doenças: respiratórias crônicas, do aparelho locomotor, distúrbios mentais, estresse e hipertensão arterial. Dentro dos acometimentos do aparelho locomotor, o autor coloca a lombalgia como evidência devido a sua alta frequência e participação como causa de absenteísmo (5).

Em 1999, Mendes e Dias redefinem o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores em quatro grupos causais: doenças comuns, sem relação aparente com o trabalho; doenças comuns afetadas tanto em frequência quanto em precocidade pelas condições de trabalho; doenças comuns com etiologia ampliada

pelo trabalho e agravos à saúde específicos caracterizados pelos acidentes do trabalho e doenças profissionais. Com exceção do primeiro grupo, todos os demais constituem as doenças relacionadas ao trabalho (23).

Ambos os estudos baseiam-se na classificação proposta por Schilling (1984) que é bastante elucidadora. Segundo ele podem ser reconhecidos três grupos: I- doenças em que o trabalho é causa necessária, como intoxicações agudas; II- doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, como hipertensão e neoplasias; III- doenças em que o trabalho é provocador de distúrbio latente ou agravador de uma doença preexistente como doenças alérgicas, respiratórias ou mentais (6).

Os grupos II e III de Schilling são formados por doenças de etiologia múltipla e influenciadas por vários fatores de risco. Logo o seu diagnóstico depende de uma exploração epidemiológica onde o nexo causal deve ser estabelecido. Para tanto é necessária a observação das doenças em determinadas profissões, estudos dos ambientes e condições de trabalho e pesquisa sobre os demais fatores de risco (24).

A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho engloba os três grupos de Schilling. Ela relaciona 198 entidades nosológicas codificadas segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Para cada doença foram listados fatores causais ou agentes de risco de natureza ocupacional. Dentro do grupo das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, as dorsalgias (M54.-) são enfatizadas devido à frequência de ocorrência e ao seu grande impacto previdenciário (24).

Segundo o manual de procedimentos para os serviços de saúde, as dorsalgias estão entre as queixas mais frequentes da população geral com destaque para a lombalgia que acomete tanto jovens como idosos e ocupa lugar de importância na concessão de auxílio doença previdenciário e de aposentadoria por invalidez (24).

2.3.1 Conceito

A lombalgia é definida como uma dor e desconforto localizados abaixo da margem inferior das costelas e acima da prega glútea, com ou sem irradiação (7).

Ela não é uma doença e tampouco uma entidade diagnóstica, restringe-se a uma dor localizada em uma região anatômica, geralmente aguda e auto-limitada (25).

Os elementos para a mínima conceitualização são local e severidade da dor e para uma definição completa adiciona-se frequência, duração, intensidade e presença de ciática associada (26).

De acordo com a duração dos sintomas ela pode ser classificada em crônica quando há dor por mais de três meses e em períodos inferiores a isso são tidas como agudas, ou em alguns casos subagudas (7,25). O termo recorrência é também bastante utilizado e refere-se à dor com duração de pelo menos 24 horas com um mínimo de intensidade para provocar a mudança de pelo menos um ponto nas escalas específicas (27) ou o retorno de uma dor atípica acompanhada de dificuldade no desempenho de tarefas cotidianas (28). O conceito de recuperação é dado quando o indivíduo fica sem sintomas por pelo menos um mês (27).

Uma classificação simples e prática, porém internacionalmente aceita, é a divisão em três categorias conforme o diagnóstico: patologia espinal específica, compressão nervosa ou dor irradiada e lombalgia não específica (7).

2.3.2 Prevalência

A incidência e a prevalência de dor lombar no mundo são praticamente as mesmas segundo o boletim da Organização Mundial de Saúde (OMS). Os sintomas podem iniciar em qualquer idade, afetando tanto homens e mulheres, sendo a terceira e quarta década de vida o pico de prevalência (25).

Em uma revisão sistemática, Walker encontrou médias de prevalência variando de acordo com os períodos pesquisados. Dentre 56 estudos, 36 foram utilizados por cumprirem os critérios de qualidade. Na análise de prevalência pontual, ou seja, qual a dor agora, as prevalências variaram de 0% a 33%. Nos estudos que pesquisaram a prevalência durante o ano, os índices foram de 10,3 % a 65% e quando o período de toda a vida foi investigado, esses números passaram para 13,8% a 84% (8).

Hestbaek et al (2003) também conduziram uma revisão sistemática para investigar a incidência e a prevalência da lombalgia na população geral em estudos

com pelo menos uma reavaliação após 12 meses. Em média 56% das pessoas possuíam lombalgia antes do estudo e um faixa entre 42% e 75% continuaram a queixar-se do sintoma após os 12 meses. Entre os indivíduos com relato prévio do sintoma, os percentuais foram mais altos: 14% a 93% (29).

Na Turquia, foi encontrada uma prevalência de 51% de dor lombar se considerado o período de toda a vida (30). Na França, ao ser pesquisado o período dos últimos doze meses, foi registrado uma prevalência de 53,4% entre os homens e 57,4% entre as mulheres (31). Na Alemanha, considerando o mesmo período do estudo anterior, a prevalência foi 59% na população geral (32).

Entre funcionários públicos da Grécia, a prevalência pontual foi de 33%, a anual 37,8% e a referente a toda a vida dos entrevistados foi de 61,6%. É importante destacar que na amostra de 648 funcionários houve uma prevalência de mulheres (75,8%) (33).

No Brasil, na cidade de Salvador, foi feito um estudo para apurar a prevalência de dor lombar crônica na população geral. A pesquisa foi realizada com base em inquérito populacional nos setores censitários da cidade e a prevalência foi de 14,7%, sendo mais frequente em ex-fumantes (19,7%), pessoas com circunferência da cintura acima da normalidade o que indica sobrepeso (16,8%) e com escolaridade baixa que se relaciona com piores condições de trabalho (17,4%) (34).

Além desse mencionado, alguns outros estudos nacionais foram feitos em populações específicas divididas principalmente por ocupações como será exemplificado adiante.

Teixeira e Okimoto (2006) verificaram, durante o ano do estudo, uma incidência de lombalgia de 19% em trabalhadores de levantamento manual de cargas em empresas da região metropolitana de Curitiba (35). Na indústria do vestuário, Barreto (2000) classificou a lombalgia como o sintoma mais comum entre os trabalhadores, independente da função ou posto (36).

Em motoristas de ônibus do Vale do Aço em Minas Gerais, Bréder et al. (2006) encontraram uma prevalência de lombalgia de 34% (37). Entre lojistas da cidade de Cascavel no Paraná, a incidência foi de 62,4%, segundo Jorge (2003) (38). Considerando as síndromes dolorosas osteomusculares, foi encontrada uma prevalência de 54,3% entre trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde na cidade de São Paulo conforme o estudo de Costa et al. (2007) (39).

2.3.3 Etiologia

A lombalgia possui etiologia multicausal e os modelos tradicionais de saúde-doença não conseguem abordá-la facilmente, pois existem determinantes sociais, psicológicos e econômicos, além dos físicos já bem conhecidos (40).

A etiologia pode ser dividida em três grandes grupos, a saber: causas mecânicas como processo degenerativo, hérnia de disco, estenose, espondilolistese, fraturas, alterações das curvaturas normais; causas não mecânicas podendo ser por neoplasias e tumores diversos na coluna, infecções, osteomielites, artrite reativa, espondilite anquilosante, abscessos paraespinhais; causas viscerais como prostatite, endometriose, dor pélvica crônica, doenças renais ou intestinais, aneurisma aórtico e outros (41,42).

Morales et al propõem uma classificação dentro de um modelo biopsicossocial e as causas são divididas em: biológicas, representadas principalmente por alterações do aparelho musculoesquelético; sociais, como todos os problemas de ordem física e psicológica advindos do trabalho; e finalmente, as causas de ordem psicológicas que envolvem os medos, as experiências afetivas e o estado emocional (43).

A minoria dos casos de lombalgia é por causas físicas ou biológicas, menos de 20% ocorrem por doenças específicas e em apenas 0,2% estão presentes os sinais de alerta para uma doença subjacente grave conhecidos como bandeira vermelha ou “red flags” (25).

Entre os indivíduos com dor lombar, apenas 4% possuem fraturas compressivas e 1% têm neoplasias. As espondiloartropatias ocorrem na população geral em uma prevalência de 0,8% a 1,9% e as escolioses deformantes em 1% a 4%. A espondilólise e a espondilolistese são classificadas como causas não específicas, pois elas ocorrem em pessoas assintomáticas também (7).

Atualmente as causas sociais e psicológicas têm ganhado destaque nas pesquisas e o sofrimento emocional é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de lombalgia (44). Segundo Ehrlich (2003), nos casos de lombalgia crônica, os fatores psicológicos como insatisfação com o trabalho ou medo do desemprego são muito relevantes (25).

Por ser multicausal, Manek e MacGregor (2005) consideram essencial a avaliação dos fatores de risco como desencadeadores do problema. Eles classificam os riscos em cinco categorias: individuais como idade, gênero, hábito de fumar, obesidade, nível educacional; psicossociais como estresse, depressão, insatisfação no trabalho, somatização de sintomas; ocupacionais como manuseio de cargas, tarefas repetitivas, relações no trabalho, flexão ou torção de tronco; biomecânicos como redução do espaço discal, vértebra lombo-sacra transitória, hérnia de disco, calcificação ligamentar, instabilidade da coluna e, por fim, os fatores de risco genéticos que englobam polimorfismos genéticos (45). A influência de aspectos genéticos na lombalgia também foi estudada por Leboeuf-Y em 2004 (46).

Em relação aos fatores biomecânicos mencionados, Schepper et al (2010) fizeram um estudo para verificar a associação dos osteófitos e redução do espaço discal com a lombalgia. Eles verificaram uma forte associação entre redução de espaço entre as vértebras, principalmente em mais de dois níveis, e a presença do sintoma doloroso (47).

Uma revisão sistemática sobre os fatores de risco foi feita por Hayden et al (2009) que selecionaram 17 estudos publicados entre 2000 e 2006. Eles encontraram uma grande discrepância nas metodologias avaliadas e apenas alguns fatores de risco foram consistentemente reportados: aumento da idade, má condição de saúde, aumento do estresse psicológico ou psicossocial, precária relação entre colegas de trabalho, atividades laborais pesadas, perda da habilidade funcional, ciática e recebimento de compensação financeira por doença ou seguro-saúde (48).

O fato aceitável na bibliografia é que a lombalgia é complexa, com múltiplas causas, porém com curso previsível. Sua ligação com o trabalho é conhecida, mas a própria variedade de fatores de risco torna complicado o reconhecimento da etiologia e conseqüentemente do diagnóstico (49).

2.3.4 Custos Sociais

Uma revisão sistemática da literatura foi feita por Dagenais, Caro e Haldeman em 2008 para estabelecer os custos diretos e indiretos com a lombalgia no período entre 1997 e 2007. Foram selecionados 27 estudos representando os seguintes

países: Austrália, Bélgica, Japão, Coréia, Holanda, Suécia e Reino Unido. Entre os custos diretos, a maior proporção foi com despesas médicas, sendo 17% gastos com fisioterapia, 13% com medicamentos e 13% com cuidados primários. A perda de produção liderou os gastos indiretos. Os autores concluíram que os custos para a sociedade podem ser reduzidos (50).

As despesas com o tratamento de distúrbios na coluna nos EUA (Estados Unidos da América) subiram de 14,8 milhões de dólares em 1997 para 21,9 milhões em 2006. O percentual despendido com hospitalização aumentou 37%, com medicamentos e visitas de emergência o aumento foi de 139% e 84% respectivamente (51).

Na Alemanha, Wenig et al em 2009 conduziram um estudo para estimar os gastos com a lombalgia no país. Os custos diretos representaram 46%, referentes à utilização dos serviços de saúde, e os indiretos consumiram 54% do dinheiro e foram relativos à perda de produção. No total, cada paciente com dor lombar gastou por ano 1.322 euros. Indivíduos do sexo masculino, solteiros, mais velhos, com baixo nível educacional, desempregados e com níveis crescentes de dor produziram um impacto financeiro significativo (52).

Um estudo que revisou a dor lombar entre os anos de 1996 e 2001 encontrou altos gastos econômicos relativos à dor lombar quando comparada com outros sintomas como dor de cabeça. Segundo o autor uma pequena porcentagem de pacientes com dor lombar crônica é responsável por uma grande fração de custos, principalmente devido ao uso excessivo de recursos terapêuticos e diagnósticos (9).

A recorrência dos sintomas também é um agravante da situação. Ricci et al (2006) compararam os gastos entre trabalhadores com e sem exacerbações dos sintomas lombares. Entre trabalhadores de 40 e 65 anos de idade, o custo financeiro foi de 7,4 bilhões de dólares por ano e 71,6% desse dinheiro foi utilizado pelas pessoas com exacerbações dos sintomas (53).

Em New Hampshire (EUA), outro estudo interessante verificou os gastos com a incapacidade para o trabalho e cuidados médicos provocados pelos casos de lombalgia recorrente. Entre 1996 e 1999, cada novo episódio de cuidado médico e/ou afastamento do trabalho foi investigado. A prevalência de incapacidade para o trabalho nos indivíduos com lombalgia recorrente foi 17,2% e para os cuidados médicos foram de 33,9%. Os gastos com os episódios repetidos de dor lombar

foram considerados desproporcionais em relação aos do primeiro evento doloroso (54).

No Brasil, não existem dados sobre o custo social da lombalgia de toda população trabalhadora, mas o governo, através da Previdência Social, divulga dados anuais sobre acidentes e doenças do trabalho. Esses dados se restringem à população vinculada ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), mas já fornecem uma visão geral da situação no país. Em 2007, foram registrados 653.090 acidentes de trabalho, sendo 20.786 casos de doenças ocupacionais. Somente com o CID M.54, dorsalgia, foram 50.706 acidentes e 1.580 (7,6%) casos clínicos (55).

2.4 ABSENTEÍSMO

2.4.1 Conceito

Quick e Lapertosa em 1982 definiram o absenteísmo como o hábito de não comparecer ao trabalho, podendo ser estendido para o estudo de todas as ausências. A palavra era utilizada para referir-se a proprietários rurais que abandonavam o campo para viver nas cidades, mas com a Revolução Industrial no século XVIII o termo passou a ser usado para indicar os trabalhadores que faltavam ao serviço (10).

O Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional (1973, p.402) usa a seguinte definição: “[...] ausência dos trabalhadores ao trabalho, naquelas ocasiões em que seria de se esperar a sua presença, por razões de ordem médica ou quaisquer outras”. Essa definição leva ao entendimento de que as férias e dias festivos não constituem falta (56).

Esse referencial da ausência por qualquer motivo é também utilizado por Chiavenato (2004) que considera, além da falta, o atraso inclusive por motivo interveniente (57).

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (1997, p. 11) considera o absenteísmo como: “[...] incapacidade temporária, prolongada ou permanente para trabalhar em resultado de doença ou de

enfermidade”. Talvez a especificidade dessa definição tenha ocorrido pelo foco específico do projeto na relação doença-trabalho (11).

Para finalizar e enriquecer essa conceituação, acrescenta-se as idéias de Mallada (2004): “[...] é um fenômeno sociológico diretamente vinculado à atitude do indivíduo e da sociedade perante o trabalho”. Esse autor propõe uma linha conceitual de base sociológica que leva à compreensão de que uma atitude adequada (integração, satisfação, motivação) conduz a menor absenteísmo, ou seja, a sociedade responde às ações da própria sociedade (58).

Nesse contexto cabe citar Dejours (1992) que discursa sobre a clássica forma de resistência individual e coletiva ao trabalho denominada por ele como “ideologia defensiva”, que tem por objetivo mascarar uma ansiedade grave. Como nos processos produtivos atuais o trabalhador não possui mais o controle sobre seu próprio ritmo de trabalho, ele usa mecanismos, chamados de defesa coletiva, para se defender dos efeitos danosos da organização do trabalho. Portanto, sob esse ponto de vista, a ausência ou queda na produção pode ser também resultado de uma de uma forma de rebelião (59).

2.4.2 Classificação e Causas

Quick e Lapertosa propõem uma divisão em cinco classes, a saber: absenteísmo voluntário que ocorre por razões particulares, sem justificativa de doenças e portanto sem amparo legal; por doença que inclui as faltas por motivos médicos de doenças gerais; por doença profissional ou acidente de trabalho; absenteísmo legal onde as ausências são amparadas por lei como a licença maternidade e absenteísmo compulsório que ocorre por motivo de suspensão ou prisão (10).

Já Mallada simplifica a proposta anterior em: absenteísmo legal ou involuntário no qual o trabalhador continua recebendo seus proventos e pessoal ou voluntário que não há retribuição salarial (58).

Em relação à etiologia, o absenteísmo é multicausal e pode estar envolvido com motivos ligados ao próprio trabalhador como doença pessoal ou em família, imprevistos no deslocamento ou com causas relacionadas ao trabalho como má

organização do ambiente, supervisão insuficiente, empobrecimento das tarefas, falta de motivação e relações de trabalho complicadas (60).

Chiavenato (2004) propõe que na prática as principais causas de ausência no trabalho são: doença comprovada ou não, razões de ordem familiar, atrasos por força maior como problema com o transporte, motivos pessoais, problemas financeiros, baixa motivação, supervisão precária da chefia e políticas inadequadas de organização (57).

Mallada expõe a necessidade de cada administrador fazer uma lista com os principais motivos de faltas entre seu pessoal, para que as medidas preventivas sejam direcionadas. Ele aponta como possíveis causas de absenteísmo: maternidade, doença, acidente de trabalho, licenças legais, permissões particulares, ausências não autorizadas, conflitos trabalhistas, doenças profissionais e outras como catástrofes ou intempéries (58).

Os autores listaram os fatores causais sob um ponto de vista prático e administrativo que facilita a explanação do assunto, mas os motivos de ordem individual concedem espaço para uma discussão mais aprofundada.

Na seção anterior foi mencionada a resistência ao trabalho tratada por Dejourns (59) e, na mesma linha de raciocínio, Brant e Mynaio-Gomez (2006) esclarecem que as medidas de controle tomadas pelas empresas como exames admissionais e avaliação de desempenho não acontecem sem a resistência dos atores sociais envolvidos. Assim, a falta ao emprego pode representar uma forma de enfrentar toda a angústia sofrida pelo processo de trabalho (61). Sobre isso:

Criam-se diversas alternativas de sobrevivência emocional e material no espaço da fábrica, uma verdadeira cultura do contra-afastamento por motivos médicos [...] chegar atrasado é tentar reivindicar para si próprio o controle de um aspecto de sua identidade e de seu autogoverno. É uma forma de se ver livre do tempo institucional, situação intolerável para uma empresa. (BRANT E MINAYO-GOMEZ, 2006, p. 220)

Portanto a causa médica que aparentemente é simples, ou seja, presença de doença, na verdade é coberta por fatores complexos, muitas vezes interligados, e com extrapolações sociológicas importantes.

Além das causas, vale mencionar que os fatores de risco contribuem na forma como as faltas se distribuem, e vêm sendo bastante estudados. Há vários registros (62,63,64,65,66,67,68,69) de que o absenteísmo varie segundo o gênero, a idade, a ocupação, o nível de responsabilidade e o regime de trabalho.

2.4.3 Repercussões

O fardo do absenteísmo, principalmente aquele por doença, é dividido entre os governos, empregadores, empregados, companhias de seguro e a sociedade no seu conjunto. É claro que os custos e prejuízos não são igualmente distribuídos, mas todos suportam uma parte.

Embora haja cinismo em torno dessa questão, o trabalhador é o mais prejudicado, pois suas perdas vão além do aspecto financeiro. O salário pode ser menor no final do mês, conforme o regime trabalhista, e os gastos são maiores, afinal existe o custo com medicamentos e tratamentos. Além disso, pode também existir sofrimento moral e psíquico por medo de perder o emprego ou de retaliações de chefia e colegas, além de desestruturação de relações familiares por questões diversas inclusive culturais (11,70,71,72).

A natureza imprevisível das faltas ao trabalho afeta os empregadores que precisam ajustar horários, substituições e produção. Essas medidas conduzem ao aumento dos custos da empresa com a perda de produtividade, qualidade de produtos ou serviços inferiores e o subsídio da doença (11,10). Na Alemanha, em 1993, os empregadores gastaram 60 milhões de marcos para cobrir os pagamentos durante as faltas dos funcionários (73).

As companhias de seguros, que variam conforme o regime de trabalho, assumem de forma parcial ou não o risco da doença dos trabalhadores e, às vezes, de seus familiares. Elas normalmente pagam os gastos com cuidados em saúde e com os salários (11,74).

E, por fim, essa cadeia de efeitos negativos se transfere para a economia nacional em consequência da perda de produção devido à redução na força de trabalho e ao incremento nos custos com tratamentos médicos e seguridade social. No cenário internacional, o país perde em competitividade (11).

No Reino Unido em 2003 os gastos diretos com o absenteísmo foram superiores a onze bilhões de libras esterlinas (62). Em 1994, no mesmo país foram perdidos 177 milhões de dias de trabalho somente por doença. A Bélgica, em 1995, gastou 93 milhões de francos belgas em subsídios doença o que gerou uma média de 1.000 euros por empregado por ano (11).

Embora os métodos utilizados para o cálculo dos gastos financeiros com a falta ao trabalho variem segundo cada país e metodologia de cálculo, é evidente que muito dinheiro pode ser economizado melhorando as condições de trabalho e conseqüentemente a qualidade de vida das pessoas.

2.4.4 Medidas de Absenteísmo

As medidas de absenteísmo são pouco homogêneas e existe na literatura uma grande variação tanto na forma de calcular como na conceituação de cada índice. Por esse motivo, esse estudo terá como instituição norteadora o Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional (1973) (56). Embora suas recomendações possuam data de publicação antiga, até hoje elas são amplamente usadas por vários estudiosos do assunto (10,60,75,76,77,78,79,80).

A Subcomissão propõe cinco índices dos quais três foram selecionados conforme os objetivos da pesquisa: índice de frequência que divide o número de inícios de ausências no ano (casos de afastamentos) pela população total em risco (número médio anual de empregados); o índice de duração ou, como é mais conhecido, índice de gravidade que divide o número de dias de ausência no ano pela população total em risco; e a proporção de tempo perdido onde no numerador tem-se o número de dias perdido em determinado período e no denominador o número programado de dias de trabalho no mesmo período expresso em percentual (56).

Ainda merece destaque a fórmula da duração média dos períodos que é fruto da divisão do número de dias perdidos pelo número de inícios de ausências. Esse índice foi proposto por Quick e Lapertosa (10) a fim de complementar as orientações do Subcomitê.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Estudar o perfil do absenteísmo por lombalgia entre os servidores públicos municipais da cidade de Goiânia nos anos de 2008 e 2009.

3.2 ESPECÍFICOS

Estabelecer e estudar indicadores relativos ao absenteísmo por lombalgia nessa população;

Analisar a relação entre os afastamentos por lombalgia e as características sociodemográficas como gênero, idade, estado civil e escolaridade;

Analisar a relação entre os afastamentos por lombalgia e as características relacionadas ao trabalho como tipo do vínculo, tempo na função e categoria profissional.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de caráter epidemiológico sobre o absenteísmo por lombalgia entre os servidores públicos municipais da prefeitura de Goiânia- Goiás.

A pesquisa descritiva é classificada como não experimental, segundo Rampazzo. O autor descreve que o propósito desse tipo de estudo é observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem a manipulação das variáveis. Então os fenômenos são descritos em sua frequência e demais características e em seguida comparados com outros que podem estar relacionados (81).

Pereira (1995) define como cinco os elementos essenciais que compõem um estudo descritivo: o “quê”, ou seja, qual o tipo de evento está ocorrendo; “quem” está sendo atingido por esse evento; “onde” está ocorrendo o problema; “quando” isso se deu e “como” eles variam na população. Dessa forma, a descrição epidemiológica pode fornecer um diagnóstico abrangente da situação, permitindo o levantamento de hipóteses causais que possam explicar a distribuição dos eventos e subsidiar as investigações sobre a etiologia dos mesmos (82).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Junta Médica Municipal da cidade de Goiânia. Este é um órgão colegiado integrante da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos (SMARH) da prefeitura de Goiânia. Ela é responsável pela realização de perícias médicas dos servidores efetivos e comissionados da administração municipal, que servem para várias finalidades e uma delas é o afastamento para tratamento de saúde (83).

Considera-se importante a abordagem de algumas características da cidade de onde os dados foram coletados para melhor entendimento da exposição dos achados. Goiânia é a capital do estado de Goiás com população estimada pelo IBGE de 1.281.975 milhão de habitantes em 2009 dentro de uma área de 739 km². A maior parte das pessoas está na faixa etária entre 30 e 39 anos e possui de 4 a 7 anos de estudo. Os maiores coeficientes de mortalidade são devido a doenças do aparelho circulatório seguidas por neoplasias (12).

A prefeitura de Goiânia conta atualmente com 49.377 servidores distribuídos nos órgãos tanto da administração direta quanto indireta do poder executivo (13).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída de servidores públicos municipal do poder executivo, ativos, de ambos os gêneros, civis estatutários e comissionados afastados por licença para tratamento de saúde no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009. Todos os servidores eram maiores de dezoito anos, pois essa é uma condição para o ingresso no serviço público municipal; e, todos, exceto nos casos previstos em lei, estão submetidos a uma jornada semanal de 30 horas.

Os servidores civis estatutários, sejam efetivos ou comissionados, são regidos por estatuto próprio (84) e gozam de alguns tipos de licenças e benefícios, um deles é a licença para tratamento de saúde (LTS) sem prejuízo da remuneração. Segundo o regimento mencionado, eles têm direito a três faltas mensais motivadas por doença devidamente comprovada. Acima desse período, o servidor precisa apresentar-se à Junta Médica Municipal e passar por perícia para a concessão ou não da licença. Então, vale ressaltar, que no número de dias de afastamento do estudo não estão incluídos os três dias iniciais porque estes não são computados no banco de dados como LTS.

A LTS pode durar até vinte e quatro meses consecutivos, após isso a pessoa deverá ser aposentada. Também pode ocorrer a qualquer tempo a readaptação que consiste na investidura do servidor em cargo com atribuições e responsabilidades compatíveis à sua capacidade física e mental (84).

Após a avaliação pericial, os dados referentes ao afastamento do servidor são anotados em um livro de registros. Os livros são separados por ano e por órgãos municipais constituindo um banco de dados específico. Esses registros também servem para alimentar o sistema geral de dados dos servidores que constituem outro banco de dados. É importante mencionar que esse último é virtual e foi atualizado no ano de 2009 através de um recadastramento.

Dessa forma, foram incluídas no estudo as LTS advindas de servidores efetivos estáveis, efetivos em estágio probatório e comissionados de secretarias, agências e companhias do poder executivo municipal que possuem seus afastamentos regulados pela Junta Médica Municipal, listadas na tabela 1.

Tabela 1 – Relação dos órgãos e entidades do poder executivo municipal incluídos no estudo

Órgãos e Entidades do Poder Executivo Municipal	
Administração direta	Administração indireta
Secretaria do Governo Municipal (SEGOV)	Agência Municipal de Trânsito, Transporte e Mobilidade (AMT)
Secretaria Municipal de Comunicação (SECOM)	Agência Municipal de Obras (AMOB)
Procuradoria Geral do Município (PGM)	Agência Municipal do Meio Ambiente (AMMA)
Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo (SEPLAM)	Instituto de Previdência dos Servidores Municipais de Goiânia (IPSM)
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Instituto de Assistência à Saúde e Social dos Servidores Municipais de Goiânia (IMAS)
Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos (SMARH)	Companhia de Processamento de Dados do Município de Goiânia (COMDATA)
Secretaria Municipal de Finanças (SEFIN)	
Secretaria Municipal do Trabalho, Emprego e Renda (SETRAB)	
Secretaria Municipal de Educação (SME)	
Secretaria Municipal de Habitação (SMHAB)	
Secretaria Municipal de Cultura (SECULT)	
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico (SEDEM)	
Secretaria Municipal de Turismo (SEMTUR)	
Secretaria Municipal de Infra-Estrutura (SEINFRA)	
Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SEMEL)	
Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS)	

Fonte: Goiânia. Lei complementar nº 183 de 19/12/2008.

4.4 PROCESSO DE PESQUISA: FONTE E COLETA DE DADOS

O banco de dados desse estudo foi construído em uma planilha eletrônica no *software* da Microsoft Excel (Apêndice A) a partir de dados secundários extraídos de dois outros bancos de informação. O primeiro deles foi o Livro de Registro das Perícias Médicas de onde se obteve as seguintes informações: ano e secretaria de origem; data da perícia; matrícula dos servidores afastados por lombalgia; motivo do afastamento dividido em clínico, cirúrgico e acidente de trabalho; dias de afastamento.

Em seguida, um banco de dados digital disponível na Junta Médica, conhecido por Terminal, com as informações dos servidores, foi acessado para obtenção da data de nascimento, gênero, estado civil, escolaridade, tipo de vínculo dividido em efetivo estável, efetivo não estável (estágio probatório)² e comissionado, data de admissão, cargo e função.

A terceira e última etapa consistiu na preparação dos dados na planilha do Excel com o cálculo: da idade a partir da data de nascimento e da data da perícia; do tempo de serviço a partir da data de admissão e da data da perícia; do número de afastamentos por servidor.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram escolhidas as variáveis que possibilitariam o alcance dos objetivos do estudo. Conforme já foi mencionado, o absenteísmo é multifatorial sendo influenciado por fatores psicológicos, culturais, sociais e econômicos, pela organização do trabalho, pelas características individuais que predisõem a doenças e tantos outros. Dessa forma é difícil se estabelecer uma relação clara de causa e

² Ao entrar em exercício, o servidor nomeado para o cargo de provimento efetivo ficará sujeito a estágio probatório por um período de dois anos, durante o qual sua aptidão e capacidade serão objeto de avaliação para o desempenho do cargo, observados os fatores a serem definidos em regulamento. Goiânia. Estatuto dos servidores públicos do município de Goiânia. Instituto de Planejamento Municipal, Assessoria de Planejamento, Goiânia, GO, jun. 1997. Título II, subseção I p. 15.

efeito, portanto optou-se pelo estudo de um conjunto de variáveis organizadas da seguinte forma:

4.5.1 Variável principal

Foi escolhido o absenteísmo por doença, portanto foram excluídos da análise todos os afastamentos por licença maternidade, licença por motivo de doença em pessoa da família e outras das quais os servidores têm direito segundo seu próprio estatuto.

Como o objeto do estudo são as lombalgias, foram incluídas as LTS com os códigos M54-; M54.3; M54.4; M54.5; M54.9 tanto por motivo clínico, cirúrgico, de acidente de trabalho ou por doença profissional. Alguns servidores se afastaram por outras condições patológicas além da lombalgia e foram também incluídos no estudo. Durante a análise dos dados eles serão considerados como dois grupos: indivíduos com lombalgia e indivíduos com lombalgia associada, ou seja, relacionada a outras condições. A partir desse refinamento foram criadas duas variáveis dependentes:

- Número de afastamentos: o número de eventos ou casos, que não é igual ao número de trabalhadores afetados, pois o mesmo servidor pode ter se afastado mais de uma vez;
- Número de dias de afastamento: a soma dos dias de afastamento de todas as licenças registradas.

4.5.2 Variáveis Sociodemográficas

Essas variáveis foram organizadas e categorizadas da seguinte forma:

- Gênero: distribuído em masculino e feminino;
- Idade do servidor: na época do afastamento, calculada pela diferença entre data da perícia e data de nascimento, e agregada por faixas etárias em blocos de dez anos, sendo: 18 a 27, 28 a 37, 38 a 47, 48 a 57 e acima de 58 anos;

- Estado civil: distribuído em solteiro, casado, divorciado e/ou separado e viúvo. Para simplificar o uso de nomenclaturas, a categoria divorciado e/ou separado será denominada apenas como separado;
- Escolaridade: distribuída em nível fundamental, médio e superior. A classificação não foi estendida para níveis do tipo completo ou incompleto porque a forma de registro no sistema abriria margens de erro na coleta de dados;

4.5.3 Variáveis Relacionadas ao Trabalho

As seguintes variáveis foram selecionadas:

- Tipo de vínculo: efetivo estável, efetivo não estável e comissionado;
- Categoria profissional: os dados referentes ao cargo e à função precisaram ser agrupados, pois ao juntarem-se vários órgãos da prefeitura, um número muito grande de profissões foi encontrado. Foram então criadas cinco categorias usando-se como critério de agrupamento a semelhança de risco ergonômico, uma vez que na lombalgia a postura adotada no trabalho possui uma grande influência no estabelecimento dos sintomas (85,86). São elas: administrativo, apoio técnico, serviço operacional, assistência à saúde e assistência à educação. No apêndice B estão relacionadas quais as profissões foram colocadas em cada grupo;
- Tempo de serviço: na data da perícia, que foi calculado pela diferença dessa e da data de admissão. Para facilitar a análise, os dados foram agrupados em quatro blocos: 1 a 2 anos para separar os servidores em estágio probatório, 3 a 10, 11 a 18, 19 a 26 e acima de 27 anos;
- Absenteísmo: foram utilizadas as recomendações do Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional (56), abordando três indicadores representados pelas fórmulas:

$$\text{Índice de frequência} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de licenças/ano}}{\text{n}^{\circ} \text{ de servidores (n}^{\circ} \text{ médio/ano)}}$$

$$\text{Índice de gravidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ dias perdidos/ano}}{\text{n}^\circ \text{ servidores (n}^\circ \text{ médio anual)}}$$

$$\text{Proporção de tempo perdido} = \frac{\text{n}^\circ \text{ dias perdidos/ano}}{\text{n}^\circ \text{ programado de dias de trabalho/ano}} \%$$

Além disso, foi utilizado outro indicador usado por Quick e Lapertosa (10) dada a sua importância:

$$\text{Duração média das ausências} = \frac{\text{n}^\circ \text{ dias perdidos/ano}}{\text{n}^\circ \text{ de licenças/ano}}$$

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tratados estatisticamente, por meio de análise descritiva e inferencial, utilizando o programa computacional SPSS versão 16.0 com nível de significância estabelecido em 5% ($p \leq 0,05$). Para o estudo sobre a normalidade dos dados foi feito o teste para normalidade conhecido como Teste de Aderência Kologorv-Smirnov (Anexo A) e os mesmos apresentaram uma distribuição não normal, por esse motivo foram escolhidos testes não paramétricos.

Na análise foram feitas comparações e projeções para a população, para isto, na comparação entre grupos com variáveis qualitativas (como sexo, estado civil, escolaridade, etc.) foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney. O teste Qui Quadrado foi feito para se estabelecer a relação entre os códigos da CID e as demais variáveis do estudo.

As comparações foram feitas entre os eventos (número de afastamentos) e quantidade de dias perdidos em relação a cada uma das seguintes variáveis: gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, tipo de vínculo, tempo na função e categoria profissional.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente foi solicitada à direção da Junta Médica a autorização para realização da pesquisa através do Termo de Ciência da Instituição I (Anexo B) que juntamente com Termo de Compromisso de Utilização de Dados (Anexo C) assinado pela pesquisadora foram enviados para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Este Comitê solicitou o envio do Termo de Ciência da Instituição II também assinado pelo secretário da SMARH (Anexo D) e, após recebê-lo, aprovou o projeto com parecer número 046/10 (Anexo E).

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do CEP/FS da UnB e seguiu os aspectos éticos exigidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente em relação ao sigilo da identidade dos servidores pesquisados. Para garantir esse sigilo, as informações inseridas na planilha eletrônica não continham o nome do servidor, apenas seu número funcional que, após a conferência dos referidos dados, foram substituídos por número de ordem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em ambos os anos pesquisados um total de 650 LTS ocorreram por lombalgia. Foram colhidos dados referentes a 625 afastamentos ocasionados por 482 servidores que se ausentaram por 10.431 dias. Foram excluídos 25 registros de LTS que não puderam ter todas as variáveis extraídas por inconsistência no sistema, provavelmente por não preenchimento completo dos dados.

5.1 PERFIL DOS SERVIDORES ABSENTEÍSTAS

No ano de 2008, o efetivo médio anual das secretarias selecionadas para o estudo foi de 23.618 servidores. Afastaram-se por LTS um total de 7.625 pessoas e destas 181 foram por lombalgia. Dentre os afastados por lombalgia, 136 (75,1%) foram mulheres e 45 (24,9%) homens. A faixa etária predominante localizou-se entre 38 e 47 anos com 64 indivíduos (35,4%). A média da idade situou-se em 44 anos, sendo a idade mínima de 21 e a máxima de 74. Os dados estão na Tabela 2.

Quanto ao estado civil, a grande maioria era casada, 96 pessoas (53%), seguidos dos solteiros, 63 (34,8%). Quando se analisou o grau de instrução foi verificada uma grande concentração de servidores com apenas o ensino fundamental, sendo esse número de 79 indivíduos (43,6%). Entre o ensino médio e superior não houve grandes diferenças sendo respectivamente: 53 (29,3%) e 49 (27,1%) servidores.

Em relação ao vínculo dos absenteístas, 134 (74%) eram efetivos estáveis e apenas 21 (11,6%), comissionados. Considerando o tempo na função exercida, grande parte, 73 indivíduos (40,3%), ficou na faixa entre 3 a 10 anos, sendo a média de 10 anos.

Finalmente, sobre a categoria profissional, houve uma prevalência daqueles enquadrados nos serviços operacionais, somando 100 pessoas (55,2%). Em seguida vieram: 33 (18,2%) da assistência à educação; 24 (13,3%) do administrativo; 14 (7,7%) da assistência à saúde e 10 (5,5%) do apoio técnico.

Tabela 2 – Caracterização dos servidores públicos municipais afastados por lombalgia nos anos de 2008 e 2009 em Goiânia

População/ Características	2008		2009	
	Número	Percentual (%)	Número	Percentual (%)
Idade (anos)				
18-27	10	5,5	15	5,0
28-37	35	19,3	64	21,3
38-47	64	35,4	105	34,9
48-57	51	28,2	80	26,6
≥ 58	21	11,6	37	12,3
Total	181	100,0	301	100,0
Gênero				
Feminino	136	75,1	230	76,4
Masculino	45	24,9	71	23,6
Total	181	100,0	301	100,0
Estado Civil				
Solteiro	63	34,8	105	34,9
Casado	96	53,0	165	54,8
Separado	15	8,3	25	8,3
Viúvo	7	3,9	6	2,0
Total	181	100,0	301	100,0
Escolaridade				
Fundamental	79	43,6	113	37,5
Médio	53	29,3	105	34,9
Superior	49	27,1	83	27,6
Total	181	100,0	301	100,0
Tipo de Vínculo				
Efetivo estável	134	74,0	197	65,4
Efetivo não estável	26	14,4	87	28,9
Comissionado	21	11,6	17	5,6
Total	181	100,0	301	100,0
Tempo na função (anos)				
0-2	42	23,2	74	24,6
3-10	73	40,3	112	37,2
11-18	33	18,2	60	19,9
19-26	26	14,4	38	12,6
≥ 27	7	3,9	17	5,6
Total	181	100,0	301	100,0
Categoria profissional				
Administrativo	24	13,3	35	11,6
Apoio Técnico	10	5,5	36	12,0
Serviço Operacional	100	55,2	141	46,8
Assistência Saúde	14	7,7	43	14,3
Assistência Educação	33	18,2	46	15,3
Total	181	100,0	301	100,0

Em 2009, o efetivo médio anual foi de 26.181 servidores, sendo que 7.596 afastaram-se por LTS e destes 301 foram por lombalgia. O perfil daqueles que se afastaram por lombalgia foi o mesmo do ano anterior, ou seja, a maioria foi do sexo feminino, com idade entre 38 e 47 anos, de estado civil casado, com ensino fundamental, servidor efetivo estável com 3 a 10 anos de exercício da função e predominantemente do serviço operacional. A média de idade foi coincidentemente a mesma, 44 anos, com idade mínima de 24 e máxima de 68 (Tabela 2).

No Brasil, existem vários estudos sobre a estimativa de prevalência da lombalgia em profissões específicas (34,35,36,37,38,39), mas não foram encontrados estudos sobre um perfil de absenteístas por lombalgia. Existem pesquisas a respeito do perfil dos absenteístas de uma forma geral, envolvendo todos os tipos de agravos, e a discussão dessa dissertação baseou-se em parte nesses exemplos por considerá-los válidos.

Um estudo abordando apenas a secretaria estadual de saúde de São Paulo encontrou um perfil parecido com o apresentado nessa pesquisa. A maioria, 70%, dos servidores eram mulheres, a média de idade foi de 45,1 anos e 78% dos indivíduos atuavam na função há mais de 5 anos (87).

Um perfil semelhante também foi encontrado em outro estudo envolvendo a secretaria estadual de saúde e de administração de Santa Catarina. Entre os servidores absenteístas, 75,90% eram mulheres com faixa etária entre 41 a 50 anos de idade (44,65%) e de estado civil casado (54,38%). A diferença ficou na variável escolaridade, pois no caso de Santa Catarina 50,36% possuíam ensino médio (88).

Santos em 2008 realizou um estudo em nível municipal. A prefeitura de Porto Alegre foi o objeto da investigação onde seria traçado um perfil epidemiológico de todos os funcionários que se ausentaram do trabalho em 2005. Porém dificuldades metodológicas impossibilitaram a realização da proposta, que foi direcionada em seguida para a análise das licenças de longa duração. Caso os objetivos iniciais tivessem sido alcançados, essa pesquisa seria a mais próxima do estudo em questão, pois todas as secretarias foram envolvidas (89).

Os levantamentos sobre absenteísmo são bastante comuns entre a equipe de enfermagem (60,77,78), principalmente nos hospitais universitários. Sabe-se que nesses locais a maioria dos funcionários são servidores públicos e, embora seja clara a diferença entre as populações estudadas, vale ressaltar que a presença majoritária de uma força de trabalho feminina foi uma constante (77,90,91). A faixa

etária variou de 30 a 39 anos no estudo de Inoue et al (2008) (77) e 36 a 45 anos segundo Costa, Vieira e Sena (2009) (91).

Uma pesquisa realizada por Silva, Pinheiro e Sakurai (2008) entre servidores de um banco estatal em Minas Gerais também encontrou um perfil de absenteístas composto em sua maioria por mulheres, embora o maior número de funcionários fossem homens (75). A faixa etária ficou entre 40 e 49 anos, ou seja, próxima da encontrada no atual estudo.

A expressiva presença de mulheres no mercado de trabalho e a dupla jornada a que estão expostas possivelmente se traduzem nessa grande prevalência de afastamentos entre o sexo feminino demonstrada pelos estudos apresentados. Tal fato também parece verdadeiro para as ausências por lombalgia na prefeitura de Goiânia.

É possível ainda inferir que o acometimento de servidores na terceira e quarta década de vida esteja associado ao tempo de carreira no serviço público que foi, nesse estudo, em média de 10 anos. Além disso, o concurso público garante o acesso de parcelas da população com menor chance de ingresso no serviço privado que é o caso, por exemplo, de pessoas com faixa etária mais avançada.

Em relação ao gênero, faixa etária, estado civil e tempo na função, o perfil dos funcionários absenteístas por lombalgia em Goiânia assemelha-se ao perfil geral de outras cidades brasileiras. Isso demonstra que em alguns aspectos o adoecimento é semelhante entre os servidores públicos mesmo em regiões geograficamente distantes e em esferas administrativas diferentes.

Como bem relatou Carneiro (2006) os déficits na saúde do trabalhador dessa classe são tão significativos a ponto de não existir uma base de dados que reúna informações nacionais sobre um perfil epidemiológico para que comparações ou decisões de políticas de saúde sejam estabelecidas (22).

Sugerem-se novos levantamentos epidemiológicos para congregar dados sobre os servidores públicos das três esferas de governo, para subsidiar pesquisas que possam desvelar quem são as pessoas que estão adoecendo. Sem dúvida, o conhecimento da realidade é o ponto inicial para se estabelecer diretrizes de ações.

5.2 CARACTERÍSTICAS DOS AFASTAMENTOS

Em 2008, a população média entre os locais estudados foi de 23.846 servidores que geraram 7.625 LTS, com um percentual de 32% de casos de afastamento que levaram a perda de 173.859 dias de trabalho. Dentre esses, 181 (2,83%) servidores afastaram-se por lombalgia gerando 216 casos de afastamento, uma vez que a mesma pessoa pode ter se licenciado por mais de uma vez. Isso fez um total de 3.541 dias de ausência.

Analisando-se pela tabela 3 os indicadores propostos, pode-se verificar que o índice de frequência foi baixo e isso era esperado, principalmente porque foi selecionada apenas uma afecção dentro de um conjunto muito grande de doenças que podem conduzir a falta ao trabalho.

Por outro lado, o índice de gravidade, a proporção de tempo perdido e a duração média das ausências demonstraram valores que merecem destaque conforme será discutido mais adiante.

Tabela 3 – Indicadores de absenteísmo entre servidores públicos municipais afastados por lombalgia nos anos de 2008 e 2009 em Goiânia

Anos	População total (média anual)	Número de afastamentos por lombalgia	Dias de afastamentos por lombalgia	Índice de frequência	Índice de gravidade	Proporção de tempo perdido	Duração média das ausências
2008	23846	216	3541	0,009	0,15	13,89	16,39
2009	25496	409	6890	0,016	0,27	27,34	16,84

Proporção de tempo perdido é expressa em %; duração média das ausências é expressa em dias. Número programado de dias de trabalho: 2008=255; 2009=252.

No ano seguinte, a população média aumentou para 25.496 servidores. Mesmo com o aumento da população investigada, o percentual de pessoas que se afastaram por LTS não se elevou, ao contrário, ficou ligeiramente menor em 30% com 7596 ocorrências de LTS e perda de 204.235 dias de trabalho. Foram gerados

409 (5,38%) casos por lombalgia, ocasionados por 301 pessoas que deixaram de trabalhar com perda de 6.890 dias.

O índice de frequência continuou baixo, no entanto os índices de gravidade, a proporção do tempo perdido e a duração média das ausências foram ainda maiores como pode ser visto na tabela 3. Merece destaque a proporção de tempo perdido que passou de 13,89% em 2008 para 27,34% em 2009.

Esses indicadores de absenteísmo também foram calculados segundo cada secretaria avaliada (Tabela 4), com exceção do índice de frequência que não se mostrou relevante para análise uma vez que os resultados foram todos inferiores a 0,05.

Dos 22 órgãos estudados, quatro deles (SEMTUR, SEMEL, SECOM e IMAS) não registraram nenhum afastamento por lombalgia em dois anos consecutivos. Tal fato coloca em questão a possibilidade de subnotificação, ou seja, pode ter havido a ocorrência de episódios de dor lombar, mas que não geraram LTS.

A SEMAS, que possui em seu quadro de funcionários um grande número de funções que se enquadram na categoria serviço operacional, apresentou o mais alto índice de gravidade e a maior duração média das ausências no ano de 2008.

A COMDATA é um órgão responsável por processamento de dados, portanto funções administrativas são predominantes e no ano de 2009 apresentou o maior índice de gravidade e o terceiro lugar nas durações médias das ausências.

Em relação à proporção de tempo perdido, as duas secretarias com maiores índices foram a de educação e saúde respectivamente. Vale ressaltar que os números encontrados são bastante superiores aos dos demais órgãos, demonstrando que nesses dois locais a relação entre os dias perdidos e os dias programados para trabalhar está prejudicada devido à lombalgia.

Também é importante verificar que a situação dessas duas secretarias piorou de forma substancial no ano de 2008 para 2009. A relação de tempo perdido mais que quadruplicou no órgão responsável pela saúde do município.

Essa situação não parece ser uma ironia, a área da saúde, principalmente a enfermagem, é alvo de muitas pesquisas desse tipo, pois é bem conhecido que esses profissionais trabalham em condições precárias, com altas cargas horárias pela soma de empregos e grande tensão emocional pelo tipo de serviço prestado (60,77,78,90,91).

Tabela 4 – Indicadores de absenteísmo por lombalgia segundo cada órgão e entidade do poder público municipal de Goiânia nos anos de 2008 e 2009

Órgãos e entidades	IG [*]		% tempo perdido ^{**}		DMA ^{***}	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
SMS	0,06	0,25	1,65	7,58	12,38	17,36
SME	0,19	0,32	8,25	14,17	18,29	16,61
SECULT	0	0,03	0	0,06	0	15
SEDEM	0	0,05	0	0,04	0	5,5
SEINFRA	0,59	0,19	0,12	0,04	15	10
PGM	0	0,07	0	0,04	0	10
SEMTUR	0	0	0	0	0	0
SEMEL	0	0	0	0	0	0
SECOM	0	0	0	0	0	0
SMHAB	0,32	0,24	0,12	0,10	7,5	12,5
SETRAB	0,33	0	0,07	0	8,5	0
SEMAS	0,61	0,38	1,61	1,19	24,12	17,59
SEFIN	0,25	0,08	0,46	0,16	14,62	13,33
SEGOV	0,05	0,07	0,10	0,11	12,5	14
SEPLAM	0	0,05	0	0,06	0	15
SMARH	0,07	0,12	0,39	0,79	14,28	13,33
AMOB	0,21	0,43	0,49	1,13	15,5	12,95
AMMA	0,30	0,34	0,41	0,53	8,15	13,5
IMAS	0	0	0	0	0	0
COMDATA	0,08	1,52	0,02	0,36	5	45
AMT	0,14	0,45	0,20	0,73	13	46,25
IPSM	0	1,09	0	0,24	0	60

^{*}IG= índice de gravidade

^{**}% tempo perdido= proporção de tempo perdido

^{***}DMA= duração média das ausências

Os órgãos e entidades estudados apresentaram resultados heterogêneos e a partir disso pode-se inferir que a lombalgia está afetando mais aqueles locais onde existe uma maior combinação entre fatores de risco e pessoas mais susceptíveis. Assim, sugerem-se políticas de intervenção diferenciadas para cada secretaria.

Antes de se aprofundar na discussão desses dados, é importante ressaltar que somente as licenças superiores a três dias foram objeto de análise. Na literatura nacional e internacional percebe-se uma variedade muito grande de critério metodológico ao se estabelecer a amostra estudada, afinal os bancos de dados que

servem de apoio para esse tipo de estudo possuem organizações e objetivos diversos. Sendo assim, as comparações e discussões apresentadas a seguir foram feitas com base no contexto dos problemas e não nos números exclusivamente.

Na prefeitura municipal de Porto Alegre, as licenças superiores a 15 dias de todas as secretarias foram avaliadas no ano de 2004 e 2005. A duração média das ausências em 2004 foi de 21,1 dias e a secretaria municipal de esportes foi a mais afetada. Esse índice foi superior ao encontrado em Goiânia provavelmente pela diferença metodológica, pois no presente estudo foram consideradas LTS superiores a 3 dias (76).

O estudo de Silva, Pinheiro e Sakurai (2008) entre bancários estatais, já mencionado, revelou uma duração média das ausências de 24,78 dias, considerando todos os tipos de agravos à saúde (75). No presente estudo ele foi em média 16 dias, porém considerando-se apenas as lombalgias. Se levar-se em consideração que algumas situações de convalescências e transtornos mentais geram ausências de longa duração, esse número é expressivo ao representar apenas uma das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

Silva e Marziale (2000) verificaram uma proporção de tempo perdido de 33,15% entre enfermeiros, considerando todos os motivos da CID-10 (60). Nos servidores municipais de Goiânia esse valor em 2009 foi de 27,34% apenas para a lombalgia.

Um estudo feito entre servidores públicos de Montevideu, para se pesquisar o absenteísmo por doença, encontrou índice de frequência de 1,08, índice de gravidade de 6,84 e duração média das ausências de 6,28 dias (92). No serviço médico de uma mineradora do Peru foram avaliados 541 casos de licença por doença e foram reportados os seguintes índices: frequência 0,45, gravidade 5,41 e duração média das ausências de 11,81. Os autores comparam seus resultados com os do estudo feito em Montevideu e, mesmo sendo números na maioria inferiores, eles concluem que são altos devido ao prejuízo de tempo e dinheiro (93).

A duração média das ausências é um indicador importante porque quanto mais tempo uma pessoa ausenta-se do trabalho por lombalgia, menor será o sucesso no tratamento e maior será a probabilidade dessa ausência tornar-se mais longa. Uma revisão sistemática encontrou forte evidência entre longas faltas e menor chance de retorno ao trabalho (94).

Sobre o percentual de afastamento por lombalgia, Ghaffari et al 2006 encontraram número semelhante ao deste estudo. Os autores relataram 5% de faltas relacionadas à lombalgia entre uma população de 18.031 trabalhadores industriais do Irã 995). Em 2009, o serviço municipal de Goiânia apresentou 5,38%, incluindo todas as categorias profissionais.

Em relação ao número de afastamento do trabalho, a grande maioria ausentou-se apenas uma vez em cada ano do estudo conforme pode ser observado na figura 1.

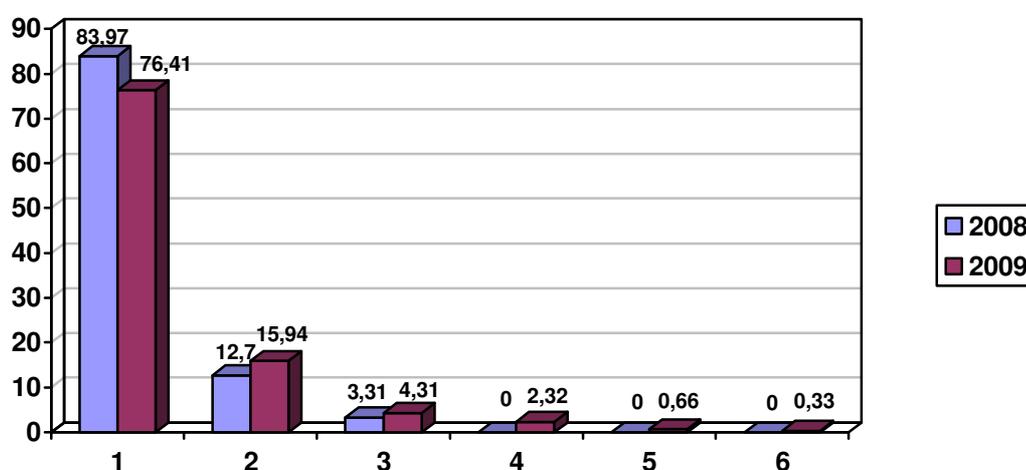


Figura 1- Distribuição do número de faltas por cada servidor público municipal com LTS por lombalgia nos anos de 2008 e 2009 em Goiânia

O número de vezes que um trabalhador goza de LTS por lombalgia é um indicador da recorrência do sintoma, resguardando as limitações de análise, pois o indivíduo pode ter outra crise de dor e não afastar-se do trabalho. Considerando essas limitações, somente um quarto da amostra apresentou repetidas LTS.

Esse percentual está de acordo com uma coorte feita por Stanton et al (2008) que avaliou 353 pessoas que haviam tido dor lombar, mas que já haviam se recuperado há pelo menos seis semanas. Após um ano, aproximadamente 25% dos indivíduos apresentaram recorrência da dor e os fatores de risco não puderam ser estabelecidos (96).

O fato de, neste estudo, a maioria dos servidores ter se afastado por apenas uma vez não leva à conclusão de que a situação não seja grave. Um grande número de casos de lombalgia se resolve rapidamente, apenas pequena parte,

aproximadamente 10%, torna-se crônica, porém esse pequeno percentual é responsável por cerca de 80% a 90% dos gastos sociais e em tratamento (97).

Isso porque os casos de recorrência de lombalgia geram gastos financeiros diretos e indiretos bem superiores aos dos primeiros episódios. Quando o tratamento não é adequado, o indivíduo fica com restrições na capacidade funcional que se traduz em menor rendimento no trabalho e maior chance de novo afastamento, com períodos de ausências cada vez maiores (54).

A recorrência é influenciada tanto por fatores físicos quanto psicológicos. Uma revisão sistemática da literatura encontrou fortes evidências de que os fatores psicológicos contribuem para a cronificação da lombalgia. O sofrimento, a depressão, a mudança de humor e a somatização demonstraram associação com a piora dos quadros de dor nas costas (98).

Isso é confirmado por Gheldof et al (2007) que avaliaram separadamente episódios de recorrência de curta e longa duração. No primeiro caso, o fator psicológico que determinou o reaparecimento dos sintomas foi o medo de movimentar-se e agravar a situação. No caso da recorrência com dor por longo tempo, o fator psicológico preponderante foi a severidade referida da dor (99).

Estratégias para reduzir o absenteísmo têm sido pesquisadas e podem servir como base de discussão para aplicação entre os servidores municipais de Goiânia. Steenstra et al (2009) conduziram um ensaio clínico randomizado para comparar os efeitos de um programa de intervenção no local de trabalho sobre as faltas devido lombalgias agudas. O grupo controle recebeu tratamento clínico usual e o grupo de estudo recebeu em adição modificações ergonômicas no posto de trabalho. Essas intervenções demonstraram resultado significativo principalmente entre os indivíduos acima de 44 anos e com história prévia de afastamento. Possivelmente, isso tenha ocorrido porque esse grupo esteve mais aberto para participar ativamente do processo de mudança no local de trabalho (100).

A prevenção parece ser ainda a melhor forma de evitar ou minimizar essa problemática. Alguns estudiosos sugerem programas de exercícios físicos e educação no trabalho (54,101,102). Entretanto essas medidas não podem ser tomadas de forma isolada, mas devem fazer parte de um modelo biopsicossocial que inclua o trabalhador e o deixe ciente da importância da sua participação (103).

Outra medida interessante para diminuir o absenteísmo é criar estratégias que aumentem a satisfação no trabalho, pois existe uma relação entre altos níveis

de satisfação e menor índice de faltas. Munch-Hansen et al (2009) conduziram um estudo observacional que envolveu mais de treze mil servidores públicos de 698 repartições da Dinamarca. Ao final, eles identificaram clara relação de causa e efeito entre condições psicossociais de trabalho e absenteísmo, portanto altos níveis de satisfação refletem em condições de trabalho favoráveis e boa saúde ocupacional (70).

É importante ressaltar que as medidas preventivas podem tanto evitar que novos casos apareçam quanto podem diminuir as chances de ocorrência do chamado “presenteísmo”, ou seja, quando a pessoa vai para o trabalho apesar de sentir-se doente. Esse fenômeno também existe e é um fator de risco para que o funcionário falte no futuro, independente do gênero e do emprego ser público ou não (104,105).

Segundo Caverley et al (2007) o “presenteísmo” gradualmente substituirá o absenteísmo enquanto indicador de saúde no trabalho. Os autores realizaram uma pesquisa em uma organização pública do Canadá e constataram que os trabalhadores compareceram ao trabalho doentes mais vezes do que eles faltavam por doença. Os motivos mais comuns foram: dor de cabeça, dor nas costas e pescoço, desconforto estomacal, gripes e resfriados (106).

Trabalhar doente traz um impacto financeiro alto segundo um levantamento de custos sobre tempo perdido de produção nos EUA. Entre os pesquisados, a maior perda de produtividade ocorreu na forma de “presenteísmo”. Os gastos estimados com perda de produção por lombalgia chegaram a 7,4 bilhões de dólares por ano nesse país (53).

As repercussões do absenteísmo e do “presenteísmo” são tão extensas que fazem surgir a necessidade de olhar o problema por outro prisma, completamente diferente do que a maioria das pessoas está habituada. Novas discussões em relação à saúde do trabalhador podem, então, ser levantadas. Do que adiantam medidas de controle de faltas desprovidas de políticas de prevenção adequadas? Do que adianta obrigar um servidor a participar do programa de ginástica laboral se o posto de trabalho é inadequado? Do que adianta organizar o posto de trabalho se as relações sociais estão minadas?

A partir desses questionamentos, acreditamos que o pontapé inicial, dentro desse universo estudado, seja a discussão de um plano de políticas preventivas baseadas em um tripé formado pelo ambiente de trabalho, pelas relações sociais e

pelo próprio trabalhador. A discussão dos processos produtivos, seus arranjos ergonômicos e as técnicas produtivas contextualizadas com as relações sociais particulares do serviço público e a subjetividade dos trabalhadores pode gerar bons resultados em longo prazo sobre o adoecimento.

Finalmente, é importante entender que baixos níveis de absenteísmo não indicam baixos níveis de morbidade. Portanto, a frequência de afastamentos por lombalgia não foi alta, mas isso não quer dizer que os riscos, principalmente, os ergonômicos estão sob controle.

Ademais, todos os indicadores gerais de absenteísmo aumentaram de 2008 para 2009, evidenciando a necessidade de se realizar uma sequência temporal para se estabelecer o comportamento desses dados. E os números obtidos nesta pesquisa já são suficientes para encorajar um debate sobre a estruturação de políticas específicas para a saúde desses servidores, principalmente se levar-se em consideração que a lombalgia é uma disfunção predominantemente de origem mecânica e passível de prevenção em nível primário.

5.3 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS

Após conhecido o perfil dos servidores afastados e as características desses afastamentos, faz-se necessária uma análise das influências de uma variável sobre a outra (107). Vale ressaltar que todo o estudo estatístico foi feito sobre essa população alvo do estudo, portanto o foco não foi comparar os ausentes com os freqüentes. Buscou-se mostrar quais as características dos afastados por lombalgia e delas quais ganham destaque para se estabelecer discussões mais aprofundadas.

5.3.1 Gênero

A primeira variável estudada foi o gênero. Sua importância é relatada na literatura (79,107,109), pois se busca entender porque um sexo adoce mais que o outro frente às condições de trabalho.

Conforme pode ser visto na tabela 5, não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre os gêneros em relação ao número de casos ou dias de afastamento tanto no ano de 2008 quanto no de 2009.

No entanto, analisando-se as proporções, as mulheres afastaram-se muito mais vezes do que os homens. Em 2008 e 2009, o percentual em relação ao número de ausências foi de aproximadamente 75% de mulheres e 25% de homens.

Tratando-se da quantidade de dias que esses eventos geraram, os percentuais não mudaram muito, sendo, em 2008, 71,27% versus 28,72% e, em 2009, 72,72% versus 27,27% para mulheres e homens respectivamente.

Tabela 5 – Caracterização, segundo gênero dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009

Característica	2008				2009			
	Nº de afastamento		Dias de afastamento		Nº de afastamento		Dias de afastamento	
	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média
Sexo								
Feminino	162(75,0)	1,19	2524(71,27)	18,56	309(75,55)	1,34	5011(72,72)	21,79
Masculino	54(25,0)	1,20	1017(28,72)	22,60	100(24,44)	1,41	1879(27,27)	26,46
Total	216(100,0)	1,19	3541(100,0)	19,56	409(100,0)	1,36	6890(100,0)	22,89

Teste U Mann Whitney (Para nº de afastamentos em 2008 $p=0,955$, em 2009 $p=0,477$; para dias de afastamento em 2008 $p=0,921$, em 2009 $p=0,636$)

Ao aprofundar-se na análise dos afastamentos segundo o gênero, observando as médias também disponíveis na tabela 4, percebe-se que elas são ligeiramente maiores para os homens tanto em número de casos quanto de dias de ausências nos anos de 2008 e 2009. Conclui-se, portanto, que as proporções revelam frequência maior para o sexo feminino, pois o número de mulheres é bem superior ao de homens; mas as médias demonstram que ambos os sexos são afetados.

Esses achados são consistentes com algumas pesquisas. Nogueira e Laurenti (1975), no clássico estudo sobre a relação entre absenteísmo e gênero, concluíram que as ausências entre grupos de mulheres e homens praticamente se equivalem e a média de duração das faltas foi maior, como no presente estudo, no sexo masculino (110).

Cunha, Blank e Boing, em 2009, ao analisar duas secretarias estaduais de Santa Catarina, verificaram que as ausências do sexo masculino desencadearam médias sempre superiores às das mulheres, em toda a sequência de 10 anos de análise (88).

De forma semelhante, na secretaria estadual de saúde de São Paulo, pesquisada por Sala et al (2009), as mulheres apresentaram maior número de episódios de licenças, porém as médias de dias de ausência foram maiores entre os homens (87).

Na população de bancários estatais, pesquisada por Silva, Pinheiro e Sakurai (2008) o percentual de número de casos e de dias de afastamento, assim como nessa amostra, foi superior no sexo feminino. A diferença ficou na relevância estatística que se confirmou no caso dos bancários (75).

Nogueira e Azevedo (1982) fizeram uma coorte de um, quatro e cinco anos entre trabalhadores de uma indústria têxtil. Ao final, verificou-se que em todos os períodos de observação as mulheres apresentaram índices de absenteísmo superiores aos homens com maior propensão a desenvolverem doenças geniturinárias, osteoarticulares, digestivos e respiratórios. Os autores atribuíram essa diferença à sobrecarga imposta à mulher devido à dupla jornada de trabalho (79).

No Reino Unido (62), um estudo de levantamento estatístico anual revelou que em 2004 as mulheres afastaram-se com mais frequência do que os homens, os índices foram de 3,3% versus 2,4% respectivamente. Outra pesquisa envolvendo onze países europeus encontrou resultado semelhante, a frequência de faltas foi maior entre as mulheres em nove dos países (111).

O absenteísmo de longa duração foi estudado de forma isolada em um grupo de servidoras públicas da Suécia para se estabelecer possíveis fatores de risco. Foram encontradas associações positivas entre as ausências no trabalho e idade superior a 50 anos, obesidade, hábito de fumar, altas demandas físicas e mentais e situação financeira desfavorável. Portanto foi verificada uma associação de fatores de risco, na qual o sexo constitui apenas um dos elementos (112).

Outro estudo conduzido Lidwall 2006, comparando as diferenças entre gêneros e setor (público e privado), encontrou resultados um pouco diferentes em relação à duração das faltas. Nas licenças superiores a 60 dias, as mulheres possuíam um risco 1,75 vezes maior que os homens de afastar-se do trabalho,

contrariando os demais levantamentos que apontam os homens como responsáveis pelas licenças de longa duração (66).

É importante ressaltar que todas essas pesquisas mencionadas referem-se ao absenteísmo doença de forma geral. A relação entre lombalgia e o gênero pode ser discutida com a utilização de outros estudos, principalmente internacionais. Foram escolhidos alguns por critério de relevância e atualização que serão discutidos adiante.

Wijnhoven et al (2006) fizeram um estudo transversal com uma amostra de 11.428 mulheres holandesas sobre a associação de fatores hormonais e reprodutivos com a dor lombar crônica. Foram encontradas associações positivas para os seguintes fatores: gravidez prévia, idade inferior aos 20 anos para a primeira gravidez, uso de contraceptivos orais, uso de estrogênio na menopausa, ciclos menstruais prolongados ou irregulares e histerectomia (109).

A teoria utilizada pelos autores para explicar os achados foi a da concentração de estrogênio que aumenta os níveis de relaxina, essa por sua vez provoca uma maior lassidão nos ligamentos e articulações, principalmente na pelve. Essa frouxidão ligamentar causa quadros de instabilidade na coluna lombar, facilitando o surgimento de dor nas costas.

Entretanto a lombalgia não está relacionada apenas com o período reprodutivo e a presença de hormônios, mas também com a falta deles. Ahn e Song (2009) estudaram os fatores que influenciam a lombalgia na pós menopausa e verificaram que ela se relaciona com sintomas mais severos da perda hormonal típica e com a inatividade durante o tempo livre (113). Portanto, as mulheres, em todo o período da vida, possuem fatores de risco para o desenvolvimento dessa desordem do aparelho locomotor.

Os homens demonstraram estar mais susceptíveis à lombalgia no estudo de Sandanger et al (2000) que estabeleceram a relação entre as faltas ao trabalho, tipos de doenças e gênero. Os quadros de dor severa foram mais comuns nos homens e isso aconteceu porque, provavelmente, eles desempenham no trabalho tarefas que exigem mais da musculatura da região lombar. A severidade de sintomas mostrou ser menor entre as mulheres, produzindo diferenças nos índices de afastamento (69).

Os coeficientes de mortalidade masculina são cerca de 50% maiores, mas em relação à morbidade, existe um equilíbrio entre homens e mulheres, com base no

número de hospitalizações. Entretanto esse equilíbrio deixa de existir em algumas situações laborais nas quais os homens apresentam risco superior, é o caso de doenças de notificação compulsória como tétano, leishmaniose tegumentar americana, leptospirose. Além disso, pelas diferenças culturais relacionadas ao gênero, eles estão também mais susceptíveis a agravos advindos do manuseio de animais peçonhentos, pesticidas e cargas elevadas. Como o manuseio de carga é um fator de risco para a lombalgia, eles podem ficar expostos a incidentes mais graves que geram afastamentos maiores (114).

Em relação ao absenteísmo por lombalgia, não existe diferença entre os sexos segundo Wijnhoven et al (2007). Entretanto, sobre outros aspectos a diferença de gênero pode ser notada: as mulheres usam mais medicamentos para combater a dor nas costas e os homens referem mais dificuldades funcionais na execução do trabalho (108).

Por outro lado, segundo Ghaffari et al 2006 existe diferença entre o absenteísmo e o gênero. Na extensa amostra de trabalhadores iranianos do ramo industrial, as mulheres relataram o sintoma de lombalgia com mais frequência, porém o absenteísmo foi maior entre os homens (95).

Enfim, as diferenças discutidas entre os riscos inerentes a cada gênero servem para justificar a grande variedade de achados entre os estudos apresentados. E também para reforçar que homens e mulheres estão susceptíveis a desenvolverem lombalgia por motivos específicos ao sexo, advindos de diferenças fisiológicas, sociais e culturais que permeiam os processos produtivos.

Na população estudada não houve diferença estatisticamente relevante entre os gêneros, porém houve uma frequência de ausências bem maior na população feminina o que está de acordo com a maior parte da literatura discutida. Acredita-se que esse fato possa ser justificado por questões genéticas e hormonais, pela maior utilização dos serviços de saúde e pela conciliação de trabalho-família inerente do sexo feminino.

Por outro lado, a maior duração das ausências masculinas pode indicar que os homens estejam se afastando por quadros de lombalgias mais severos advindos, inclusive, do exercício de atividades laborais mais pesadas.

Para prevenção de lombalgia nessa população do estudo, sugere-se a inserção de noções ergonômicas básicas em programas já existentes voltados para a saúde da mulher. E, como os homens desempenham tradicionalmente funções

mais pesadas do ponto de vista físico, a reeducação de hábitos poderia ser feita no próprio local de trabalho acompanhada de uma modernização dos instrumentos e técnicas laborais.

5.3.2 Faixa Etária

Ao se analisar a distribuição do número de afastamentos por faixas etárias, não se verificou diferença entre elas. Entretanto, em relação ao número de dias ausentes, ocorreu significância ($p < 0,001$). A faixa etária com maior média de dias de afastamento por servidor foi a acima de 58 anos. O mesmo ocorreu em ambos os anos do estudo (tabela 6).

Tabela 6- Caracterização, segundo faixa etária dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009

Característica	2008				2009			
	Nº de afastamento		Dias de afastamento		Nº de afastamento		Dias de afastamento	
	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média
Idade (anos)								
18-27	10(4,2)	1,00	72(2,03)	7,20	24(5,86)	1,60	232(3,36)	15,47
28-37	38(17,59)	1,09	403(11,38)	11,51	80(19,55)	1,25	954(13,84)	14,91
38-47	74(34,25)	1,16	963(27,19)	15,05	145(35,45)	1,38	2273(32,98)	21,65
48-57	67(31,01)	1,31	1405(39,67)	27,55	110(26,89)	1,38	2341(33,97)	29,26
≥58	27(12,5)	1,29	698(19,71)	33,24	50(12,22)	1,35	1090(15,82)	29,46
Total	216(100,0)	1,19	3541(100,0)	19,56	409(100,0)	1,36	6890(100,0)	22,89

Teste Kruskal Wallis (Para nº de afastamentos em 2008 $p=0,120$, em 2009 $p=0,671$; para dias de afastamento em 2008 e 2009 $p<0,001$)

Em relação à proporção, as pessoas na faixa etária entre 38 e 47 anos geraram um maior número de casos de ausências. No entanto, foi a faixa etária seguinte de 48 a 57 anos que apresentou pessoas que se ausentaram por mais

dias. Esses achados, por sua vez, são coerentes com as idades predominantes na amostra em 2008 e 2009.

Dois estudos sobre absenteísmo geral encontraram uma faixa etária próxima dessa. Um deles (77), com profissionais de enfermagem, relatou idade entre 30 e 39 anos e outro, com bancários (75), encontrou predominância de absenteístas entre 40 e 49 anos. O autor do último estudo atribuiu esse achado à maior exposição aos riscos ocupacionais uma vez que os indivíduos mais velhos eram também os com maior tempo de empresa.

No presente estudo, a média de tempo na função foi de 10 anos e a média de idade, 44 anos. Isso leva a acreditar que o envelhecimento dos servidores associado à exposição aos riscos do trabalho aumentam a frequência das ausências e isso foi estatisticamente verdadeiro para a relação entre idade e duração das ausências.

Achados diferentes foram encontrados por Sancinetti et al (2009), onde não houve relevância na relação entre idade e afastamento do trabalho (115), e por Barham e Begum (2005) que acharam predominância das ausências entre os indivíduos mais jovens (62).

Ao se analisar a literatura específica de absenteísmo, pode-se perceber que ainda não existe um consenso de resultados principalmente porque a diferença de idade está associada a várias fases da vida e da carreira.

O estudo Luxembourg sobre trabalho apontou que em 1997, dos doze países pesquisados, nove possuíam maiores taxas de absenteísmo entre pessoas mais velhas, especialmente na faixa etária entre 55 e 64 anos. Os dados mostram uma pequena diferença nos percentuais encontrados, mas ao se analisar o montante das faltas, o fator idade ganhou importância (111).

Em Portugal, Ponte (2005) encontrou uma associação estatisticamente relevante entre idade e lombalgia, a faixa etária mais acometida foi de 50 a 65 anos. O estudo foi transversal, de base populacional e contou com 300 participantes. Em toda a amostra, 18,6% das pessoas se afastaram por lombalgia (116).

Segundo Sandanger et al (2000) a lombalgia é mais frequente entre as pessoas mais jovens, porém conduzem a maiores faltas ao trabalho entre as pessoas de faixa etária mais elevada. A perda da resistência da estrutura muscular e a vulnerabilidade a novos agravos foi uma explicação para tais achados (69).

Já Pransk et al (2005) compararam trabalhadores com faixa etária abaixo e acima de 55 anos, analisando os efeitos de doenças ocupacionais no desempenho

do trabalho. Responderam os questionários cerca de 3.056 pessoas distribuídas nos dois grupos. Os funcionários acima de 55 anos possuíam mais problemas de saúde, lesões com maior severidade, porém mais satisfação no trabalho e boa recuperação laboral. Por sua vez, os indivíduos com menos de 55 anos demonstraram mais sintomas de depressão e problemas econômicos advindos da doença ocupacional, interferindo na qualidade de vida. Em relação à perda de tempo de trabalho, não houve diferença significativa entre os grupos (117).

Os autores acreditam que essa discreta vantagem das pessoas acima de 55 anos aconteça por motivos trabalhistas. As pessoas mais velhas já construíram suas carreiras e estão mais focadas na aposentadoria, portanto não têm muitos motivos para a insatisfação com o futuro no trabalho. Além disso, em muitos casos, como no serviço público, já incorporaram ao salário gratificações ou bonificações, gerando menos impacto financeiro no momento do afastamento (117).

A diversidade de fatores apontados para a questão faixa etária e absenteísmo por lombalgia sugerem que a idade isoladamente não é uma explicação para o achado, mas sim as relações entre a idade, profissão, satisfação e relacionamento no trabalho, ganhos financeiros, tipo de vínculo trabalhista e outros.

No presente estudo, a frequência de afastamentos de pessoas com idade superior a 38 anos e a relevância estatística para aquelas com mais de 58 pode ter ocorrido por um somatório de fatores. As variáveis pesquisadas permitem apenas inferir que o envelhecimento natural das estruturas musculoesqueléticas associado à atuação na função por mais de 10 anos com exposição prolongada aos fatores de risco podem ter contribuído para o resultado. Soma-se ainda a possibilidade de processos degenerativos que tendem a aumentar sua ocorrência conforme avança a idade.

5.3.3 Estado Civil

Pela observação da tabela 7, percebe-se que não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre o estado civil em relação ao número de casos ou dias de afastamento em 2008 e 2009.

Tabela 7- Caracterização, segundo o estado civil dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009

Característica	2008				2009			
	Nº de afastamento		Dias de afastamento		Nº de afastamento		Dias de afastamento	
	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média
Estado civil								
Solteiro	69(31,94)	1,10	1005(28,38)	15,95	144(35,2)	1,37	2262(32,83)	21,54
Casado	121(56,01)	1,26	2155(60,85)	22,45	219(53,54)	1,33	3800(55,15)	23,03
Divorciado	18(8,33)	1,20	285(8,04)	19,00	36(8,8)	1,44	693(10,05)	27,72
Viúvo	8(3,7)	1,14	96(2,71)	13,71	10(2,44)	1,67	135(1,95)	22,50
Total	216(100,0)	1,19	3541(100,0)	19,56	409(100,0)	1,36	6890(100,0)	22,89

Teste Kruskal Wallis (Para nº de afastamentos em 2008 $p=0,322$, em 2009 $p=0,138$; dias de afastamento em 2008 $p=0,032$, em 2009 $p=0,309$)

Em relação à proporção, os achados são bastante homogêneos, pois nos dois anos estudados houve uma prevalência superior a 50% de pessoas casadas que se afastaram mais vezes e por mais dias.

Nesse sentido, os achados são compatíveis com os relatados por Silva, Pinheiro e Sakurai que encontrou entre os absenteístas percentuais acima de 60% de pessoas casadas (75). Outros estudos também mostraram essa tendência dos casados a se afastarem com maior frequência (88, 90,60).

Ponte (2005) (116) encontrou resultados diferentes em seu levantamento, no qual ficou demonstrado que a lombalgia relacionou-se com o estado civil, sendo mais prevalente no grupo de divorciados e viúvos. Segundo a autora, possivelmente o fato de viver sozinho somado com outros fatores psicossociais caracterizou esse estado civil como fator de risco para dor nas costas.

Não foram encontrados outros estudos que associassem as duas variáveis e acredita-se que essa escassez ocorra pela diversidade de outras variáveis consideradas como de confundimento. Isso ocorre porque o estado civil relatado pode ser modificado de forma rápida e nos estudos de corte os resultados ficariam difíceis de analisar. Além do mais, as diversidades culturais e individuais dificultam estabelecer relações entre estar com um companheiro e ter auxílio no processo saúde-doença ou o contrário.

O censo de 2010 realizado pelo IBGE mostrou que em 2009, entre os casamentos legais, a idade média de idade das mulheres ao se casar foi de 26 anos e dos homens de 29 anos. A média de idade para o divórcio, também em 2009, foi respectivamente 43 e 40 anos para homens e mulheres respectivamente. A média de idade da amostra foi de 44 anos, portanto acredita-se tratar de um período da vida onde a maioria das pessoas esteja casada, isso talvez explique de forma simplista a prevalência de tal estado civil (119).

5.3.4 Escolaridade

Em 2008 e 2009, não existiu relação significativa entre o grau de instrução e os afastamentos ocorridos, tanto na análise do número de eventos como na duração dos mesmos.

Em relação aos percentuais, os servidores com nível fundamental geraram mais casos de ausências e faltas por mais dias. Vale lembrar que essa escolaridade foi a prevalente entre a amostra. Entretanto, ao se analisar as médias, percebe-se que os trabalhadores com nível superior geraram afastamentos mais longos (tabela 8).

Tabela 8- Caracterização, segundo a escolaridade dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009

Característica	2008				2009			
	Nº de afastamento		Dias de afastamento		Nº de afastamento		Dias de afastamento	
	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média
Escolaridade								
Fundamental	98(45,37)	1,24	1539(43,46)	19,48	160(39,11)	1,42	2642(38,34)	23,38
Médio	59(27,31)	1,11	810(22,87)	15,28	135(33,00)	1,29	2058(29,86)	19,60
Superior	59(27,31)	1,20	1192(33,66)	24,33	114(27,87)	1,37	2190(31,78)	26,39
Total	216(100,0)	1,19	3541(100,0)	19,56	409(100,0)	1,36	6890(100,0)	22,89

Teste Kruskal Wallis (Para nº de afastamentos em 2008 $p=0,452$, em 2009 $p=0,710$; para dias de afastamento em 2008 $p=0,366$, em 2009 $p=0,829$)

Em três estudos independentes (77,90,118) realizados com profissionais de enfermagem de nível médio e superior, os autores encontraram um maior número de faltas entre aqueles de nível médio. As explicações vão desde o grau de responsabilidade, quanto maior, menor falta, até a exposição às más condições de trabalho que são mais frequentes nos trabalhadores de nível médio que lidam com manuseio de carga no cuidado ao paciente.

Alguns estudos apontam que níveis de escolaridade menor implicam em trabalhos com maiores riscos ergonômicos para o desenvolvimento de lombalgias, pois geralmente envolvem a manutenção de carga com movimentos torcionais de tronco. Somado a isso existe a dificuldade econômica, essas pessoas recebem salários mais baixos e possuem menos recurso financeiro para o tratamento das disfunções (116,111).

Wijnhoven et al (2007) analisaram a dor musculoesquelética sob quatro aspectos: limitação funcional, incapacidade para o trabalho, afastamento do trabalho e uso dos serviços de saúde. Todos eles estavam associados negativamente ao nível de escolaridade. Os autores inferem que pessoas com níveis de escolaridade mais baixos conseguem empregos com condições de trabalho adversas, favorecendo o surgimento de várias doenças principalmente do tecido conjuntivo e muscular (108).

Na Alemanha, um estudo baseado em questionário, aplicado a 7.124 pessoas entre 18 e 79 anos de idade, foi feito para detectar a prevalência da lombalgia na população e sua relação com alguns fatores de risco. O sintoma esteve presente em 59% dos entrevistados e as mulheres de meia idade com baixa escolaridade demonstraram, de forma significativa, maior prevalência de dor lombar (32).

Uma ampla pesquisa de base populacional foi conduzida por Leclerc et al na França onde mais de 15.000 pessoas participaram. O objetivo foi de pesquisar a associação entre lombalgia e nível educacional. Houve uma forte relação entre as duas variáveis, sendo que os sintomas foram mais relatados entre as pessoas de baixo nível de escolaridade (31).

Os autores desse estudo verificaram que, entre os trabalhadores com baixa escolaridade, o hábito de fumar era mais frequente, as ocupações exercidas envolviam atividades mais cansativas e com maior manuseio de cargas. Logo, a escolaridade também estava interligada com a exposição profissional e o estilo de vida (31).

Resultados semelhantes foram encontrados por Kwon et al (2006). Eles investigaram 772 pessoas saudáveis e 80 referiram dor lombar. Dentre essas, houve uma significância com o nível de escolaridade, sendo mais prevalente entre aquelas com menos anos de estudo. Os achados também foram atribuídos à diferença de tarefas conforme a ocupação, pois a escolaridade mais baixa relaciona-se com profissões que lidam com vibração no corpo todo e tarefas manuais pesadas (120).

Em resumo, a análise do nível educacional desdobra-se em outras variáveis como a ocupação e as condições sócio-econômicas. Assim, no geral, quem tem menor escolaridade consegue empregos em atividades mais danosas para o corpo e é exatamente a parcela da população com remuneração menor e condições mais precárias de cuidado com a saúde, que vai desde os hábitos de vida até ao acesso aos recursos de tratamento.

No presente estudo, não houve relevância na associação entre escolaridade e lombalgia, mas os afastamentos foram mais frequentes entre os servidores com nível fundamental. Essa informação é relevante na elaboração das políticas de otimização da saúde do trabalhador que precisam de campanhas preventivas que alcancem o público alvo de forma satisfatória e de recursos para melhoria das ferramentas e condições de trabalho.

5.3.5 Tipo de Vínculo

As LTS dos servidores comissionados são registradas na Junta Médica Municipal até o 15º dia, a partir daí o afastamento ocorre pelo INSS. Para corrigir a diferença no banco de dados da duração dos afastamentos entre os efetivos e os comissionados, foram incluídas apenas as LTS de até 15 dias dos servidores efetivos. Esse ajuste de cálculo fez-se necessário apenas na associação entre os afastamentos e o tipo de vínculo.

O vínculo de trabalho é também uma variável importante, pois a crença geral, e achados de alguns autores (74,121,122) é que as pessoas que gozam de estabilidade no emprego se afastam mais por não temerem a perda do trabalho.

Em 2008, não se encontrou diferença significativa entre os vínculos com o município e os afastamentos. Entretanto, em 2009, houve uma relação entre o

vínculo e os dias de ausência ($p= 0,011$), sendo que os comissionados ausentaram-se por mais dias que os demais, com uma média de 11,20 dias ausentes por cada servidor absenteísta. O mesmo não ocorreu quanto ao número de afastamentos, sem diferenças estatisticamente relevantes como demonstra a tabela 9.

Tabela 9- Caracterização, segundo o tipo de vínculo dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009

Característica	2008				2009			
	Nº de afastamento		Dias de afastamento		Nº de afastamento		Dias de afastamento	
	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média
Vínculo								
Efetivo estável	92(70,77)	1,02	858(71,38)	9,33	120(61,54)	1,03	1208(64,77)	10,07
Efetivo não estável	18(13,85)	1,06	152(12,64)	8,44	60(30,77)	1,08	489(26,22)	8,15
Comissionado	20(15,38)	1,05	192(15,97)	9,60	15(7,69)	1,07	168(9,00)	11,20
Total	130(100)	1,03	1202(100)	9,25	195(100)	1,05	1865(100)	9,56

Teste Kruskal Wallis (Para nº de afastamentos em 2008 $p=0,649$, em 2009 $p=0,346$; para dias de afastamento em 2008 $p=0,661$, em 2009 $p=0,011$)

Os servidores públicos brasileiros, principalmente os municipais, ainda não são alvo frequente dos estudos de absenteísmo. Pode-se mencionar três pesquisas (77,121,122) feitas em hospitais públicos tendo como amostra os profissionais de enfermagem ausentes por causas diversas. Um deles (77) encontrou um maior número de dias de afastamento entre os servidores temporários, fato justificado pelos autores como fruto do maior comprometimento dos efetivos. Os outros dois (121,122) acharam resultado diferente, ou seja, uma frequência maior de ausências entre os servidores efetivos e a estabilidade no cargo foi um dos fatores apontados na discussão.

O absenteísmo foi analisado como fator de risco para demissão ou desemprego entre trabalhadores públicos municipais temporários e efetivos da Finlândia. O vínculo efetivo demonstrou efeito protetor sobre a manutenção do emprego, o que foi atribuído ao seguro e pensão a que esses funcionários têm

direito. Homens jovens e mulheres com vínculo do tipo temporário possuíram maior risco de perda de emprego devido às faltas (123).

No presente estudo não se confirmou, pelos dados de 2009, o fato de a estabilidade na função ser um fator que influencia no aumento dos índices de absenteísmo. Acredita-se que isso tenha ocorrido devido ao compromisso dos funcionários de carreira que, atualmente no município, constituem a maioria dos servidores.

Em relação ao estágio probatório, existem evidências de que nesse período os funcionários procuram se afastar menos. Tal fato pode ser exemplificado por um estudo conduzido na Alemanha onde os contratos formais, públicos ou privados, contam com um período de, no geral, seis meses de estágio probatório. Findo esse prazo, o empregador pode optar pelo desligamento do funcionário ou a contratação que envolve aumento do salário e algumas proteções do ponto de vista jurídico (124).

As informações foram retiradas de um banco de dados nacional e os resultados confirmaram a hipótese inicial dos pesquisadores: os índices de absenteísmo são maiores após o período probatório principalmente entre os servidores públicos. A segurança e as garantias do contrato pós probatório foram a justificativa dada para os achados (124).

No caso dos servidores municipais de Goiânia, aqueles em estágio probatório afastaram-se menos quando comparados com os efetivos, isso está de acordo com o estudo alemão (124). No entanto, a situação das pessoas em estágio probatório merece estudos futuros, principalmente a respeito da tendência temporal dos afastamentos, isso porque de 2008 para 2009 os percentuais de número e duração das ausências elevou-se mais que 100%. É preciso entender o que está ocorrendo com essa classe para que intervenções eficientes possam ser propostas.

Não fez parte dos objetivos deste estudo comparar o setor público com o privado, mas é interessante acrescentar na discussão alguns estudos a esse respeito para que se possa entender as particularidades do setor público.

Sendo assim, menciona-se o estudo de Martins et al (2005) feito em São Paulo no qual os autores compararam uma empresa privada com uma pública, no caso a prefeitura de Araçatuba. O índice de gravidade e a duração média das ausências foram maiores no setor público, indicando que seus trabalhadores ausentam-se por períodos mais prolongados. Em contrapartida, o índice de

frequência foi maior na empresa privada indicando que esses funcionários faltam mais vezes ao trabalho. Os autores inferiram que essa diferença ocorreu porque muitas vezes no serviço público existe a possibilidade da falta abonada e o empregado pode usar desse benefício para cuidar de sua saúde, principalmente se a falta for de um a dois dias (125).

Essa explicação é bastante razoável e na prefeitura de Goiânia o próprio estatuto (84) permite três faltas mensais justificadas por motivo médico que são administradas no próprio local de trabalho, sem haver necessidade de registros na Junta Médica Municipal. Sem dúvida que esse fato também mascara o índice de frequência do absenteísmo, então se pode considerar que os números aqui encontrados poderiam ser maiores.

Em uma ampla pesquisa de cobertura nacional feita no Reino Unido nos anos de 2003 e 2004 foi apontado que os funcionários do setor público afastaram-se mais vezes e por mais dias que os funcionários do setor privado (62). O fato também ocorreu em cinco países da Europa avaliados pelo estudo de Luxembourg onde foi estabelecida uma relevante associação entre o absenteísmo e o serviço público (111).

A estabilidade no emprego parece ser um ponto relevante, mas existem outros fatores pouco discutidos. O serviço público geralmente envolve ambientes de trabalho grandes com vários níveis hierárquicos e, muitas vezes, a chefia mais próxima não possui muita autonomia de autoridade. Além disso, ele também reúne maiores números de funcionários susceptíveis ao absenteísmo que são do sexo feminino e com faixa etária superior ao de empresas privadas (126).

A maioria das empresas privadas é de pequeno e médio porte enquanto que as públicas são predominantemente de grande porte. Quando é feito um ajuste das discrepâncias de tamanho de ambiente e perfil de funcionários em relação a sexo e idade, as diferenças diminuem de 3,3 para 0,3 dias a mais de faltas no setor público. Portanto as afirmações generalistas que o funcionário público falta mais são até certo ponto infundadas e enganosas segundo Paton (127).

Além do mais, o servidor público está ligado a prestação de serviços essenciais à população, isto leva a um grande número de funcionários envolvidos diretamente com a resolução de problemas das pessoas. Essa assistência direta deixa o servidor mais exposto a altos níveis de estresse, ficando mais susceptível a desenvolver vários problemas de saúde (71).

Para finalizar, a relevância estatística entre afastamento e o vínculo de servidor comissionado foi um resultado inesperado e difere da maioria dos estudos pesquisados. É possível que a situação administrativa atual de Goiânia tenha criado um ambiente favorável para os servidores efetivos, pois a maior parte do quadro de funcionários é representada por essa classe (13) e também nos últimos anos têm sido aprovados e encaminhados planos de carreira de alguns segmentos (128). Sendo assim, os efetivos podem ter assumido uma posição de maior comprometimento com a carreira pública como foi mencionado no estudo de Reis et al (122).

Os servidores comissionados pelo fato de estarem em uma condição de livre exoneração e, portanto, alta rotatividade não podem ficar excluídos da elaboração de medidas estratégicas para a redução do absenteísmo. Também, independente do vínculo com o município, o servidor público precisa receber uma atenção diferenciada nas discussões sobre a saúde do trabalhador.

Afinal o emprego público possui particularidades na forma de organização e gestão do ambiente de trabalho, incluindo a relação com a chefia. Além disso, o concurso público garante a universalidade de acesso e isso faz com que a parcela de pessoas com maior risco de absenteísmo esteja presente de forma relevante na carreira pública mais que na privada.

5.3.6 Tempo na Função

O tempo no exercício da função não apresentou relação com o número de afastamentos, porém houve significância estatística entre essa variável e os dias de ausência ($p \leq 0,05$) tanto no ano de 2008 quanto no de 2009. Os servidores com 19 a 26 anos de tempo na função foram os que se afastaram por mais dias (tabela 10).

Essa relação também foi encontrada por Silva, Pinheiro e Sakurai (2008), mais especificamente entre os bancários com mais de 21 anos de empresa. O autor acredita que o estágio probatório seja um fator inibidor do absenteísmo, contribuindo para baixos eventos no início da carreira e, por outro lado, os anos de serviço provocam um acúmulo de exposição do corpo aos riscos de desenvolver doenças (75). Tal fato também serve para justificar os achados desse estudo sobre a

lombalgia, pois ela é influenciada por fatores de riscos ocupacionais, principalmente os ergonômicos.

Tabela 10- Caracterização, segundo o tempo na função dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009

Característica	2008				2009			
	Nº de afastamento		Dias de afastamento		Nº de afastamento		Dias de afastamento	
	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média
Tempo na função(anos)								
0- 2	47(21,75)	1,12	456(12,87)	10,86	101(24,69)	1,36	1173(17,02)	15,85
3-10	88(40,74)	1,21	1305(36,85)	17,88	141(34,47)	1,26	2271(32,96)	20,28
11-18	38(17,59)	1,15	888(25,07)	26,91	94(22,98)	1,57	1608(23,33)	26,80
19-26	33(15,27)	1,27	705(19,9)	27,12	50(12,22)	1,32	1497(21,72)	39,39
≥ 27	10(4,62)	1,43	187(5,28)	26,71	23(5,62)	1,35	341(4,95)	20,06
Total	216(100,0)	1,19	3541(100,0)	19,56	409(100,0)	1,36	6890(22,89)	22,89

Teste Kruskal Wallis (Para nº de afastamentos em 2008 $p=0,769$, em 2009 $p=0,484$; para dias de afastamento em 2008 $p=0,004$, em 2009 $p<0,001$)

Saastamoinen et al (2009) fizeram um estudo envolvendo 5.819 trabalhadores na meia idade, de 40 a 60 anos. Os resultados demonstraram que esse grupo de pessoas esteve exposto a doenças ocupacionais tanto agudas como crônicas, pois acumularam no decorrer de suas carreiras o efeito dos anos de trabalho, principalmente em relação aos riscos psicossociais (129).

Em relação aos percentuais, o número de ausências esteve bem distribuído entre as faixas de tempo com pequena prevalência para a classe com 3 a 10 anos de trabalho (tabela 10).

Ao se criar as categorias, foi proposital a eleição de uma que separasse da amostra o tempo referente ao estágio probatório, ou seja, 0 a 2 anos. Então essa faixa temporal é cinco anos mais curta que as demais e possui um significado diferente na análise. Cerca de um quinto dos afastamentos ocorreu nos dois primeiros anos de carreira.

Resultados semelhantes foram encontrados na Bélgica onde foi realizada uma pesquisa com 972 jovens trabalhadores em seus inícios de carreira. Os autores verificaram que 273 (28%) desenvolveram o seu primeiro episódio de lombalgia nesse emprego inicial e a grande maioria, 47%, no primeiro ano de trabalho. Os achados apontam para uma falha no sistema de treinamento e adaptação das pessoas às funções (130).

A interferência do estágio probatório nos índices de absenteísmo também foi relatada por Riphon et al (1999) em um estudo com grande cobertura populacional feito na Alemanha. Os trabalhadores nesse período mostraram uma probabilidade de afastar-se de 33,1% e, no mês seguinte do término do probatório, esse número subiu para 44,9%. Logo os autores defendem que os trabalhadores tendem a mascarar o número de ausências no início da carreira para criar boas relações com a chefia (124).

No caso da prefeitura de Goiânia, o estágio probatório pode ter inibido as faltas como mencionado por Riphon et al, mas, mesmo assim, os números encontrados são elevados como no caso do estudo belga (130). É possível que déficits nos programas de treinamento aliados com mobiliários e ambientes de trabalho não-ergonômicos possam ter contribuído para esses percentuais no início da carreira.

Concluindo, a variável tempo no serviço apresentou comportamento semelhante ao da idade dos servidores. Houve relação estatisticamente relevante entre dias de afastamento e idade superior a 58 anos e exercício da função entre 19 e 26 anos. Isso reforça o que foi mencionado na discussão da variável idade: o envelhecimento das estruturas musculoesqueléticas somado à exposição prolongada aos fatores de risco com os anos de desempenho na função contribuíram para esse perfil de adoecimento.

5.3.7 Categoria Profissional

A função exercida é outra variável muito estudada, pois existem relações importantes entre os riscos ergonômicos de cada uma delas e a chance de se desenvolver desordens na coluna, principalmente a lombalgia (85).

Com base na tabela 11, pode-se verificar que não houve relação estatisticamente relevante entre as diversas categorias profissionais e os afastamentos. Esse resultado foi o mesmo nos dois anos do estudo.

Analisando os percentuais, no ano de 2008 mais da metade dos absenteístas por lombalgia estavam na categoria de serviço operacional, no entanto as maiores médias de ocorrência e duração de faltas foram entre servidores envolvidos na assistência à educação.

No ano de 2009, os afastamentos ocorreram de forma heterogênea entre as categorias profissionais. O serviço operacional liderou os percentuais e a média de número de casos, seguido pelas categorias de assistência à educação e apoio técnico. Já a média da duração das faltas foi maior no apoio técnico seguido da assistência à educação.

Tabela 11- Caracterização, segundo a categoria profissional dos afastamentos por lombalgia, entre servidores públicos municipais em Goiânia nos anos de 2008 e 2009

Característica	2008				2009			
	Nº de afastamento		Dias de afastamento		Nº de afastamento		Dias de afastamento	
	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média	N(%)	Média
Categoria profissional								
Administrativo	26(12,03)	1,08	350(9,88)	14,58	40(9,77)	1,14	660(9,58)	18,86
Apoio técnico	11(5,09)	1,10	227(6,41)	22,70	50(12,22)	1,39	1128(16,37)	31,33
Serviço operacional	122(56,48)	1,22	1872(52,86)	18,72	201(49,14)	1,43	3090(44,84)	21,91
Assistência saúde	16(7,4)	1,14	139(3,92)	9,93	54(13,2)	1,26	822(12,8)	19,12
Assistência educação	41(18,98)	1,24	953(26,91)	28,88	64(15,64)	1,39	1190(17,27)	25,87
Total	216(100,0)	1,19	3541(100,0)	19,56	409(100,0)	1,36	68,90(100,0)	22,89

Teste Kruskal Wallis (Para nº de afastamentos em 2008 $p=0,750$, em 2009 $p=0,626$; para dias de afastamento em 2008 $p=0,066$, em 2009 $p=0,371$)

A ausência de relevância estatística e o comportamento heterogêneo das médias e percentuais indicam que a divisão em categorias não conseguiu agrupar profissões parecidas do ponto de vista ergonômico. Essa dificuldade ocorreu porque na coleta de dados foram encontradas 70 profissões diferentes (apêndice B) e somente um estudo aprofundado no posto de trabalho conseguiria classificá-las de modo satisfatório.

De qualquer forma, sabe-se que o absenteísmo possui várias causas e a condição de trabalho é uma delas. A exposição a posturas desconfortáveis e as atividades fisicamente pesadas aumentam o risco de ausências, principalmente aquelas prolongadas. Essa relação é válida tanto para homens quanto para mulheres (67).

Um estudo envolvendo dois milhões e novecentos mil funcionários (62) revelou que entre as profissões que envolvem trabalho manual, com menor exigência de capacitação, as dores nas costas foram a segunda causa de afastamento perdendo apenas para pequenos incidentes como resfriados. As categorias profissionais que mais geraram faltas foram o administrativo, os operadores de máquina e os de atendimento ao público.

No Chile, uma comparação de absenteísmo entre quatro tipos de trabalho, segundo tipos de empresa comuns no país, mostrou que os trabalhadores mais afetados são aqueles que trabalham nos hospitais. Em seguida, os demais acometidos são os setores da mineração, têxtil e educação. As principais causas de afastamento foram as doenças respiratórias e as osteomusculares (68).

Na prefeitura de Botucatu, foi feita uma avaliação das condições de trabalho dos servidores braçais. Constatou-se que eles executam tarefas manuais com pouca tecnologia e em posturas anti-ergonômicas. Eles afastaram-se mais que o setor administrativo e as principais causas foram hipertensão arterial, lombalgia, gripe e alcoolismo crônico. Os autores propõem a implantação de um programa voltado aos servidores municipais (131).

Em Salvador, uma amostra aleatória de 577 trabalhadores de uma indústria de plástico serviu de base para se analisar a interação entre as demandas físicas e psicossociais sobre a ocorrência de lombalgia. Os achados não comprovaram a existência de interação entre as demandas, mas demonstraram que ambas individualmente contribuíram para o surgimento de casos de dor lombar (132).

Os fatores físicos avaliados foram: levantar pesos, manter postura em pé ou sentada, esforço com membros superiores, mãos acima dos ombros, rotação e flexão de tronco, pressão sobre objeto de trabalho, movimentos repetitivos com as mãos. É interessante notar que a lombalgia foi desencadeada não só por condições ergonômicas que envolvessem o tronco, mas também os membros superiores como foi o caso dos movimentos repetidos (132). Existe muito a ser estudado sobre os riscos posturais que predispõem a ocorrência de dor nas costas.

Fora do contexto das ocupações, alguns estudos procuraram isolar os fatores de risco sobre a coluna vertebral como potenciais geradores de lombalgia. Exemplo disso foi uma revisão sistemática que englobou 18 artigos de alta qualidade metodológica. Não foram encontradas evidências que pudessem associar a postura sentada ou tempos prolongados em pé ou caminhando com o surgimento de dor nas costas. Os resultados foram conflitantes sobre tarefas que envolvem vibração do corpo todo, atividade de enfermagem, trabalho físico pesado ou com tronco fletido e/ou rodado (40).

Esse achado é coerente com o de outra revisão sistemática que buscou apenas a associação entre a postura sentada no trabalho e/ou ocupações predominantemente sedentárias com o desencadeamento da lombalgia. Os autores não encontraram nada que pudesse confirmar a opinião geral que trabalhar sentado é fator de risco para dor nas costas (133).

Ocupações em que as pessoas precisem utilizar o tronco fletido ou rodado também foram alvo de um estudo do mesmo tipo. As evidências apontaram que flexão ou rotação de tronco isoladamente não são fator de risco para lombalgia e os autores sugerem que o estudo de subcategorias possa esclarecer melhor as relações de causa e efeito (135).

Outra revisão sistemática, com critérios mais específicos, esclareceu melhor essa problemática. Ela buscou a associação da postura sentada com o início de sintomas de lombalgia, mas fez essa busca entre pessoas que trabalhavam pelo menos a metade do expediente sentadas e que possuíam como co-exposição a vibração do corpo todo ou o uso de posturas incômodas ou desajeitadas (136).

Nessa análise, os autores confirmam os estudos anteriores sobre a negativa associação entre postura sentada e lombalgia. Porém quando são adicionados os outros fatores de risco, os resultados mudam. A vibração do corpo todo e a manutenção de posturas incômodas, tanto isoladas quanto combinadas uma com a

outra ou com a postura sentada, são associados com o surgimento de dor nas costas e também de dores ciáticas (136).

A frequência de lombalgia entre pessoas que executam tarefas manuais pesadas é alta, porém indivíduos com atividades leves ou mesmo que não trabalham também relatam sintomas parecidos. A relação isolada entre demanda de trabalho e sintomas é inconsistente.

A lombalgia ocupacional não acontece apenas por fatores ergonômicos desfavoráveis como discutido até o momento. Os fatores psicossociais também são importantes na análise dessas relações entre trabalho e adoecimento. Sendo assim, vale mencionar a coorte de Ghaffari et al (2008) com 4.500 trabalhadores iranianos. Eles analisaram variáveis psicossociais relacionadas ao trabalho e suas contribuições no desencadeamento de lombalgias. As pessoas que relataram altas demandas, baixo controle, tensão, baixa satisfação e apreciação no trabalho demonstraram risco aumentado de sofrer de dor nas costas (137).

Outro estudo sobre fatores de risco psicossociais buscou a associação entre lombalgia e insatisfação no trabalho e baixo suporte social com os colegas de trabalho e supervisor direto. Não houve relação significativa entre os sintomas e a insatisfação no trabalho e baixo suporte social com o supervisor, houve apenas fraca associação com o suporte social de colegas de trabalho. Os autores relacionaram o resultado com a possibilidade da influência de características individuais nas respostas (97).

É importante esclarecer que cada um dos estudos anteriores usou instrumentos de medidas diferentes e exploraram aspectos diversificados da influência de fatores psicossociais no estabelecimento de dores musculoesqueléticas como as lombalgias.

Uma revisão sistemática sobre a atuação de variáveis psicossociais no retorno ao trabalho após lombalgia não crônica também não encontrou evidências de que fatores como ansiedade, depressão, estresse e baixa satisfação pudessem interferir no retorno ao trabalho. A única evidência substancial encontrada foi que a boa expectativa de recuperação interfere positivamente na volta das atividades laborais (138).

Apesar da falta de consenso sobre o assunto, espera-se que as pessoas que trabalham com altas demandas físicas ou psicológicas possuam maior dificuldade na

execução das tarefas. Mas, como comentou Waddel (94), isso pode ser tanto o efeito como a causa da lombalgia.

Como se pode notar, o estabelecimento das relações entre fatores de risco, ocupação e o desencadeamento dos sintomas não é simples. Possivelmente a ausência de diferença significativa neste estudo tenha ocorrido porque a divisão em categorias profissionais não tenha sido capaz de separar a exposição aos riscos de trabalho que são variados e complexos dentro de cada função. Talvez apenas um estudo aprofundado sobre cada função possa esclarecer dúvidas sobre quais seriam as mais expostas.

Em resumo, as demandas físicas ou psicossociais do trabalho podem ser precipitadoras de fatores individuais já existentes para o surgimento da lombalgia. Certas pessoas são mais susceptíveis e certas ocupações possuem risco maior, porém individualmente nenhuma das situações é determinante o suficiente para provar a ocorrência da lombalgia relacionada ao trabalho.

5.3.8 Códigos da CID

O objeto do estudo são as lombalgias representadas pelos códigos da CID M54-; M54.3; M54.4; M54.5; M54.9. É importante esclarecer que alguns servidores se afastaram por outras condições patológicas além da lombalgia e foram também incluídos na análise.

A figura 2 mostra a predominância (mais de três quartos da amostra) de servidores que obtiveram a LTS apenas por lombalgia, demonstrando que o somatório de uma condição patológica com outra não se sobrepôs à lombalgia enquanto motivo isolado.

Pela tabela 12, pode-se constatar relações estatisticamente relevantes em 2008 com a idade, o gênero e a escolaridade. Em 2009, a significância estatística ocorreu com a idade, a escolaridade, o tipo de vínculo e o tempo na função.

Em relação à escolaridade, houve diferença entre os anos, em 2008 a lombalgia relacionou-se com as pessoas de ensino fundamental e no ano de 2009 com as de nível médio.

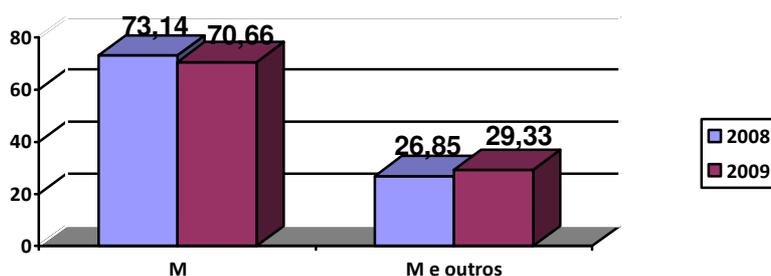


Figura 2 Distribuição do número de afastamentos conforme a presença de lombalgia isolada ou combinada com outras patologias entre os servidores públicos municipais de Goiânia nos anos de 2008 e 2009

Possivelmente, a mudança nos percentuais que ocorreram na escolaridade entre os anos pesquisados pode ter contribuído para essa diferença. Em 2008, 43,6% dos absenteístas possuíam ensino fundamental e apenas 29,3% o nível médio, em 2009 esses percentuais se alteraram para 37,55 e 34,9% respectivamente.

Os dados disponíveis na Junta Médica Municipal (14) separam as licenças segundo os capítulos da CID e, excluindo-se as licenças maternidade e as para acompanhamento de doença em família, no ano de 2008 as maiores causas de afastamento foram os transtornos mentais e comportamentais (18%), convalescença (15%) e doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (15%). Em 2009, os transtornos mentais e comportamentais continuaram em primeiro lugar com 17%, mas as outras duas causas mencionadas empataram em segundo lugar com 15% dos acometimentos.

Esse papel de destaque das desordens osteomusculares também foi relatado por alguns pesquisadores (88,91,115,122). Além disso, outros estudos verificaram que as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo ultrapassaram os transtornos mentais e ocuparam o lugar de primeira causa de absenteísmo de trabalhadores (75,87,90,118,139,140).

Dentro o grupo M-54 da CID, a lombalgia foi a responsável por 43,6% dos afastamentos de profissionais de enfermagem de uma rede de hospitais públicos do estado de Minas Gerais em 2002 (91). Entre bancários estatais, as lombalgias e cervicalgias juntas levaram a 25% dos casos de LTS (75).

Tabela 12-Distribuição da CID com as demais variáveis no ano de 2008 e 2009

CID-10	2008			2009		
	M N (%)	M e outros N (%)	p	M N (%)	M e outros N (%)	p
Idade (anos)						
18- 27	8(5,9)	2(4,4)		12(5,2)	3(4,3)	
28-37	32(23,5)	3(6,7)		58(25,0)	6(8,7)	
38-47	50(36,8)	14(31,1)		83(35,8)	22(31,9)	
48-57	29(21,3)	22(48,9)	0,005	57(24,6)	23(33,3)	0,005
≥ 58	17(12,5)	4(8,9)		22(9,5)	15(21,7)	
Total	136(100,0)	45(100,0)		232(100,0)	69(100,0)	
Gênero						
Feminino	96(70,6)	40(88,9)		175(75,4)	55(79,7)	
Masculino	40(29,4)	5(11,1)	0,014	57(24,6)	14(20,3)	0,462
Total	136(100,0)	45(100,0)		232(100,0)	69(100,0)	
Estado civil						
Solteiro	49(36,0)	14(31,1)		85(36,6)	20(29,0)	
Casado	73(53,7)	23(51,1)		124(53,4)	41(59,4)	
Separado	9(6,6)	6(13,3)		20(8,6)	5(7,2)	
Viúvo	5(3,7)	2(4,4)	0,538	3(1,3)	3(4,3)	0,278
Total	136(100,0)	45(100,0)		232(100,0)	69(100,0)	
Escolaridade						
Fundamental	67(49,3)	12(26,7)		77(33,2)	36(52,2)	
Médio	35(25,7)	18(40,0)		88(37,9)	17(24,6)	
Superior	34(25,0)	15(33,3)	0,028	67(28,9)	16(23,2)	0,015
Total	136(100,0)	45(100,0)		232(100,0)	69(100,0)	
Tipo de Vínculo						
Efetivo estável	97(71,3)	37(82,2)		142(61,2)	55(79,7)	
Efetivo não estável	19(14,0)	7(15,6)		75(32,3)	12(17,4)	
Comissionado	20(14,7)	1(2,2)	0,076	15(6,5)	2(2,9)	0,018
Total	136(100,0)	45(100,0)		232(100,0)	69(100,0)	
Tempo na função (anos)						
0-2	38(27,9)	4(8,9)		67(28,9)	7(10,1)	
3-10	54(39,7)	19(42,2)		86(37,1)	26(37,7)	
11-18	23(16,9)	10(22,2)		43(18,5)	17(24,6)	
19-26	16(11,8)	10(22,2)	0,075	26(11,2)	12(17,4)	0,009
≥ 27	5(3,7)	2(4,4)		10(4,3)	7(10,1)	
Total	136(100,0)	45(100,0)		232(100,0)	69(100,0)	
Categoria profissional						
Administrativo	14(10,3)	10(22,2)		24(10,3)	11(15,9)	
Apoio técnico	6(4,4)	4(8,9)		27(11,6)	9(13,0)	
Serviço operacional	81(59,6)	19(42,2)		107(46,1)	34(49,3)	
Assistência Saúde	12(8,8)	2(4,4)	0,090	37(15,9)	6(8,7)	0,422
Assistência Educação	23(16,9)	10(22,2)		37(15,9)	9(13,0)	
Total	136(100,0)	45(100,0)		232(100,0)	69(100,0)	

Teste Qui Quadrado

As lombalgias também foram a maior causa de absenteísmo em um estudo comparativo entre o setor público e privado feito em São Paulo em 2002. A má postura foi o fator mencionado como a principal causa desse distúrbio (125).

Na Suécia, a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos também é uma realidade. Um levantamento entre 21.000 funcionários públicos mostrou que as principais causas de falta ao trabalho no país são: dores cervicais e/ou nos ombros, dor nas costas e osteoartrites (141).

Um estudo semelhante foi feito na Noruega com achados interessantes. As doenças mentais foram as mais prevalentes na população, seguidas pelas lombalgias. Porém, ao se analisar o absenteísmo, a situação se inverteu e as lombalgias passaram a ser responsáveis por maior ocorrência de falta ao trabalho, possivelmente porque afetam de forma direta a execução de tarefas (69).

Além dos índices de prevalência, a crença das pessoas sobre a lombalgia é um aspecto que deve ser levado em consideração, pois ele afeta diretamente as medidas educativas de prevenção. Gross et al (2006) fizeram um levantamento de base populacional em duas províncias do Canadá com o objetivo de saber o que as pessoas pensam sobre a dor nas costas. Elas mostraram-se pessimistas, acreditando tratar-se de um problema grave, de longa duração e que prejudica a funcionalidade. Entre os indivíduos que já se afastaram do trabalho, as associações foram ainda mais negativas (142).

Uma campanha de educação e saúde para lombalgias foi feita na Escócia entre os anos de 2000 e 2004 com o objetivo de mudar a crença das pessoas a respeito do cuidado com as costas. Foram utilizados: emissoras de rádio, site na internet, panfletos e propagandas na televisão. Antes da campanha, 55% das pessoas acreditavam que a disfunção em questão requeria repouso e apenas 40% achavam que manter-se ativo era importante para a não piora do quadro. Após o processo de educação esses números mudaram para 30% e 60% respectivamente (143).

Esse programa de educação também aferiu os efeitos da informação sobre o absenteísmo e, até o momento, as faltas ao trabalho, tanto em número de casos quanto na duração, estão em uma tendência de queda. Ainda não se pode atribuir os resultados à campanha, mas as mudanças da situação estão sob observação.

Portanto os programas preventivos precisam ganhar uma dimensão mais abrangente. É necessário informar às pessoas que as lombalgias podem ser evitadas, mas para isso deve haver uma mudança de hábitos ligados não somente ao trabalho, mas à vida cotidiana, inclusive ao lazer. A crença de malignidade precisa ceder lugar para a informação.

As consequências advindas da lombalgia são diversas, a hospitalização é uma delas. Trata-se de um evento raro nesse caso, mas com custos altos o que demonstra a severidade a que pode chegar uma doença. Kaaria et al (2005) verificaram em uma coorte prospectiva que as pessoas com lombalgia, que se ausentam do trabalho por esse motivo e possuem sintomas frequentes e/ou irradiação para membros, possuem maior risco de hospitalização por complicações da dor nas costas (144).

A dor lombar, como outras disfunções, também pode estar associada a um aumento de comorbidades. Daí o fato de alguns autores classificarem essa dor como uma síndrome, pois ela pode vir acompanhada de dor em toda a coluna, nas pernas e cabeça, distúrbios do sono, ansiedade e depressão (145).

Isso traz importantes reflexões sobre a gravidade que as disfunções da coluna lombar podem acarretar. Como elas não levam à morte ou não causam grandes números de internações, existe uma tendência a menosprezar seus efeitos. Talvez a consequência mais importante a ser lembrada seja as incapacidades funcionais que afetam o cotidiano do indivíduo pelo resto da vida, comprometendo o trabalho, o lazer, as inter-relações pessoais e sociais.

Como foi visto, a lombalgia é uma das principais causas atuais de afastamento do trabalho gerando prejuízos diversos e é relevante lembrar que se trata de uma disfunção de ordem predominantemente mecânica, portanto passível de prevenção, principalmente em nível primário de atenção à saúde.

6 CONCLUSÃO

Este estudo possui limitações que devem ser apresentadas. Como foi uma pesquisa descritiva, não houve pareamento de indivíduos e grupo controle de servidores sem dor, assim não é possível determinar as relações de causa e efeito, ou seja, se as variáveis do estudo são causadoras ou conseqüências da lombalgia. Outra questão, ocorrida pelo modelo da política municipal e do registro no banco de dados, é o estudo dos afastamentos superiores a três dias. Dessa forma, os dados revelados não incluem o universo total de ausências, que deixariam os números encontrados maiores ainda.

Mesmo com as limitações, os objetivos geral e específicos foram alcançados e este estudo concluiu que:

1. O perfil das pessoas que se afastaram por lombalgia foi o mesmo em ambos os anos do estudo com os percentuais representando respectivamente os anos de 2008 e 2009: sexo feminino, 75,1% e 76,4%; com idade entre 38 e 47 anos, 35,4% e 34,9%; de estado civil casado, 53% e 54,8%; com ensino fundamental, 43,6% e 37,5%; servidor efetivo estável, 74% e 65,4%; com 3 a 10 anos de exercício da função, 40,3% e 37,2% e predominantemente do serviço operacional, 55,2% e 46,8%;
2. Os indicadores de absenteísmo revelam valores consideráveis por tratar-se do estudo de uma dentre várias alterações de saúde e eles foram respectivamente em 2008 e 2009: índice de frequência 0,009 e 0,016; índice de gravidade 0,15 e 0,27; proporção de tempo perdido 13,89% e 27,34%; duração média das ausências 16,39 e 16,84 dias. A SEMAS em 2008 demonstrou o maior índice de gravidade (0,61) e duração média das ausências (24,12 dias). Em 2009, a COMDATA mostrou o maior índice de gravidade (1,52) e a terceira maior duração de ausências (45 dias). A proporção de tempo perdido foi mais alta nas SMS e SME, sendo na primeira 1,65% em 2008 e 7,58% em 2009, e na última, 8,25% e 14,17% em 2008 e 2009 respectivamente.
3. Em relação às características sociodemográficas, houve relevância estatística ($p \leq 0,05$) apenas na comparação entre os dias de afastamentos e a idade dos servidores, tanto no ano de 2008 quanto de 2009;

4. Em relação às características relacionadas ao trabalho, houve relevância estatística ($p \leq 0,05$) na comparação entre os dias de afastamento e o tipo de vínculo no ano de 2009 e com o tempo na função em ambos os anos;
5. A lombalgia demonstrou relações estatisticamente relevantes ($p \leq 0,05$) em 2008 com a idade, o gênero e a escolaridade. Em 2009, a significância estatística ocorreu com a idade, a escolaridade, o tipo de vínculo e o tempo na função.

7 RECOMENDAÇÕES

Algumas recomendações podem ser feitas a partir deste trabalho:

1. Sugere-se um estudo do tipo analítico como uma coorte, mesmo que retrospectiva, para que respostas consistentes possam ser achadas a respeito da problemática aqui levantada;
2. Alguns indicadores de absenteísmo aumentaram de 2008 para 2009, para esclarecer o fato sugere-se um estudo de tendência temporal com um intervalo de pelo menos dez anos;
3. Os aspectos financeiros gerados pela falta ao trabalho não foram pesquisados, mas são importantes no processo de mensuração dos efeitos do absenteísmo sobre a prefeitura de Goiânia, portanto estudos futuros que incluam essa variável podem ser úteis;
4. Comparações entre o setor público e privado também podem ser relevantes no entendimento de como a organização do trabalho interfere no adoecimento das pessoas;
5. A lombalgia é um distúrbio musculoesquelético passível de prevenção através da utilização de recursos simples como a educação em saúde, portanto acredita-se que os investimentos devam ser mais concentrados em nível primário de atenção à saúde.

O processo de construção desta dissertação trouxe o amadurecimento de algumas questões que extrapolam o objeto de estudo e, portanto, ficam abertas para uma reflexão sobre o tema:

1. O atual modelo de saúde do trabalhador é insuficiente, pois seus laços industriais não permitiram ainda a incorporação de outras classes de trabalhadores a exemplo os informais e os servidores públicos. Portanto um desafio proposto é criar novos conceitos que abriguem uma concepção mais ampla do que seja saúde do trabalhador, afinal o servidor público está à margem das discussões da assistência à saúde oferecida pelo SUS;

2. A crise atual de empregos faz com que as pessoas pensem primeiro no emprego e as questões relacionadas com a saúde ficam para um segundo plano. Os estudos na área da saúde do trabalhador servem para suscitar discussões que propiciem a mudança dessa cultura. Então se deixa o alerta: o servidor público é um tipo de trabalhador que está sujeito ao adoecimento específico no exercício de sua função e merece entrar de forma efetiva na pauta de discussão dos temas da área;
3. A imagem do servidor público precisa ser reconstruída, pois o generalismo e o preconceito fazem com que essa parcela trabalhadora seja vista como uma classe que não merece mais nenhum benefício, afinal já possui diversas regalias. É necessário um “desarmamento” ideológico, pois a política do privilégio não pode ser regra geral;
4. Sugere-se que o poder público municipal faça uso desse estudo para o debate da saúde de seus servidores a fim de conseguir estratégias consistentes para a redução do adoecimento por uma desordem da coluna passível de prevenção. Deseja-se que esse processo não ocorra com ênfase na política do controle dos afastamentos, mas sim guiado por diretrizes que modifiquem o processo trabalho-doença;
5. Sugerem-se novas pesquisas sobre perfis epidemiológicos de outras prefeituras e até mesmo de outras instâncias administrativas para que, paulatinamente, se possa traçar um perfil de saúde geral do funcionalismo público brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Wünsch Filho V. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. Rev Bras Med Trab. 2004; 2 (2): 103-117.
2. Paula CR. Condições de trabalho, atividade e referência a agravos: um estudo em servidores públicos federais de Santa Catarina [dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, 2006.
3. Ramminger T, Nardi HC. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. Revista do Serviço Público. 2007; 58 (2): 213-225.
4. Lacaz, FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho saúde. Cad Saúde Pública. 2007; 22 940: 757-766.
5. Mendes R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores: I morbidade. Rev Saúde Pública. 1988; 22 (4): 311-326.
6. Schilling RSF. More effective prevention in occupational health practice? J Soc Occup Med. 1984; 34: 71-9.
7. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 2006; 15 Suppl: S192-300.
8. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. J Spinal Disord. 2000; 13 (3): 205-217.
9. Maetzel A, Li L. The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 and 2001. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2002; 16 (1) : 23-30.
10. Quick TC, Lapertosa JB. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. Rev Bras Saúde Ocup. 1982; 40 (10): 62-7.
11. Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. A prevenção do absenteísmo no trabalho: sinopse de uma investigação. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias; 1997. 44p.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades @ [Internet]. Brasil: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; [acesso em 7 de agosto de 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

13. Prefeitura de Goiânia, Instituto de Planejamento Municipal, Assessoria de Planejamento. Estatística do Quantitativo dos Servidores. Goiânia, Prefeitura de Goiânia, 2010.
14. Prefeitura de Goiânia, Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos, Junta Médica Municipal. Estatística de Atendimento. Goiânia, Prefeitura de Goiânia, 2010.
15. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saúde Pública. 1991; 25:341-9.
16. Mynaio-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10 (4): 797-807.
17. Ministério do Trabalho (BR). Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília (DF); 2004.
18. Arcuri ASA. A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente. 2007; 2 (4): 1-9.
19. Di Pietro, MSZ. Direito administrativo. 15ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.
20. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado, 1988. 136 p.
21. Batista LMG, Cavalcante JHD. Administração de pessoal no serviço público: regime jurídico único. CADRHU. 1999; 3: 329-340.
22. Carneiro SAM. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas – a experiência na prefeitura de São Paulo. Revista do Serviço Público. 2006; 57(1):23-49.
23. Mendes R, Dias EC. Saúde dos trabalhadores. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, editores. Epidemiologia & saúde. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 431-456.
24. Ministério da Saúde do Brasil. Representação no Brasil da OPAS/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília. Ed. MS. 2001; 580p.
25. Ehrlich GE. Low back pain. Bull World Health Organ. 2003; 81(9):671-6.
26. Dione CE, Dunn KM, Croft PR, et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. Spine. 2008; 33(1):95-103.

27. Stanton TR, Latimer J, Maher CG, et al. Definitions of recurrence of an episode of low back pain: a systematic review. *Spine*. 2009; 34(9):E316-22.
28. Wasiak R, Young AE, Dunn KM, et al. Back pain recurrence: an evaluation of existing indicators and direction for future research. *Spine*. 2009; 34(9):970-7.
29. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J*. 2003; 12:149-65.
30. Altinel L, Kose KC, Ergan V, et al. The prevalence of low back pain and risk factors among adult population in Afyon region, Turkey. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2008; 42(5):328-33.
31. Leclerc A, Gourmelen J, Chastang JF, et al. Level of education and back pain in France: the role of demographic, lifestyle and physical work factors. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009; 82:643-52.
32. Schneider S, Mohnen SM, Schiltenswolf SM, et al. Co morbidity of low back pain: representative outcomes of a national health study in the Federal Republic of Germany. *Eur J Pain*. 2007; 11:387-97.
33. Spyropoulos P, Papathanasiou G, Georgoudis G, et al. Prevalence of low back pain in Greek public office workers. *Pain Physician*. 2007; 10:651-60.
34. Almeida ICGB, Sá KN, Silva M. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Rev Bras Ortop*. 2008; 43(3):96-102.
35. Teixeira ER, Okimoto MLLR. Aplicação da equação de NIOSH em onze tarefas de levantamento manual de cargas em empresas da região metropolitana de Curitiba e a incidência de lombalgia nos trabalhadores envolvidos. In: XIV Congresso Brasileiro de Ergonomia; 29/10-02/10/2006; Curitiba. Curitiba: ABERGO; 2006.
36. Barreto M. A indústria do vestuário e a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. *Cadernos de Saúde do Trabalhador*. 2000:1-26.
37. Bréder VF, Dantas EHM, Silva MAG et al. Lombalgia e fatores psicossociais em motoristas de ônibus urbano. *Fitness & Perform J*. 2006; 5 (5):295-299.
38. Jorge MCTC. A postura de trabalho em pé: um estudo com trabalhadores lojistas [dissertação]. Florianópolis: Ed UFSC; 2003.
39. Costa EDGMM, Arias AJ, Oliveira SM. Prevalência de síndromes dolorosas osteomusculares em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS). *Einstein*. 2007; 5(1):37-43.

40. Baker ADL; Burke JG. Back pain: background, aetiology, diagnosis and treatment. *The Foundation Years*. 2008; 4 (8):302-8.
41. Diamond S, Borenstein D. Chronic low back pain in a working-age adult. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006; 20(4):707-20.
42. Guisado JP. Contribucion al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev Ortp Traumatol*. 2006; 20(2).
43. Morales MIC, Queraltó JM, Fernández JV. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clínica y Salud*. 2008; 19 (3):379-392.
44. Brage S, Sandanger I, Nygard JF. Emotional distress as a predictor for low back disability. *Spine*. 2007; 32(2):269-74.
45. Manek NJ, MacGregor AJ. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk, factors, and prognosis. *Epidemiology and Prevention*. 2005; 17:134-40.
46. Leboeuf-Y C. Back pain – individual and genetic factors. *J Electromyogr Kinesiol*. 2004; 14:129-33.
47. Schepper EIT, Damen J, Meurs JBJ, et al. The association between lumbar disc degeneration and low back pain: the influence of age, gender, and individual radiographic features. *Spine*. 2010; 35(5):531-6.
48. Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, et al. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results- guidance for future prognosis reviews. *J Clin Epidemiol*. 2009; 62:781-96.
49. Bhangle SD, Sapru S, Panush RS. Back pain made simple: an approach based on principles and evidence. *Cleve Clin J Med*. 2009; 76(7):393-9.
50. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J*. 2008; 8:8-20.
51. Martin BI, Turner JA, Mirza SK, et al. Trends in health care expenditures, utilization, and health status among US adults with spine problems, 1997-2006. *Spine*. 2009; 34:2077-84.
52. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, et al. Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain*. 2009; 13:280-86.
53. Ricci JA, Stewart WF, Chee E, et al. Back pain exacerbations and lost productive time costs in United States workers. *Spine*. 2006; 31(26):3052-60.
54. Wasiak R, Kim J, Pransky G. Work disability and costs caused by recurrence of low back pain: longer and more costly than in first episodes. *Spine*. 2006; 31(2):219-25.

55. Ministério do Trabalho e Emprego. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2007. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2008. 718 pag.
56. Permanent commission and international association on occupational health: sub-committee on absenteeism: draft recommendations. *Br J Ind Med.* 1973; 30(4):402-3.
57. Chiavenato I. Recursos humanos: o capital humano das organizações. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2004.
58. Mallada FJR. A gestão do absentéismo trabalhista nas empresas espanholas Universidade de Alcalá de Henares. 2004. Disponível in: < <http://kplus.cosmo.com.br/materia.asp?co=131&rv=Direito>>.
59. Dejours, C. A loucura do trabalho: um estudo da psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.
60. Silva DNPP, Marziale MIP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Latino-am enferm.* 2000; 8(5):44-51.
61. Brant LC, Minayo-Gomez C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1):213-23.
62. Barhan C, Begum N. Sickness absence from work in the UK. *Labor Market Trends.* 2005: 149-58.
63. Cheng ASK, Hung LK. Socio-demographic predictors of work disability after occupational injuries. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy.* 2007; 7(2):45-53.
64. Chibnall JT, Tait RC. Long-term adjustment to work-related low back pain: associations with sócio-demographics, claim processes, and post settlement adjustment. *Pain Med.* 2009; 10(8):1378-88.
65. Hirschfeld RR, Schmitt LP, Bedeian AG. Job-content perceptions performance-reward expectancies and absenteeism among low-wage public-sector clerical employees. *J Bus Psychol.* 2002. 16(4):553-64.
66. Lidwall W, Marklund S. What is healthy work for women and men? A case-control study of gender - and sector – specific effects of psycho-social working conditions on long-term sickness absence. *Works.* 2006; 27:153-63.
67. Lund T, Labriola M, Christensen KB, et al. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: prospective findings among a cohort of 5357 employees in Denmark. *BMJ.* 2006; 1-4.

68. Mesa FR, Kaempffer AM. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral em Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Rev Méd Chile*. 2004; 132:1100-8.
69. Sandanger I, Nygard JF, Brage S, et al. Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences: a comparison of low-back pain, psychiatric disorders, and injuries. *Scand J Public Health*. 2000; 28:244-52.
70. Munch-Hunsen T, Wieclaw J, Agerbo E. Sickness absence and workplace levels of satisfaction with psychosocial work conditions at public service workplaces. *Am J Ind Med*. 2009; 52:153-161.
71. Coffey M, Dugdill L, Tattersall A. Stress in social services: mental wellbeing, constraints and job satisfaction. *Br J Soc Work*. 2004; 34:735-46.
72. Stansfeld SA, Rael EGS, Head J, et al. Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychol Med*. 1997; 27:35-48.
73. Libet JM, Frueh BC, Pellegrin KL, et al. Absenteeism and productivity among mental health employees. *Adm Policy Ment Health*. 2001; 29(1):41-50.
74. Riphahn RT. Employment protection and effort among German employees. *Econ Lett*. 2004; 85:353-7.
75. Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Perfil de absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(2): 2049-58.
76. Santos, JP. Absenteísmo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010; 35 (121): 148-156.
77. Inoue KC, Matsuda LM, Silva DMPP, et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2):209-14.
78. Junior GG, Corrêa Filho HR, Vieira Neto JD, et al. Absenteísmo – doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS campinas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(3):401-9.
79. Nogueira DP, Azevedo CAB. Absenteísmo-doença em mulheres. *Rev Bras Saúde Ocup*. 1982; 38(10): 48-51.
80. Moniz AE. Controle estatístico do ausentismo-doença. *SOS Saúde Ocup Secur*. 1978; 13(1):26-33.
81. Rampazzo L. Metodologia científica. 3ª ed. São Paulo: Editora Loyola; 2005. 141p.

82. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 596p.
83. Goiânia. Decreto nº 073, de 29 de janeiro de 2010. Aprova o regimento interno da Secretaria Municipal de administração e Recursos Humanos, e dá outras providências. Gabinete do prefeito de Goiânia, GO, 2010.
84. Goiânia. Estatuto dos servidores públicos do município de Goiânia. Instituto de Planejamento Municipal, Assessoria de Planejamento, Goiânia, GO, jun. 1997.
85. Cecin HA, Molinar MHC, Lopes MAB et al. Dor lombar e trabalho: um estudo sobre a prevalência de lombalgia e lombociatalgia em diferentes grupos ocupacionais. Rev Bras Reumatol. 1991; 31 (2): 50-6.
86. Iguti AM, Hoehne EL. Lombalgias e trabalho. Rev Bras de Saúde Ocupac. 2003; 28(107/108):73-88.
87. Sala A, Carro ARL, Correa NA, et al. Licenças médicas entre trabalhadores de secretaria de estado de saúde de São Paulo de 2004. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(10):2168-78.
88. Cunha JB, Blank VLG, Boing AF. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). Rev Bras Epidemiol. 2009; 12(2):226-36.
89. Santos JP. Absenteísmo-doença em uma prefeitura do sul do Brasil [dissertação]. Canoas; 2008.
90. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2009; 62(1):38-44.
91. Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-am Enferm. 2005; 13(3):364-73.
92. Danatro D. Ausentismo laboral de causa médica em uma institución pública Montevideo: 1994-1995. Rev Med Uruguay. 1997; 13:101-9.
93. Gomero Cuadra R, Llap Yesan C. Absenteísmo laboral de origem médica em El hospital Toquepala en El 2001. Rev Med Hered. 2004; 15(2):96-101.
94. Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. Occup Med. 2001; 51(2):124-135.
95. Ghaffari M, Alipour A, Jensen I, et al. Low back pain among Iranian industrial workers. Occup Medicine. 2006; 56:455-60.

96. Stanton TR, Henschke N, Maher CG, et al. after an episode of acute low back pain, recurrence is unpredictable and not as common as previously thought. *Spine*. 2008; 33(26):2923-28.
97. Mielenz TJ, Garrett JM, Carey TS. Association of psychosocial work characteristics with low back pain outcomes. *Spine*. 2008; 33(11):1270-5.
98. Pincus T, Burton AK, Vogel S, et al. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002; 27(5):E109-20.
99. Gheldof ELM, Vinck J, Vlaeyen JWS, et al. Development of and recovery from short-and long-term low back pain in occupational settings: a prospective cohort study. *Eur J Pain*. 2007; 11:841-54
100. Steenstra IA, Knol DL, Bongers PM, et al. What works best for whom? An exploratory, subgroup analysis in a randomized, controlled trial on the effectiveness of a workplace intervention in low back pain patients on return to work. *Spine*. 2009; 34(12):1243-9.
101. Burton AK. How to prevent low back pain. *Best Prac Res Clin Rheumatol*. 2005; 19(4):541-55.
102. Tveito TH, Hysing M, Eriksen HR. Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. *Occup Medicine*. 2004; 54:3-13.
103. Henrotin YE, Cedraschi C, Duplan B, et al. Information and low back pain management. *Spine*. 2006; 31(11):E326-34.
104. Bergstrom G, Bodin L, Hagberg J, et al. Does sickness presenteeism have an impact on future general health. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009; 82:1179-90.
105. Bergstrom G, Bodin L, Hagberg J, et al. Sickness Presenteeism today, Sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *J Occup Environ Med*. 2009; 51:629-38.
106. Caverley N, Cunningham JB, MacGregor JN. Sickness presenteeism, sickness absenteeism. And health following restructuring in a public service organization. *Journal of Management Studies*. 2007; 44:304-19.
107. Monteiro Filho G. Segredos da estatística em pesquisas científicas. 1^a ed. Goiânia: GEV; 2004.
108. Wijnhoven HAH, Vet HCW, Picavet HSJ. Sex differences in consequences of musculoskeletal pain. *Spine*. 2007; 32 (12):1360-7.

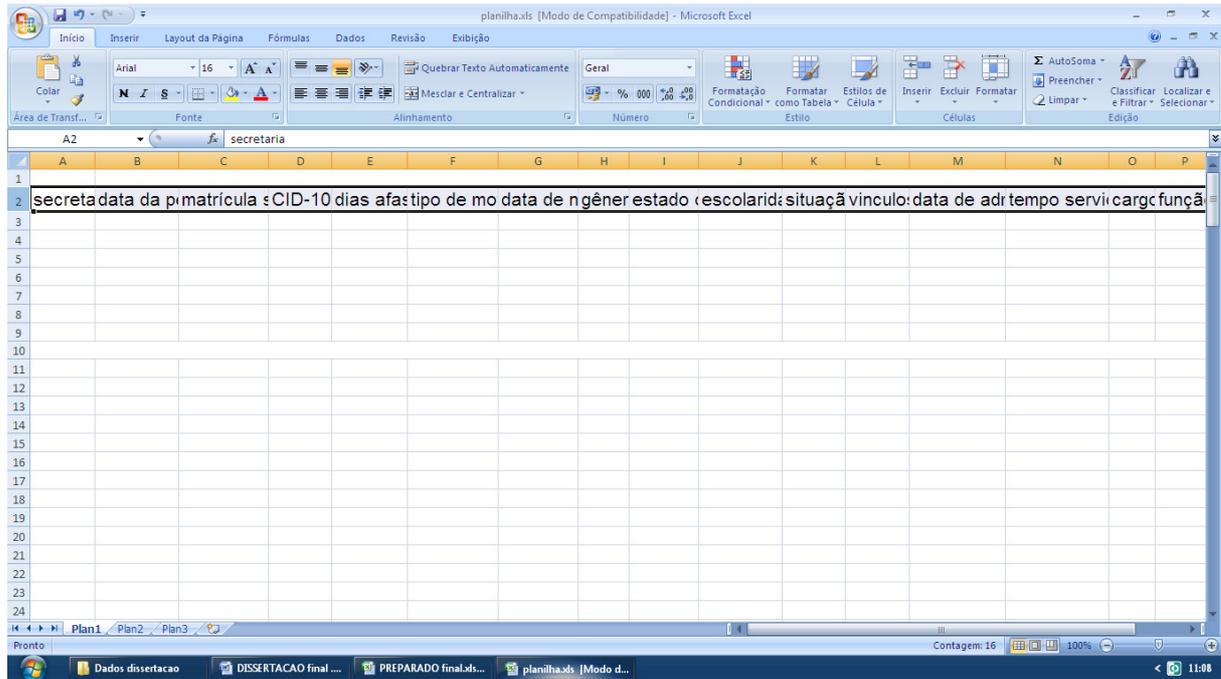
109. Wijnhoven HAH, Vet HCW, Smit HA, et al. Hormonal and reproductive factors are associated with chronic low back pain and chronic upper extremity pain in women: the morgen study. *Spine*. 2006; 31(13):1496-502.
110. Nogueira DP, Laurenti R. Absenteísmo por doença em mulheres. *Rev Saúde Pública*. 1975; 9:393-9.
111. Bliksvar T, Helliesen A. *Sickness absence: a study of 11 LES Countries*. Oslo: Luxembourg employment study. Working paper series nº 3. 1997; 1-34.
112. Vingard E, Lindberg P, Josephson M, et al. Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: a three-year follow-up study. *Scand J Public Health*. 2005;33:370-5.
113. Ahn S, Song R. Bone mineral density and perceived menopausal symptoms: factors influencing low back pain in postmenopausal women. *J Adv Nurs*. 2009; 65(6):1228-36.
114. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10 (1):35-46.
115. Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, et al. Absenteísmo – doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):1277-83.
116. Ponte C. Lombalgia em cuidados de saúde primários: sua relação com características sociodemográficas. *Rev Port Clin Geral*. 2005; 21:259-67.
117. Pransky GS, Benjamin KL, Savageau JÁ, et al. Outcomes in work-related injuries: a comparison of older and younger workers. *Am J Ind Med*. 2005.47:104-12.
118. Alves M, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(2):195-200.
119. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do registro civil 2009 [Internet]. Brasil: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; [acesso em 20 de novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2009/comentarios.pdf>
120. Kwon MA, Shim WS, Kim MH, et al. A correlation between low back pain and associated factors: a study involving 772 patients who had undergone general physical examination. *J Korean Med Sci*. 2006; 21:1086-91.
121. Becker SG, Oliveira MLC. Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric Center in Manaus, Brasil. *Rev Latino-am Enferm*. 2008; 16(1):109-14.

122. Reis RJ, La Rocca PF, Silveira AM, et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(5):616-23.
123. Virtanen M, Kivimaki M, Vahtera J, et al. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occup Environ Med*. 2008; 63:212-7.
124. Riphahn RT, Thalmaier A. Behavioral effects of probation periods: an analysis of worker absenteeism. Discussion Paper. nº 67. Germany: IZA, 1999. 26p.
125. Martins RJM, Garbin CAS, Garbin AJI, et al. Ausentismo odontológico y médico em el servicio público y privado. *Rev ADM*. 2005; 62(4):142-7.
126. Hunter M. Happy and healthy workplaces. *Community Care*. 2009; 1778: 31.
127. Paton N. High public sector sick leave rates are a misinterpretation. *Occup Health*. 2006; 58 (9): 1-3.
128. Prefeitura de Goiânia, Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos [Internet]. Goiânia: Prefeitura de Goiânia, 2010; [acesso em 20 de novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.goiania.go.gov.br/html/smarh/legislacao.shtml>
129. Saastamoinen P, Laaksonen M, Leino-Arjas P, et al. Psychosocial risk factors of pain among employees. *Eur J Pain*. 2009; 13:102-8.
130. Van Nieuwenhuysse A, Fatkhutdinova L, Verbeke G, et al. Risk factors for first-ever low back pain among workers in their first employment. *Occup Medicine*. 2004; 54:513-9.
131. Tolosa DER, Mendes R. Avaliação das condições de trabalho dos servidores braçais de instituição pública. *Rev Saúde Publ*. 1991; 25(2): 139-49.
132. Fernandes RCP, Carvalho FM, Assunção AA, et al. Interação entre demandas físicas e psicossociais na ocorrência de lombalgia. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(2):326-34.
133. Bakker WEP, Verhagen AP, Trijffel EV, et al. Spinal mechanical load as a risk factor for low back pain. *Spine*. 2009; 34 (8): 281-293.
134. Hartvigsen J, Leboeuf-Y C, Lings S, et al. Is sitting-while-at-work associated with low back pain? A systematic, critical literature review. *Scand J Public Health*. 2000; 28: 230-8.

135. Wai EK, Roffey DM, Bishop P et al. Causal assessment of occupational bending or twisting and low back pain: results of a systematic review. *Spine J.* 2010; 10:76-88.
136. Lis AM, Black KM, Korn H, et al. Association between sitting and occupational LBP. *Eur Spine J.* 2007; 16: 283-298.
137. Ghaffari M, Alipour A, Farshand AA, et al. Effect of psychosocial factors on low back pain in industrial workers. *Occup Medicine.* 2008; 58:341-7.
138. Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2008; 65:507-17.
139. Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(3):337-42.
140. Alves M, Godoy SCB. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. *Rev Min Enferm.* 2001; 5(1/2):73-81.
141. Heijbel B, Josephson M, Jensen I, et al. Employer, insurance, and health system response to long-term sick leave in the public sector: policy implications. *J Occup Rehabil.* 2005; 15(2):167-76.
142. Gross DP, Ferrari R, Russell AS, et al. A population-Based survey of back pain beliefs in Canada. *Spine.* 2006; 31(18):2142-5.
143. Waddell G, O'Connor M, Booman S, et al. Working backs Scotland: a public and professional health education campaign for back pain. *Spine.* 2007; 32(19): 2139-43.
144. Kaaria S, Kaila-Kangas L, Kirjonen J, et al. Low back pain, work absenteeism, chronic back disorders, and clinical findings in the low back as predictors of hospitalization due to low back disorders. a 28-year follow-up of industrial employees. *Spine.* 2005; 30(10):1211-8.
145. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR, et al. Comorbid subjective health complaints in low back pain. *Spine.* 2006; 31(13):1491-95.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ILUSTRAÇÃO DA PLANILHA DE COLETA DE DADOS



APÊNDICE B – CATEGORIZAÇÃO DAS PROFISSÕES

Administrativo	Apoio técnico	Serviço operacional	Assistência à saúde	Assistência à educação
Recepcionista	Técnico de higiene dental	Torneiro	Auxiliar de enfermagem	Professor regente ciclo I
Assistente administrativo	Técnico saneamento	Coveiro	Técnico de enfermagem	Professor regente ciclo II
Supervisor administrativo	Técnico radiologia	Pajem	Enfermeiro	Professor regente ciclo III
Auxiliar administrativo	Auxiliar consultório dentário	Pintor	Médico	Professor regente ciclo I educador físico
Chefe de divisão	Técnico laboratório análises clínicas	Calheiro	Farmacêutico	Educador físico
Administrativo	Auxiliar de farmácia	Servente de obras	Cirurgião dentista	Professor regente CMEI
Secretário	Auxiliar apoio educacional	Pedreiro	Assistente social	Professor EAJA
Auxiliar de secretaria	Biomédico	Eletricista semáforos	Arte terapeuta	Professor EAJA 1- 4ª série
Auxiliar ambiente informatizado	Outros	Eletricista obras		Professor EAJA 1-8ª série
Apoio técnico administrativo		Fiscal		Professor coordenador
Diretor		Readaptado serviços diversos		Professor
Auxiliar apoio administrativo I		Porteiro/servente		Profissional educação II
Procurador jurídico I		Agente trânsito		
Escriturário		Guarda municipal		
Secretária executiva		Motorista		
Atendente telemarketing		Auxiliar de cozinha		
		Merendeira		
		Cozinheira		
		Copeira		
		Auxiliar serviço higiene/alimentação		
		Auxiliar serviço de higiene/limpeza		
		Auxiliar limpeza		
		Faxineira		
		Limpeza prédio/zelador		

ANEXO

**ANEXO A – TESTE DE COMPROVAÇÃO DE NORMALIDADE DAS
VARIÁVEIS**

Tabela de Anexo – Teste de comprovação de normalidade de cada uma das variáveis

FATOR	N	MEDIA	DP	Z	P
2008					
Nº afastamentos por					
servidor	181	1,19	0,47	6,707	<0,001
Dias afastamento	181	19,56	23,59	3,968	<0,001
Idade	181	44,75	10,31	0,649	0,793
Tempo na função	181	10,04	8,48	1,846	0,002
2009					
Nº afastamentos por					
servidor	301	1,36	0,78	7,667	<0,001
Dias afastamento	301	22,89	27,08	4,554	<0,001
Idade	301	44,31	10,17	0,861	0,449
Tempo na função	301	10,10	8,75	2,836	<0,001

Teste de aderência Kologorv-Smirnov para de uma variável para comprovação ou não de normalidade.

ANEXO B – TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO I

Vimos gentilmente solicitar ao Sr. Dr. Orion Elias Sampaio, diretor da Junta Médica Municipal de Goiânia, autorização para a realização da pesquisa intitulada: Perfil do Absenteísmo por Lombalgia nos Servidores Públicos Municipais da Cidade de Goiânia. Essa pesquisa constitui parte das exigências para a conclusão do curso de mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Essa solicitação tem como objetivo esclarecer e firmar acordo por escrito a respeito da permissão concedida à pesquisadora Cristina Aparecida Neves Ribeiro para que a mesma tenha acesso ao banco de dados dessa unidade visando a realizar coleta sistemática de dados pertinentes ao que foi exposto no projeto.

Essa permissão está sendo concedida sem qualquer forma de coação ou ameaça física. Além disso, os dados colhidos serão referenciados sem a identificação dos pacientes que terão o seu sigilo e privacidade respeitados segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para a garantia dessa utilização também será assinado pela pesquisadora o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (anexo B)

Cabe ainda esclarecer que essa pesquisa não implica em ônus de qualquer natureza para a instituição e para os pacientes; todo o material coletado ficará sob a guarda do pesquisador e utilizado exclusivamente para fins de pesquisa; o estudo não possui caráter identificatório e objetiva traçar o perfil do absenteísmo dos servidores que se afastam por lombalgia. As dúvidas sobre a pesquisa podem ser sanadas com a pesquisadora através do telefone: 062- 8113-0904 e 3091-6080.

Após ter tomado conhecimento dos termos, de forma livre e esclarecida, solicito sua assinatura abaixo que expressa sua concordância em permitir a realização da pesquisa nessa Junta Médica.

Eu, Orion Elias Sampaio, diretor geral da Junta Médica Municipal de Goiânia, tendo lido o acima exposto e estando plenamente esclarecido a respeito de seu conteúdo, autorizo o acesso da pesquisadora Cristina Aparecida Neves Ribeiro às dependências e ao banco de dados desse local conforme o termo dessa pesquisa. Estou ainda ciente de que os resultados poderão ser publicados para ampliar e difundir o conhecimento científico, sempre preservando a privacidade dos envolvidos.

Dr. Orion Elias Sampaio
Diretor da Junta Médica Municipal de Goiânia

Goiânia, ____, de _____ de 2010.

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Eu, Cristina Aparecida Neves Ribeiro, na qualidade de autora e pesquisadora do projeto Perfil do Absenteísmo por Lombalgia nos Servidores Públicos Municipais da Cidade de Goiânia, comprometo-me a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados da base de dados da Junta Médica Municipal de Goiânia. Concordo igualmente que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução desse projeto. Comprometo-me a fazer a divulgação das informações coletadas somente de forma anônima no que diz respeito aos sujeitos.

Cristina Aparecida Neves Ribeiro

Goiânia, _____ de _____ de 2010.

ANEXO D – TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO II

Vimos gentilmente solicitar ao Sr. Dr. Edson Araújo Lima, secretário da Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos de Goiânia, autorização para a realização da pesquisa intitulada: Perfil do Absenteísmo por Lombalgia nos Servidores Públicos Municipais da Cidade de Goiânia. Essa pesquisa constitui parte das exigências para a conclusão do curso de mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Essa solicitação tem como objetivo esclarecer e firmar acordo por escrito a respeito da permissão concedida à pesquisadora Cristina Aparecida Neves Ribeiro para que a mesma tenha acesso ao banco de dados da Junta Médica Municipal visando a realizar coleta sistemática de dados pertinentes ao que foi exposto no projeto.

Essa permissão está sendo concedida sem qualquer forma de coação ou ameaça física. Além disso, os dados colhidos serão referenciados sem a identificação dos pacientes (servidores) que terão o seu sigilo e privacidade respeitados segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para a garantia dessa utilização também será assinado pela pesquisadora o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (anexo B)

Cabe ainda esclarecer que essa pesquisa não implica em ônus de qualquer natureza para a instituição e para os pacientes; todo o material coletado ficará sob a guarda do pesquisador e utilizado exclusivamente para fins de pesquisa; o estudo não possui caráter identificatório e objetiva a traçar o perfil do absenteísmo dos servidores que se afastam por lombalgia. As dúvidas sobre a pesquisa podem ser sanadas com a pesquisadora através do telefone: 062- 8113-0904 e 3091-6080.

Após ter tomado conhecimento dos termos, de forma livre e esclarecida, solicito sua assinatura abaixo que expressa sua concordância em permitir a realização da pesquisa na Junta Médica.

Eu, Edson Araújo Lima, secretário da Secretaria Municipal de Recursos Humanos de Goiânia, tendo lido o acima exposto e estando plenamente esclarecido a respeito de seu conteúdo, autorizo o acesso da pesquisadora Cristina Aparecida Neves Ribeiro às dependências e ao banco de dados do local mencionado conforme o termo dessa pesquisa. Estou ainda ciente de que os resultados poderão ser publicados para ampliar e difundir o conhecimento científico, sempre preservando a privacidade dos envolvidos.

Dr. Edson Araújo Lima
Secretário da Secretaria Municipal de Recursos Humanos de Goiânia

Goiânia, ____, de _____ de 2010.

ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **046/10**

Título do Projeto: “Perfil do absenteísmo por lombalgia nos servidores públicos municipais de Goiânia”.

Pesquisadora Responsável: Cristina Aparecida Neves Ribeiro

Data de Entrada: 20/04/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **046/10** com o título: “Perfil do absenteísmo por lombalgia nos servidores públicos municipais de Goiânia”, analisado na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 04 de maio de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 23 de junho de 2010.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB