

A CONTRIBUIÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÕES PARA A VIGILÂNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR: UM ENFOQUE SOBRE O ABSENTEÍSMO

THE CONTRIBUTION OF AN INFORMATION SYSTEM TO HEALTH SURVEILLANCE AT WORK: A FOCUS ON ABSENTEEISM

LA CONTRIBUCIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: UN ENFOQUE SOBRE EL AUSENTISMO

Samantha Reikdal Oliniski¹
Leila Maria Mansano Sarquis²

RESUMO

O objetivo com este estudo foi avaliar a contribuição de um sistema de informações em um serviço ocupacional de uma empresa estatal para a vigilância à saúde do trabalhador. Para tal, foi selecionado um relatório gerado pelo sistema de informações da instituição, no qual são apresentados os dados relacionados aos afastamentos médicos. Com base nesse relatório, foram analisados os índices de absenteísmo da empresa, ou seja, índice de frequência e porcentagem de tempo perdido em 2007. Verificou-se que o relatório foi bastante útil na ordenação e na elaboração dos índices estudados e que o sistema de informações utilizado é uma ferramenta potencial para a equipe de saúde da instituição, para o levantamento de dados de saúde e morbidade dos trabalhadores e, conseqüentemente, contribui para o delineamento de ações de vigilância à saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Sistema de Informações; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Absenteísmo.

ABSTRACT

This research aimed to evaluate an information system used in a state company occupational unit and its contribution to health surveillance at work. A report containing data related to the workers' health certificate and generated by the company's information system was selected. Based on this report the absenteeism rates were analyzed i.e. the frequency rate and the percentage of working time lost during 2007. The report was found to be extremely valuable for the data organization, and the information system used in the company was a potential tool for the health team to provide data regarding health and morbidity amongst the workers. It contributes to delineate actions for health surveillance at work.

Key words: Occupational Health and Safety; Information Systems; Health Surveillance at Work; Absenteeism.

RESUMEN

Este estudio tuvo por objeto evaluar la contribución de un sistema de información en el departamento ocupacional de una empresa estatal para controlar la salud de los trabajadores. Para ello fue seleccionado un informe generado por el sistema de información de la institución que presenta los datos relacionados a las licencias médicas. En base a este informe fueron analizados los índices de ausentismo de la empresa, o sea, índice de frecuencia y porcentaje de tiempo perdido en 2007. Se verificó que el informe fue bastante útil para ordenar y elaborar los índices estudiados y que el sistema de información utilizado es una herramienta potencial para el equipo de salud de la institución pues sirve para relevar datos de salud y morbidez de los trabajadores y, conseqüentemente, contribuye a delinear acciones de vigilancia de la salud de los trabajadores.

Palabras clave: Salud de los Trabajadores; Sistemas de Información; Vigilancia de la Salud de los Trabajadores; Ausentismo.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Vice-gerente do Setor de Medicina e Segurança do Trabalho do Instituto de Tecnologia do Paraná.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.
Endereço para correspondência: Rua José Casagrande, 233, Curitiba-PR. CEP: 0820-590. E-mail: saoliniski@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Dentre as ações relativas à saúde do trabalhador, a vigilância à saúde se destaca como a de maior relevância. Por meio dela são identificados os agravos, as doenças e os riscos à saúde do trabalhador; produzidos, divulgados e analisados os dados de investigação epidemiológica, bem como são identificados os assuntos relevantes para a implantação e a implementação de programas de saúde e segurança no trabalho.

A vigilância à saúde do trabalhador reúne duas áreas de atuação: vigilância em saúde e saúde do trabalhador. Trata-se de um processo no qual estão articuladas as ações de controle sanitário e epidemiológico voltadas para a promoção, proteção e atenção à saúde dos trabalhadores. Ela é um eixo fundamental para que as práticas voltadas para a saúde do trabalhador sejam consolidadas, de modo que os agravos provenientes da relação saúde-trabalho sejam antecipados, haja a prevenção e a promoção da saúde, bem como seja interrompido o ciclo processo/ambiente de trabalho-doença-morte no País.¹

A vigilância à saúde do trabalhador é formada por três componentes estruturais²: tecnológico, epidemiológico e social. Dentre os componentes sociais, destacam-se a situação econômica, a organização e a conscientização dos trabalhadores; já as avaliações de riscos e tipo de tecnologia empregada em determinado processo produtivo se configuram como componentes tecnológicos; e, por fim, o componente epidemiológico é o articulador entre eles, uma vez que a

epidemiologia organiza e relaciona as informações de saúde com o processo de trabalho; identifica, descreve e analisa características comuns e heterogêneas das repercussões sanitárias em distintos estratos de trabalhadores; e possibilita a construção de grupos estratificados segundo características comuns relacionadas ao processo de trabalho.^{2:38}

Cabe ao enfermeiro do trabalho, nesse contexto, avaliar as condições de saúde, segurança e periculosidade dos ambientes de trabalho; a coleta e a análise de dados estatísticos de morbimortalidade da população trabalhadora; e o planejamento e a execução de programas de educação sanitária.³ Para tal, o enfermeiro precisa congrega diferentes informações e dados, tais como identificação e mapeamento de riscos e exposições a agentes químicos, físicos, biológicos e ergonômicos; tipo e número de trabalhadores expostos; frequência, ocorrência, concentração e localização da exposição; número e causas de afastamentos e acidentes de trabalho; levantamento das doenças e agravos que acometem os trabalhadores; natureza e resultados dos exames ocupacionais.

Tendo em vista a complexidade e número de dados a analisar, algumas instituições estão adotando o uso de sistemas de informação em seus serviços de saúde ocupacional, os quais “congregam um conjunto de dados, informações e conhecimentos utilizados

na área da saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde.”^{4:25}

Portanto, a utilização desses sistemas serve como uma ferramenta de trabalho para os profissionais de saúde ocupacional, principalmente na vigilância à saúde do trabalhador, uma vez que permite o armazenamento de dados, a combinação e o gerenciamento das informações de saúde, doença e segurança dos trabalhadores, bem como auxilia na organização e estruturação do serviço de saúde.

Considerando essa perspectiva, desenvolveu-se esta pesquisa, com o objetivo de avaliar a contribuição de um sistema de informações em um serviço ocupacional de uma empresa estatal para a vigilância à saúde do trabalhador.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta é uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratório-descritiva. A opção por esse método de análise de dados se deve ao fato de ele permitir a observação, a descrição e a análise de um fenômeno, bem como explorar suas dimensões, o modo como se manifesta e como os componentes estão correlacionados.⁵

Na pesquisa exploratório-descritiva, o pesquisador “procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la”.^{6:69} Ela permite, além da descrição do fenômeno, o delineamento ou a análise das características desse fenômeno. Nesse tipo de pesquisa, empregam-se procedimentos de amostragem e a coleta de dados pode ser realizada mediante o uso de diferentes técnicas, como entrevistas, questionários e formulários.⁷

O local selecionado para este estudo foi uma empresa estatal prestadora de serviços na área de tecnologia e produtora de imunobiológicos, que possui em torno de 515 funcionários, 80 estagiários, 100 bolsistas e conta com apoio de 110 prestadores de serviço. Dentre suas áreas de atuação, destacam-se: a produção de imunobiológicos e *kits* de diagnóstico de uso veterinário; análises e ensaios tecnológicos de alimentos, como fertilizantes, pesticidas, medicamentos, materiais metálicos, microbiologia e toxicologia, química ambiental e industrial; metrologia; certificação de produtos e sistemas; inspeção veicular; extensão tecnológica; tecnologias sociais e educação tecnológica.

Em sua estrutura organizacional, a instituição está dividida em três diretorias: administrativa, técnica e de produção. Com sede na Cidade Industrial de Curitiba (CIC), a empresa possui mais quatro unidades: um biotério em Araucária; uma unidade de Serviços em Maringá, um biotério em Jacarezinho e uma unidade de produção de antígenos e *kits* de diagnóstico de uso veterinário, laboratório de química fica e de controle da qualidade no bairro Juvevê em Curitiba. Na sede estão centralizados a maior parte dos serviços, setores administrativos e de apoio, e duas plantas de produção de vacinas.

Tal empresa utiliza um sistema de informações do tipo Enterprise Resource Planning (ERP), o qual se caracteriza como um pacote corporativo de sistema integrado com módulos específicos para cada setor ou atividade. Os módulos são interligados, de modo que as informações inseridas em um módulo são automaticamente repassadas e acessadas em outros módulos afins.

Analisou-se o módulo denominado "Medicina", utilizado pelos profissionais de saúde que constituem o serviço de saúde ocupacional da instituição, ou seja, uma enfermeira, um médico do trabalho e um médico clínico. Para a avaliação desse módulo, foi selecionado um dos relatórios gerado pelo sistema de informações. Esse relatório diz respeito aos atestados médicos apresentados pelos trabalhadores à empresa, os quais são registrados individualmente no prontuário eletrônico e lançados na folha ponto do colaborador. As informações contidas no relatório são obtidas dos campos preenchidos durante o registro dos atestados médicos e contemplam: matrícula, nome completo e setor em que o trabalhador atua; duração, data inicial e final e motivo do afastamento; nome do médico que forneceu o atestado e sua especialidade; e o local de atendimento.

Com base nas informações contidas no relatório, foi possível realizar um levantamento retrospectivo sobre a incidência de absenteísmo por doença, no período compreendido entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2007, ocorridos entre os trabalhadores da instituição. Nesse estudo, foi considerado absenteísmo por doença a ausência do trabalhador justificada por atestado médico expedido por profissional da instituição ou externo a esta. Destaque-se que não foram contabilizados os afastamentos relacionados à saúde com duração inferior a um dia de trabalho, uma vez que se referem a deslocamentos para a realização de acompanhamento de saúde, realização de exames laboratoriais, reconsulta ou tratamento fisioterapêutico. Foram considerados, para os fins deste estudo apenas os atestados médicos com duração entre um e quinze dias. Ao todo foram analisados os dados referentes a 701 atestados médicos, relativos a 225 trabalhadores das cinco unidades da empresa.

Os dados foram ordenados por meio do *software* Microsoft Office Excel/2003 e agrupados em tabelas (distribuição de frequência) e gráficos. As fórmulas utilizadas para os cálculos de índice de frequência (IF) e porcentagem de tempo perdido (PTP) foram:

$$IF = \frac{\text{n}^\circ \text{ atestados médicos no período}}{\text{n}^\circ \text{ de funcionários no período}}$$

$$PTP = \frac{\text{n}^\circ \text{ dias de trabalho perdido no período} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de funcionários no período} \times \text{n}^\circ \text{ de dias de trabalho do período}}$$

Em relação aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa, esta foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, bem como foi obtida a autorização do responsável pelo serviço de saúde ocupacional, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

para a obtenção do relatório, a análise dos dados e a divulgação dos resultados. Conforme estabelece a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,⁸ destaca-se que foram respeitados o sigilo, o anonimato, a confidencialidade e a integralidade das informações obtidas, de modo que os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade foram preservados.

RESULTADOS

Ao analisar o absenteísmo, é necessário considerar as características de cada uma das unidades da empresa, seu respectivo quantitativo de pessoal e as atividades exercidas, pois esses elementos têm grande impacto no estado de saúde e no adoecimento dos trabalhadores.

De acordo com Moraes,⁹ não há um valor ideal para cada índice avaliado; o importante é considerar a realidade da empresa e realizar comparações internas nos seus diferentes setores. No entanto, segundo o Subcomitê de Absenteísmo da Associação Internacional de Medicina do Trabalho, o índice de frequência deve ficar em torno de 0,10 por mês e a porcentagem de tempo perdido não deve ser superior a 1,2%.

Com relação ao índice de frequência, observou-se que no quantitativo geral a empresa está inserida na média preconizada, apresentando um índice de 0,12. Conforme mostra a TAB. 1 a seguir, os meses em que houve maior número de afastamentos foram junho (IF= 0,16), março (IF= 0,15) e maio (IF = 0,14). Dezembro foi o mês com o menor número de afastamentos (IF=0,06), o que se justifica, por ser um período de festas e férias (TAB. 1).

Ao analisar isoladamente cada uma das unidades, a unidade de Araucária foi a que apresentou o índice de frequência mais elevado, 0,30, no acumulado do ano. Tal resultado indica que, na média, durante o ano de 2007, a cada 100 funcionários, 30 se afastaram do trabalho por motivo de doença. Com exceção dos meses de setembro e dezembro, que apresentaram, respectivamente, índices de 0,11 e 0,15, todos os meses apresentaram índices elevados de afastamentos por doença, variando de 0,23 a 0,42.

Esses resultados estão relacionados ao tipo de atividade realizada na unidade, a qual envolve força física e movimentos repetitivos. Além disso, há número de trabalhadores em quantidade inferior à demanda de trabalho, gerando, assim, acúmulo de atividades e sobrecarga de trabalho. O resultado é um círculo vicioso de afastamentos, em que os trabalhadores que estão saudáveis acabam, por causa desses fatores, adoecendo, surgindo, então, os afastamentos. Há, ainda, mais acúmulo e sobrecarga de trabalho para aqueles que permanecem na instituição, ocasionando o desgaste do trabalhador, que adoecer e ocasiona novos afastamentos. Moraes^{9:139} confirma essa perspectiva ao citar que o "absenteísmo por doença afeta o lucro e a produção das empresas, gerando aumento da atividade dos demais trabalhadores que têm que suprir a ausência do trabalhador afastado". (TAB. 2.)

TABELA 1 – Distribuição do quantitativo geral de afastamentos da instituição em estudo de acordo com o Índice de frequência no ano de 2007

Mês	Nº atestados	Nº funcionários no período	Índice frequência (IF)
JAN	53	511	0,10
FEV	47	509	0,09
MAR	74	510	0,15
ABR	57	511	0,11
MAI	73	508	0,14
JUN	82	505	0,16
JUL	59	503	0,12
AGO	68	507	0,13
SET	40	506	0,08
OUT	66	505	0,13
NOV	52	506	0,10
DEZ	30	506	0,6
Total	701	6087	0,12

Fonte: Elaborado pelas autoras.

TABELA 2 – Distribuição dos afastamentos na unidade de Araucária da instituição em estudo de acordo com o Índice de frequência no ano de 2007

Mês	Nº atestados	Nº funcionários no período	Índice frequência (IF)
JAN	24	80	0,30
FEV	18	80	0,23
MAR	34	81	0,42
ABR	29	80	0,36
MAI	27	79	0,34
JUN	31	79	0,39
JUL	30	79	0,38
AGO	21	79	0,27
SET	12	79	0,15
OUT	31	79	0,39
NOV	20	79	0,25
DEZ	9	79	0,11
Total	286	953	0,30

Fonte: Elaborado pelas autoras.

As unidades CIC e Jacarezinho apresentaram resultados idênticos para o índice de frequência no somatório anual, 0,07, embora os ramos de atividades sejam notadamente diferentes. De acordo com esse índice, ambas as unidades se enquadram no parâmetro estabelecido pelo Subcomitê de Absenteísmo da Associação Internacional de Medicina do Trabalho.

No entanto, é possível estabelecer uma comparação entre as unidades Araucária e Jacarezinho, uma vez que executam a mesma atividade. Assim, observam-se índices notadamente díspares entre as unidades. Enquanto Araucária é a que apresenta um índice de

frequência mais elevado, a unidade Jacarezinho é a que tem os melhores índices. Os afastamentos em Jacarezinho, na maior parte do ano, tiveram um índice de frequência de 0,05, valor bem abaixo do parâmetro. Apenas no mês de setembro o índice de frequência dessa unidade foi de 0,26, justificada pela sequência de atestados apresentados por um trabalhador em decorrência de um acidente de trabalho, que lhe ocasionou uma lesão no punho.

Uma explicação possível para essa discrepância entre unidades que executam a mesma tarefa é o volume de trabalho realizado em cada uma. Enquanto Araucária

respondeu por 80% da produção, Jacarezinho ficou apenas com 20%, quando deveria ficar com 25% a 30%, considerando-se a proporção entre o volume de trabalho e o quantitativo de pessoal. Além disso, houve aumento na meta da produção. Em 2007, Araucária produziu 6,5% a mais em relação a 2006, enquanto Jacarezinho diminuiu em 5,6% a produção nesse mesmo intervalo. Observa-se que o volume de trabalho teve impacto na condição de saúde-doença dos trabalhadores, pois com um nível de exigência maior de produção, houve modificação no ritmo e uma sobrecarga de trabalho para os colaboradores da unidade de Araucária, que acabaram por adoecer.

Ainda em relação ao índice de frequência, a unidade CIC foi a que apresentou o segundo melhor índice de frequência (IF= 0,07 no ano). Os meses de maio e junho foram os que apresentaram índices mais elevados (IF=0,11), embora com valores aceitáveis. Nos demais meses, o índice variou entre 0,05 e 0,09, com prevalência da taxa de 0,05 em cinco meses (janeiro, abril, julho, setembro e dezembro).

Já a unidade Juvevê apresentou um índice razoável (IF=0,14 no ano). Os meses do último quadrimestre do ano foram os que apresentaram melhores índices, variando de 0,05 a 0,09. No entanto, nesse mesmo período houve redução no número de trabalhadores nessa unidade, pois a planta de produção de vacina foi transferida para a unidade CIC. Os meses que apresentaram maior número de afastamentos foram agosto, junho e abril, com índices de frequência 0,26, 0,19 e 0,18, respectivamente.

Quanto ao outro índice avaliado, porcentagem de tempo perdido (PTP), verificou-se que, com exceção da unidade CIC, que obteve taxa anual igual a 0,93%, todas as unidades apresentaram índices superiores ao preconizado. Nas unidades Juvevê e Jacarezinho, o acumulado do ano foi de

2,05%, já em Araucária o valor total anual ficou em 4,10%. Esses valores elevados estão relacionados, principalmente, às áreas de produção da instituição.

No acumulado do ano, conforme aponta a TAB. 3, o bom índice da unidade CIC reduziu a porcentagem de tempo perdido na empresa, ficando em 1,63%, valor bem mais próximo do índice recomendado do que aqueles apresentados pelas unidades isoladamente.

A unidade de Araucária (TAB. 4) se destaca novamente dentre as unidades como a que deteve a porcentagem mais elevada, ou seja, foi o local em que mais dias de trabalho foram perdidos por causa da doença. Por outro lado, neste mesmo local foi implantado entre março e abril de 2007 o programa de ginástica laboral e uma clínica de fisioterapia para prestação de atendimento fisioterapêutico. Tal medida buscou não apenas a redução dos afastamentos e dias de trabalho perdidos, mas, principalmente, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Com isso, é possível observar a partir de julho uma redução significativa na porcentagem de dias de trabalho perdidos pelos trabalhadores. Ao se tomar por base apenas os últimos seis meses do ano, a PTP semestral ficaria em 2,15%, o que corresponde a uma redução de 35% na taxa quando comparada com o primeiro semestre do ano.

A unidade CIC, como mencionado, foi a que apresentou melhores taxas com relação à PTP, ou seja, foi a que deteve o menor número de dias de trabalho perdidos por causa da doença. Apenas nos meses de maio e junho houve índices superiores ao preconizado – 1,92% e 1,39%, respectivamente. Nos demais meses, a taxa variou entre 0,30% e 1,2%, com valor médio de 0,78% por mês. A unidade Juvevê apresentou índices variados ao longo do ano, com taxas elevadas nos meses de outubro (PTP=3,65%), fevereiro (PTP=3,35%) e dezembro (PTP=2,88%) e bons índices nos meses de novembro (PTP=0,27%), abril (PTP=0,75%) e setembro (PTP=1,34%).

TABELA 3 – Distribuição do quantitativo geral de afastamentos da instituição em estudo de acordo com a porcentagem de tempo perdido no ano de 2007

Mês	Nº dias perdidos	Nº funcionários no período	Nº dias trabalhados	Porcentagem tempo perdido
JAN	125	511	21	1,16
FEV	169	509	17	1,95
MAR	250	510	22	2,23
ABR	215	511	20	2,10
MAI	269	508	22	2,41
JUN	229	505	20	2,27
JUL	166	503	22	1,50
AGO	141	507	23	1,21
SET	137	506	20	1,35
OUT	135	505	22	1,22
NOV	126	506	20	1,25
DEZ	76	506	18	0,83
Total	2038	507	247	1,63

Fonte: Elaborado pelas autoras.

TABELA 4 – Distribuição dos afastamentos da unidade de Araucária da instituição em estudo de acordo com a porcentagem de tempo perdido no ano de 2007

Mês	Nº dias perdidos	Nº funcionários no período	Nº dias trabalhados	Porcentagem tempo perdido
JAN	68	80	21	4,05
FEV	62	80	17	4,56
MAR	145	81	22	8,14
ABR	138	80	20	8,63
MAI	83	79	22	4,78
JUN	96	79	20	6,08
JUL	65	79	22	3,74
AGO	45	79	23	2,48
SET	14	79	20	0,89
OUT	43	79	22	2,47
NOV	31	79	20	1,96
DEZ	14	79	18	0,98
TOTAL	804	79	247	4,10

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Por fim, Jacarezinho, que no geral obteve bons índices durante o ano, uma vez que por três meses a taxa foi de 0%, correspondente aos meses de abril, junho e outubro, e variou de 0,29% a 0,79% em outros cinco meses. Apenas os meses de março (PTP=4,64%), julho (PTP=3,83%), agosto (PTP=3,66%) e setembro (PTP=9,47%) apresentaram índices elevados. Esses resultados se devem a afastamentos de oito a quinze dias de um mesmo colaborador durante o mês. No mês de setembro, dois colaboradores apresentaram atestados com afastamento de oito e vinte dias, respectivamente. O fato de o número de efetivo de pessoal ser menor do que nas demais unidades (contam com aproximadamente 20 colaboradores), quando um trabalhador se ausenta do trabalho, esse afastamento por doença geralmente é por um período intermediário de sete a quinze dias, o que gera aumento significativo na porcentagem de tempo perdido. Assim, observa-se que apesar de não serem frequentes os afastamentos por doença nesta unidade, quando ocorrem, requererem atenção da equipe de saúde e muitas vezes o encaminhamento ao INSS para habilitação do auxílio doença.

Além desses índices, o relatório utilizado para o levantamento de dados permitiu a obtenção de outras tabelas e gráficos que complementam a avaliação do absenteísmo por doença na instituição em estudo, tais como a duração em dias e os motivos dos afastamentos, tipo de atendimento (interno ou externo) e especialidade médica buscada pelos trabalhadores para atenção à sua saúde.

A TAB. 5 mostra que a maior parte dos afastamentos por doença na instituição pesquisada é de curta duração. Aproximadamente 87% dos afastamentos se

concentram no intervalo entre um e cinco dias, sendo que o afastamento de um dia corresponde a 58,9%, o de dois dias a 16,12% e o de três dias a 7,13% do total. Outras faixas que apresentam número significativo de afastamento são as de quinze e sete dias, com respectivos percentuais de 7 e 2,6%.

Uma porcentagem moderada de atestados de quinze dias é de certo modo esperada nas empresas, pois geralmente precedem afastamentos de longa duração. De acordo com a atual legislação previdenciária, a empresa deve arcar com o ônus dos quinze primeiros dias de afastamento do trabalhador por doença; na sequência, caso haja necessidade de um período maior para restabelecimento da saúde, será requerido ao INSS o benefício auxílio doença. Assim, quando o afastamento é de longa duração, os médicos têm por hábito emitir um atestado de quinze dias (o qual o colaborador entrega na empresa) e também o laudo médico solicitando o benefício previdenciário (apresentado pelo trabalhador ao INSS). Com relação aos afastamentos de sete dias de duração, pode-se dizer que estão relacionados a moléstias que necessitam de período intermediário de tempo para recuperação, dentre elas, por exemplo, as conjuntivites e infecções virais.

Com relação ao tipo de atendimento que gerou afastamento do trabalhador, verificou-se que 93,2% ocorreram fora da instituição, ou seja, foram gerados por médicos externos à instituição, em grande parte associados da cooperativa que administra o plano de saúde oferecido pela empresa aos seus colaboradores. Apenas 6,8% dos afastamentos foram concedidos pelos médicos internos.

TABELA 5 – Distribuição do quantitativo geral dos afastamentos da instituição em estudo de acordo com o número de dias de afastamento no ano de 2007

Nº dias afastamento	Frequência	f%
1	413	58,9
2	113	16,1
3	50	7,1
4	12	1,7
5	22	3,1
6	1	0,1
7	18	2,6
8	8	1,1
9	3	0,4
10	7	1,0
11	1	0,1
12	2	0,3
13	-	-
14	2	0,3
15	49	7,0
TOTAL	701	100

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Ainda com relação ao tipo de atendimento buscado pelos trabalhadores, conforme a TAB. 6, observou-se que a unidade de Araucária foi a que apresentou maior número de atestados externos (41,5%), seguida pela CIC (38,9%). Esses índices estão diretamente associados à quantidade de atestados apresentados por cada unidade e seu respectivo quantitativo de pessoal, uma vez que as porcentagens estão relacionadas ao montante total de atestados.

Quanto aos afastamentos gerados pelos médicos da empresa, a unidade CIC foi a que apresentou maior porcentagem, 58,3, seguida por Araucária, com 31,3%. Esses dados refletem o cronograma de atendimento da equipe de saúde da instituição nas diferentes unidades, ou seja, os médicos atendem durante três dias da semana

na unidade CIC e apenas um dia nas unidades Juvevê e Araucária. Em Jacarezinho, o atendimento é realizado anualmente, durante o exame médico periódico; fora disso, os colaboradores recorrem aos médicos do convênio de saúde que atuam na cidade ou em regiões próximas. Desse modo, espera-se que haja mais atestados emitidos pelos profissionais da instituição nos locais em que há maior disponibilidade da equipe de saúde e também número de colaboradores.

Outro dado obtido com base no relatório do sistema de informações da empresa foi o absenteísmo com relação ao ramo de atividade exercida na empresa. A instituição em estudo tem dois grandes ramos de atuação: técnico e produção. As atividades relativas à área técnica dizem respeito a análises e ensaios químicos

TABELA 6 – Distribuição do quantitativo geral dos afastamentos da instituição em estudo de acordo com a unidade e tipo de atendimento médico no ano de 2007

Unidade	Tipo de atendimento			
	Interno		Externo	
	f	%	f	%
CIC	28	58,3	254	38,9
Araucária	15	31,3	271	41,5
Juvevê	5	10,4	112	17,2
Jacarezinho	-	-	16	2,5
TOTAL	48	100	653	100

Fonte: Elaborado pelas autoras.

e físicos de alimentos, fertilizantes e calcários, pesticidas, química ambiental e industrial, medicamentos, materiais metálicos e também ensaios mecânicos, microbiológicos e toxicológicos; além de atividades de pesquisa de biocombustíveis, educação e extensão tecnológica, inspeção veicular, metrologia e calibração elétrica, mecânica, eletroanalítica e volumétrica.

Na área de produção estão as plantas produção de vacinas (antirrábica de uso veterinário e proteína monomérica antitetânica), os biotérios de Araucária e Jacarezinho, a divisão de antígenos que produz kits de diagnóstico veterinário, divisão de química fina e o laboratório de controle da qualidade. Somam-se a essas as atividades administrativas e de apoio realizadas na empresa, que correspondem aos setores de administração de pessoas e benefícios; orçamento, contabilidade, financeiro e tesouraria; compras e suprimentos; informática; capacitação de pessoas; medicina e segurança do trabalho; serviço social; engenharia; atendimento ao cliente; licitação; manutenção, serviços gerais e diretorias.

Dessa forma, pode-se dizer que a empresa possui três ramos de atividade: técnica, produção e administrativa. Para fins deste estudo, os setores em que se executam atividades de apoio e em que o risco predominante é o ergonômico foram considerados como pertencentes à área administrativa. Essas considerações são importantes para a análise e a compreensão do GRÁF. 1, na qual aponta-se a relação entre os ramos de atividade da empresa e os afastamentos por doença.

Por meio do gráfico, é possível apreender que a maior parte dos afastamentos está relacionada à área de produção da empresa, seguida pela área técnica e, por fim, pela administrativa, dados que corroboram os índices anteriormente apresentados. Esse fato requer especial atenção ao se considerar que o número de trabalhadores de cada área é relativamente igual. Assim, percebe-se que a área de produção requer ações e intervenções por parte da equipe de saúde, bem como pelos gestores da instituição.

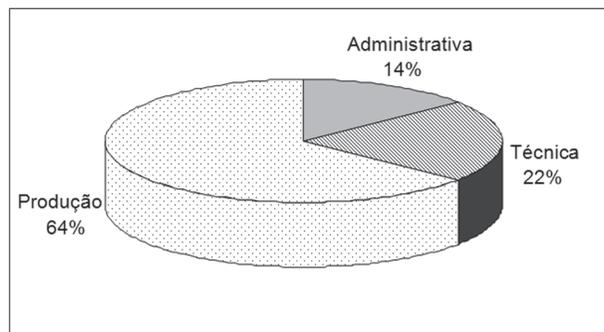


GRÁFICO 1 – Distribuição do quantitativo geral dos afastamentos com relação ao ramo de atividade da empresa em estudo, 2007

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Outra análise realizada com base no relatório em estudo foi o levantamento de quais afecções geraram afastamentos nos trabalhadores da empresa. Para a obtenção desse dado, utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID 10), constante nos atestados médicos. Ressalte-se que a empresa não obriga a apresentação de atestados médicos com CID, conforme determina a Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina,¹⁰ porém muitos trazem essa informação. Para a vigilância à saúde do trabalhador, essa é uma informação extremamente relevante, pois permite que se avalie o perfil de morbidade dos trabalhadores. Na TAB. 7 são apresentados tais dados.

Para composição desta tabela, foram incluídas três classes que não constam da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde: sem diagnóstico, que representa os atestados médicos que não constam dessa informação; acompanhamento de dependente, relativo aos afastamentos em que o trabalhador esteve acompanhando algum familiar em atendimento de saúde; e realização de exames complementares, que se refere a declarações e atestados médicos emitidos por profissionais que atuam em serviços de apoio diagnóstico. Nesta última classe estão os exames complementares que necessitam de preparo prévio ou são feitos sob anestesia, os quais resultam, geralmente, em um dia completo de afastamento, tais como endoscopia digestiva, colonoscopia e exames pré-anestésicos.

Ao se analisar o perfil geral de morbidade da empresa, observa-se que a maior parte dos afastamentos não contém o diagnóstico médico do problema de saúde que o gerou (32,93%). Dentre as causas apontadas pelo diagnóstico CID 10 as doenças dos tecidos osteomuscular e conjuntivo são as que apresentam maior prevalência, com 17,74% do total. Em seguida, estão as doenças respiratórias, com 9,95%, e as lesões por causas externas, com 6,59%.

Quando se considera a duração do afastamento, percebe-se uma variação no perfil de morbidade. As afecções mais comuns no período de um a cinco dias estão mais distribuídas entre as classes, havendo a predominância para as doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (13,79%), doenças do aparelho respiratório (11,25%), doenças do sistema digestivo (5,86%) e lesões por causas externas (4,6%).

Já no período de seis a dez dias, as doenças do sistema osteomuscular representam 42,86% dos afastamentos, seguidas por lesões por causas externas, com 12,24%, afastamento sem diagnóstico com 10,20%, transtornos mentais e comportamentais e doenças do aparelho circulatório, ambas com 6,12%. Por fim, nos afastamentos com a duração de onze a quinze dias, as maiores taxas são encontradas nas doenças osteomusculares (37,50%), lesões por causas externas (21,88%), doenças circulatórias (10,94%) e doenças do aparelho digestivo (7,81%).

Apesar de haver a predominância das afecções relacionadas aos tecidos osteomuscular e conjuntivo, observa-se que há uma diferença quando se considera a

TABELA 7 – Distribuição do quantitativo geral dos afastamentos por doença da instituição em estudo segundo diagnósticos de saúde (CID 10) no ano de 2007

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde	Afastamento em dias							
	1 a 5		6 a 10		11 a 15		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sem diagnóstico	237	37,56	5	10,20	3	4,69	245	32,93
Acompanhamento de dependente	8	1,27	-	-	-	-	8	1,08
Realização de exames complementares	19	3,01	-	-	-	-	19	2,55
Doenças infecciosas e parasitárias	13	2,06	1	2,04	-	-	14	1,88
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	-	-	1	2,04	2	3,13	3	0,40
Doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas	1	0,16	-	-	-	-	1	0,13
Transtornos mentais e comportamentais	10	1,58	3	6,12	2	3,13	15	2,02
Doenças do sistema nervoso	8	1,27	-	-	-	-	8	1,08
Doenças do olho e anexos	17	2,69	1	2,04	2	3,13	20	2,69
Doenças do ouvido e apófise mastóide	6	0,95	-	-	-	-	6	0,81
Doenças do aparelho circulatório	21	3,33	3	6,12	7	10,94	31	4,17
Doenças do aparelho respiratório	71	11,25	2	4,08	1	1,56	74	9,95
Doenças do aparelho digestivo	37	5,86	-	-	5	7,81	42	5,65
Doenças da pele e tecido subcutâneo	3	0,48	1	2,04	-	-	4	0,54
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	87	13,79	21	42,86	24	37,50	132	17,74
Doenças do aparelho geniturinário	16	2,54	2	4,08	-	-	18	2,42
Sintomas, sinais e achados anormais	27	4,28	2	4,08	2	3,13	31	4,17
Lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas	29	4,60	6	12,24	14	21,88	49	6,59
Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0,16	-	-	-	-	1	0,13
Fatores que influenciam estado de saúde e contato com serviços de saúde	20	3,17	1	2,04	2	3,13	23	3,9
TOTAL	631	100	49	100	64	100	744	100

Fonte: Elaborado pelas autoras.

duração dos afastamentos. Os afastamentos de média e longa duração são mais frequentes, com taxas de 42,86% no período de seis a dez dias, e 37,5% de onze a quinze dias. Já os afastamentos de curta duração correspondem a 13,79% dos afastamentos. Assim, pode-se dizer que a maior parte dos problemas de saúde relacionados a essa classe necessita de um afastamento de médio e longo prazos de recuperação. Indica também que é a primeira causa que leva à habilitação de auxílio doença na empresa.

Ao se considerar cada unidade da empresa, o perfil de morbidade também se modifica. Dentre as unidades, a CIC é a que apresenta um padrão mais disperso entre

as classes de diagnóstico. No quadro geral, a primeira causa diagnosticada de afastamento são as doenças do aparelho respiratório, com 10,20%; a segunda, as doenças do sistema osteomuscular, com 7,82%; a terceira, doenças do olho e anexos, com 4,76%; e a quarta, os transtornos mentais, com 4,42%. Por ser uma unidade em que atuam os três ramos de atividade da empresa (administrativa, técnica e produção), é de se esperar que o perfil de morbidade congregue, também, diferentes moléstias.

Ainda com relação a essa unidade, os afastamentos mais comuns no período de um a cinco dias foram ocasionados por doenças respiratórias (11,46%),

doenças osteomusculares (5,14%) e doenças oculares (4,74%). No intervalo de seis a dez dias, as doenças mais comuns estavam relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais (20%), doenças do aparelho circulatório e do sistema osteomuscular (ambas com 13,33%). Entre onze e quinze dias, os afastamentos estavam associados (30,77%) a doenças osteomusculares, 19,23% a lesões por causas externas e 15,38% a doenças circulatórias. Um dado que diferencia essa das demais unidades são os transtornos mentais e do comportamento e as doenças oculares.

As unidades Araucária, Jacarezinho e Juvevê, que estão diretamente vinculadas à atividade de produção, tiveram, predominantemente, o afastamento por doença associado ao sistema osteomuscular. Em Araucária, apenas os afastamentos com duração entre um e cinco dias tiveram prevalência de outras afecções, dentre elas doenças do aparelho circulatório, com 12,64%, e as classes sinais, sintomas e achados anormais, e lesões, envenenamento e algumas consequências por causas externas, ambas com 5,36%. Nos afastamentos de seis a dez dias de afastamento e onze e quinze dias, predominaram as doenças osteomusculares, com taxas de 72% e 52%, respectivamente.

Na unidade Juvevê, no quadro geral, 13,22% dos afastamentos decorreram de problemas osteomusculares, 12,40% a lesões por causas externas e 8,26% por doenças respiratórias. Destaca-se que 50% dos afastamentos entre onze e quinze dias foram decorrentes de lesões por causas externas e 20% por doenças do sistema osteomuscular.

Em Jacarezinho, as doenças do aparelho geniturinário corresponderam a 27,78% do quadro geral de afastamentos, no entanto estão relacionados, predominantemente, a afastamento de curta duração (um a cinco dias). As lesões por causas externas perfizeram 80% dos afastamentos de seis a dez dias.

O perfil de morbidade da empresa, portanto, indica que a prevenção de acidentes e doenças, bem como a promoção da saúde devem iniciar-se pela adoção de medidas ergonômicas, de modo a reduzir os afastamentos por doenças osteomusculares. Além disso, as causas externas e os problemas respiratórios também devem ser enfocados. Na unidade CIC, os transtornos mentais e comportamentais devem ainda ser alvo de as ações voltadas para prevenção, acompanhamento e tratamento, o que pode requerer medidas tanto administrativas quanto de saúde.

O último dado levantado com base no relatório em estudo refere-se à especialidade médica buscada pelos trabalhadores para atendimento de sua saúde. A clínica médica foi a especialidade mais buscada pelos trabalhadores da empresa (51%), seguida pela ortopedia (13%) e pela medicina do trabalho (5%). A procura pelo médico generalista certamente está associada aos afastamentos de curta duração, nos quais os trabalhadores se ausentam para investigação de um problema específico de saúde ou para um *check-up*. Já

a busca pelo ortopedista reflete os problemas de saúde mais comuns encontrados na instituição: as doenças osteomusculares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do levantamento dos afastamentos médicos apresentados pelos trabalhadores foi possível estabelecer os índices de absenteísmo na empresa, bem como avaliar a contribuição do sistema de informações utilizado no setor de saúde ocupacional para a vigilância à saúde do trabalhador.

Durante a geração do relatório para a análise do sistema de informações, algumas dificuldades foram encontradas. Uma delas foi com relação ao filtro do relatório, que, apesar de permitir a seleção de diferentes informações, tais como atestados médicos apresentados por um único trabalhador, unidade de trabalho, setor, período, médico atendente, no momento de coleta de dados não foi possível a seleção por período. Dessa forma, foi gerado o relatório com as informações armazenadas desde a implantação do sistema, e não apenas durante o ano de 2007, intervalo de tempo estipulado para este estudo.

Outra dificuldade foi a distinção entre atestados internos e externos, os quais possuem relatórios distintos, porém não contêm as mesmas informações. O relatório de atestados internos contém número menor de informações em relação ao de atestados externos.

Percebeu-se, também, que o preenchimento dos campos relacionados aos afastamentos não está uniforme, ou seja, embora as pessoas responsáveis por essa atividade tenham recebido treinamento, há variações na forma de preenchimento. De acordo com quem faz o registro do atestado, algumas informações são incluídas ou não. Isso prejudica a avaliação ao se realizar o levantamento estatístico e epidemiológico dos dados.

Tais situações, embora tenham dificultado em alguns aspectos o levantamento de informações, não impossibilitaram o estudo. Além disso, acredita-se que estas dificuldades possam ser facilmente contornadas com adoção de medidas simples, como novo treinamento para a equipe que faz o registro dos atestados médicos, solicitação de correção do filtro e complementação do relatório de atestados internos pela equipe que presta suporte ao sistema.

De modo geral, o sistema de informações foi bastante útil na geração de dados para a avaliação dos índices de absenteísmo. Permitiu de maneira ordenada e prática o levantamento dos atestados médicos apresentados individualmente pelos trabalhadores, em suas respectivas unidades de trabalho. Portanto, contribuiu para elaboração de dados epidemiológicos relacionados ao absenteísmo e, conseqüentemente, à vigilância em saúde do trabalhador.

Os sistemas de informação utilizados em Saúde Ocupacional devem ser organizados como instrumento

de apoio à gestão de um sistema de saúde ou de unidades de serviço, “produzindo informações que possibilitem a tomada de decisões, o acompanhamento ou o controle da execução (eficiência e eficácia) das ações propostas e a avaliação do impacto (efetividade) alcançado sobre a situação de saúde inicial do trabalhador”^{11:221} Como aponta o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná¹², a informação sobre a ocorrência de agravos à saúde dos trabalhadores é ferramenta indispensável para o planejamento e avaliação das ações na área de Saúde do Trabalhador. Além disso, “a estrutura tradicional e arcaica de armazenamento de dados no setor saúde precisa ser superada e substituída por inovações capazes de gerenciar dados e informações de forma ágil e segura”^{13:49}

Sugere-se, então, que a equipe de saúde da instituição explore ainda mais o sistema de informações

disponibilizado, uma vez que este congrega diversas informações a respeito do histórico ocupacional do trabalhador, tais como exames complementares, vacinações, consultas e atendimentos prestados pela equipe de saúde, Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, dentre outras. Desse modo, o uso desse sistema se apresenta como uma ferramenta em potencial para a vigilância à saúde do trabalhador, permitindo a geração de relatórios, tabelas e gráficos de modo a facilitar o levantamento de dados pelos profissionais de saúde que subsidiem ações de promoção da saúde, controle de fatores de risco e doenças presentes no ambiente de trabalho. Conclui-se, portanto, que o sistema de informações em saúde em estudo constitui um instrumento valioso a ser potencialmente utilizado pelos profissionais de saúde da instituição no processo de vigilância à saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2001. 580 p.
2. Machado JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(Supl 2):33-45.
3. Lucas AJ. O processo de enfermagem do trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional. São Paulo: Iátria; 2004.
4. Marin HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*. 2010; 2(1):25-8.
5. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
6. Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. 32ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
7. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília: CNS; 1996.
9. Moraes MVG. Enfermagem do trabalho: programas, procedimentos e técnicas. São Paulo: Iátria; 2007.
10. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.658 de 13 de dezembro de 2002. Brasília: CFM; 2002.
11. Silveira DT, Marin HF. Conjunto de Dados Mínimos de enfermagem: construindo um modelo em Saúde Ocupacional. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(2):218-27.
12. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Plano estadual de saúde do trabalhador. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; 2002.
13. Cavalcante RB, Brito MJM, Evora YDM, Veridiano AG. Sistema de informação em saúde e o cotidiano de trabalho de profissionais de unidades de terapia intensiva de um hospital privado de Belo Horizonte. *REME Rev Min Enferm*. 2009; 13(4):467-73.

Data de submissão: 12/5/2010

Data de aprovação: 3/10/2010