



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
DOUTORADO ACADÊMICO

**PERDA DE PRODUTIVIDADE POR ABSENTEÍSMOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM TRABALHADORES DA SAÚDE**

MARIA INÊS PARDO CALAZANS

JEQUIÉ-BA

2024

MARIA INÊS PARDO CALAZANS

**PERDA DE PRODUTIVIDADE POR ABSENTEÍSMOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM TRABALHADORES DA SAÚDE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública.

LINHA DE PESQUISA: Vigilância à Saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. Jefferson Paixão
Cardoso

JEQUIÉ-BA

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

C143p Calazans, Maria Inês Pardo.

Perda de produtividade por absenteísmos na Atenção Primária em trabalhadores da Saúde / Maria Inês Pardo Calazans.- Jequié, 2024.
113f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob orientação do Prof. Dr. Jefferson Paixão Cardoso)

1.Absenteísmo 2.Atenção primária em saúde 3.Doenças e agravos
4.Perda de produtividade 5.Trabalhador da Saúde I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 610.733

FOLHA DE APROVAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO

CALAZANS, Maria Inês Pardo. Perda de produtividade por absenteísmos na atenção primária em trabalhadores da saúde. 2024. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



JEFFERSON PAIXAO CARDOSO

Data: 01/10/2024 10:36:09-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Jefferson Paixão Cardoso

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente



ALCIONE MIRANDA DOS SANTOS

Data: 01/10/2024 18:29:52-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Alcione Miranda dos Santos

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Documento assinado digitalmente



JOSE PATRICIO BISPO JUNIOR

Data: 02/10/2024 07:53:12-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Instituto de Multidisciplinar em Saúde (IMS) - Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Documento assinado digitalmente



SAULO VASCONCELOS ROCHA

Data: 02/10/2024 11:22:56-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Saulo Vasconcelos Rocha

Programa de Pós-graduação em Educação Física (PPGEF) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente



LUCIANO NERY FERREIRA

Data: 02/10/2024 13:52:06-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Luciano Nery Ferreira

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Jequié-Bahia, 27 de setembro de 2024.

AGRADECIMENTOS

Neste espaço manifesto minha gratidão...

Ao Universo grandioso, que disse 'sim' e 'não' em todos os momentos que necessitei!

À João Calazans Filho e Maria Elisabeth Barros Pardo, pais que me ensinaram a nunca perder a humildade e sensibilidade diante às adversidades da vida.

Aos meus pequenos grandes amores Victor, Luísa e Theo.

Ao professor e orientador (the best ever!) Jefferson Cardoso, pela paciência e compreensão, que, diante de muito profissionalismo e competência, me guiou nesse período fatídico!

Ao Núcleo de Estudos em Saúde da População (NESP), espaço onde dei os primeiros passos rumo à pesquisa. Sem o NESP e seus integrantes e colaboradores (todos, da graduação aos doutores) com certeza eu não chegaria até aqui.

À Banca Examinadora, professores Alcione Miranda, José Patrício, Saulo Vasconcelos e Luciano Nery pelas considerações de muito valor.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro durante todo percurso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES/UESB).

Aos amigos que a pós me presenteou e que levo no bolso até hoje: Luciano Santos e Kay Amparo.

Aos meus colegas de turma (2020.1), 'a turma da pandemia', rs!

Aos amigos que conquistei ao longo dos anos que ingressei na UESB.

“Vive-se com a angústia de não estar a fazer tudo o que poderia ser feito e se não és um vencedor então a culpa é tua. Hoje, a pessoa explora-se a si mesma a achar que se está a realizar; é a lógica traiçoeira do neoliberalismo que culmina na síndrome de burnout. E não há para quem direccionar a revolução, a repressão não vem dos outros. É a alienação de si mesmo.”

Byung Chul Han

CALAZANS, Maria Inês Pardo. **Perda de produtividade por absenteísmos na atenção primária em trabalhadores da saúde.** Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia. 2024. 113p.

RESUMO

A ampliação de estudos no campo da Saúde do Trabalhador em diversos âmbitos, especialmente os referentes ao processo de saúde-doença dos trabalhadores e a perda de produtividade e suas implicações se revelam significativamente importantes. É reconhecido na literatura sobre o tema, que os modos de produção e organização capitalista da atualidade pioram as condições de trabalho e elevam as sobrecargas ocupacionais, que, somadas a outros fatores que se encontram entremeados, geram adoecimentos e agravos aos trabalhadores. É sob esse contexto que esta tese foi construída, com o escopo de analisar a perda de produtividade do trabalhador da saúde na atenção primária, devido aos absenteísmos. Trata-se de estudo epidemiológico de delineamento transversal, com uso de dados secundários, oriundo da base de dados da Relação Anual de Informações Sociais-RAIS, do ano de 2021. A população foi constituída por trabalhadores da saúde da atenção primária, Estratégia Saúde da Família, de todo o território nacional. Como método analítico, considerou-se como desfecho, a variável que expressava a perda de produtividade, os dias de trabalho perdidos. Foram adotadas como variáveis explicativas, as causas de ausência I, causas de ausência II e causas de ausência III, ocupação, tipo de vínculo, tempo de emprego, carga horária, sexo, idade, nível de escolaridade, raça/cor, renda. Para análise estatística, foram obtidas as medidas de frequência descritiva, uni e bivariada, obtidas as medidas de prevalência das variáveis de interesse e calculadas as proporções de trabalhadores cadastrados na base de dados em relação aos trabalhadores registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Foram analisadas possíveis relações de associação das variáveis de exposição com a perda de produtividade e, ao final, foi avaliada a relação entre os construtos latentes, trabalho na atenção primária e perda de produtividade por meio de modelagem por equação estrutural. As análises de dados foram realizadas nos programas estatísticos Stata na versão 12.0 e R, versão 4.4. Emergem do estudo desta temática três manuscritos, cujos objetivos foram: 1-Avaliar a qualidade da cobertura dos registros de dados do Sistema de Informação RAIS em todo o território nacional e caracterizar a perda de produtividade por absenteísmos em trabalhadores da saúde na atenção primária; 2-Analisar os fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da saúde na atenção primária segundo o sexo; 3-Avaliar a relação entre o trabalho na atenção primária em saúde e a perda de produtividade. Conclui-se a partir dos três manuscritos que a perda de produtividade por ausências do trabalho devido a doenças/agravos, geram um impacto negativo na vida dos trabalhadores, além de comprometer a organização do trabalho em saúde na totalidade. Diferentes métodos analíticos podem auxiliar a obter respostas para a investigação de fatores determinantes da relação do trabalho na atenção primária e a perda de produtividade, reforçando o papel importante do debate científico sobre as questões de saúde e doença de trabalhadores da saúde. Espera-se que, dos achados deste estudo, possam emergir novas pesquisas, especialmente com utilização de outros sistemas de informação, além da realização de estudos primários sobre essa questão de pesquisa, com vistas a explicitar outros fatores não investigados nesta tese. Os achados deste estudo sugerem ainda a importância na formulação de estratégias pela gestão do trabalho em saúde no investimento de ações que promovam melhorias das condições de trabalho decente e de saúde dos trabalhadores. Tais tomadas de decisão no âmbito deste nível de complexidade são possíveis e podem resultar numa maior eficácia e qualidade dos serviços ofertados à população.

Palavras-Chave: Absenteísmo; Atenção Primária em Saúde; Doenças e Agravos; Perda de Produtividade; Trabalhador da Saúde.

CALAZANS, Maria Inês Pardo. **Loss of productivity due to absenteeism in primary care among health workers.** Thesis [Doctorate]. Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié-Bahia. 2024. 1133p.

ABSTRACT

The expansion of studies in the field of Occupational Health in various areas, especially those related to the health-disease process of workers and the loss of productivity and its implications, are significantly important. It is recognized in the literature on the subject that the current modes of production and capitalist organization worsen working conditions and increase occupational overloads, which, combined with other intertwined factors, generate illnesses and injuries to workers. It is in this context that this thesis was constructed, with the scope of analyzing the loss of productivity of health workers in primary care, due to absenteeism. This is a cross-sectional epidemiological study, using secondary data, from the Annual Social Information Report (RAIS) database, for the year 2021. The population consisted of health workers in primary care, Family Health Strategy, from all over the national territory. As an analytical method, the variable that expressed the loss of productivity, the lost workdays, was considered as the outcome. The following explanatory variables were adopted: causes of absence I, causes of absence II and causes of absence III, occupation, type of employment relationship, length of employment, working hours, gender, age, level of education, race/color, and income. For statistical analysis, descriptive, univariate and bivariate frequency measures were obtained, prevalence measures of the variables of interest were obtained and the proportions of workers registered in the database in relation to workers registered in the National Registry of Health Establishments were calculated. Possible associations between exposure variables and loss of productivity were analyzed and, finally, the relationship between the latent constructs, work in primary care and loss of productivity was evaluated through structural equation modeling. Data analyses were performed in the statistical programs Stata, version 12.0, and R, version 4.4. Three manuscripts emerged from the study of this theme, whose objectives were: 1-To assess the quality of coverage of data records in the RAIS Information System throughout the national territory and characterize the loss of productivity due to absenteeism in health workers in primary care; 2-To analyze the factors associated with the loss of productivity of health workers in primary care according to gender; 3-To assess the relationship between work in primary health care and the loss of productivity. It can be concluded from the three manuscripts that the loss of productivity due to absences from work due to diseases/injuries generates a negative impact on the lives of workers, in addition to compromising the organization of health work as a whole. Different analytical methods can help to obtain answers for the investigation of determining factors of the relationship between work in primary care and the loss of productivity, reinforcing the important role of the scientific debate on the issues of health and illness of health workers. It is expected that the findings of this study will lead to new research, especially using other information systems, in addition to conducting primary studies on this research issue, with a view to explaining other factors not investigated in this thesis. The findings of this study also suggest the importance of formulating strategies for health work management in investing in actions that promote improvements in decent working conditions and workers' health. Such decision-making within this level of complexity is possible and can result in greater effectiveness and quality of services offered to the population.

Keywords: Absenteeism; Diseases and Injuries; Health Worker; Primary Health Care; Productivity Loss.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1: Modelo de estado de saúde e o impacto da produtividade ao longo do tempo.	31
Figura 2: Modelo teórico proposto.	37
Figura 3: Fluxograma com descrição da origem do dado colhido e enviados ao sistema GDRAIS (Programa Gerador de Declaração RAIS) ou à RAIS Negativa web para processamento dos dados e posterior divulgação.	39

Manuscrito 1

Tabela 1: Distribuição das variáveis explicativas segundo a perda de produtividade.	52
Tabela 2: Distribuição das variáveis explicativas segundo categorias de perda de produtividade.	54
Tabela 3: Proporção de trabalhadores da saúde cadastrados na RAIS de acordo com sexo, categorias ocupacionais e por região geográfica, em relação ao total de trabalhadores da saúde cadastrados no CNES no ano de 2021.	56
Tabela 4: Razão de sexo segundo categorias ocupacionais de trabalhadores da saúde cadastrados na RAIS no ano de 2021.	57

Manuscrito 2

Tabela 1: Análise bivariada estratificada por sexo para perda de produtividade segundo variáveis que caracterizam o trabalhador.	70
Tabela 2: Análise bivariada estratificada por gênero para perda de produtividade segundo variáveis que caracterizam o trabalho.	71
Tabela 3: Análise bivariada estratificada por gênero para perda de produtividade segundo regiões do Brasil.	74
Tabela 4: Regressão de Poisson com especificação do modelo final com variáveis que influenciaram a perda de produtividade.	74

Manuscrito 3

Figura 1: Modelo teórico proposto por equações estruturais.	88
Tabela 1: Indicadores de ajuste dos modelos de equações estruturais.	91
Tabela 2: Modelos de equações estruturais para a perda de produtividade com cargas fatoriais, coeficientes padronizados, erro padrão e valor de p.	92
Figura 2: Diagrama do modelo teórico 1 para a perda de produtividade com descrição das estimativas padronizadas.	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CNAE	Classificação Nacional das Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EqAB	Equipes de Atenção Básica
EqSB	Equipes de Saúde Bucal
EqSF	Equipes de Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
MEE	Modelagem de Equações Estruturais
NESP	Núcleo de estudos em Saúde da População
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
RP	Razão de Prevalência
SI	Sistema de Informação
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TLI	<i>Tucker Lewis Index</i>
WLSMV	<i>Weighted Least Square Mean and Variance</i>

1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. PROBLEMA DE PESQUISA.....	14
3. OBJETIVOS.....	15
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.1 Trabalho e produtividade.....	16
4.2. O trabalho na Atenção Primária à Saúde e os fatores que atuam no processo saúde-doença de trabalhadores da saúde.....	19
4.3. Dos fenômenos que caracterizam o adoecer laboral: o absenteísmo e a relação com a produtividade do trabalhador.....	23
5. QUADRO CONCEITUAL E TEÓRICO.....	27
5.1. Aspectos conceituais do trabalho.....	27
5.2. Conceito acerca dos termos afastamento e absenteísmo.....	28
5.3. Conceito de produtividade.....	29
5.4. Teorias para fundamentar a mensuração da perda de produtividade.....	29
5.5. Contribuições de alguns modelos explicativos acerca das demandas do trabalho e os processos de saúde-doença.....	32
5.6. Modelo teórico.....	35
6. MATERIAIS E MÉTODOS.....	38
6.1. Tipo de estudo.....	38
6.2. Fonte de dados.....	38
6.2.1 Relação Anual de Informações Sociais (RAIS).....	38
6.2.2 Utilização de outras fontes de dados no estudo.....	40
6.3. População.....	40
6.4. Variáveis.....	41
6.4.1. Variável desfecho.....	41
6.4.2. Variáveis explicativas/preditoras relativas à causa de absenteísmo.....	41
6.4.3. Variáveis explicativas/preditoras relativas ao trabalho.....	41
6.4.4. Variáveis explicativas/preditoras relativas ao trabalhador.....	42
6.4.5 Variáveis indicadoras de abrangência da RAIS.....	42
6.5. Análise dos dados.....	43
6.5.1 Uso de softwares segundo as etapas de análise dos dados.....	46
6.6. Implicações éticas.....	46
7. RESULTADOS.....	47
Manuscrito 1.....	48
Avaliação da Relação Anual de Informações Sociais para caracterização da perda de produtividade por absenteísmos de trabalhadores da atenção primária em saúde.....	48
Manuscrito 2.....	66
Fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da atenção primária no Brasil: uma estratificação por sexo	66
Manuscrito 3.....	88
Relação entre a perda de produtividade e o trabalho na atenção primária em	

saúde: uma análise por modelagem com equações estruturais.....	88
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	107
REFERÊNCIAS.....	108

1. APRESENTAÇÃO

A relevância de se estudar e pesquisar os absenteísmos, suas causas e as consequências geradas por esse fenômeno, a exemplo da perda de produtividade, está alicerçada na importância social que a Saúde Coletiva, especialmente o campo da Saúde do Trabalhador deve dar aos desgastes e adoecimentos e/ou acidentes sofridos pelos trabalhadores e originados ou agravados pelos modos de produção e organização capitalista vigente.

A escolha do tipo da população para realização desta pesquisa surgiu diante de algumas inquietações científicas: os trabalhadores da saúde da atenção primária estão a todo instante expostos a diversas sobrecargas devido às demandas do trabalho. Estas, sejam elas de cunho organizacional ou especificamente advindas dos processos de trabalho, além das formas como estas reagem diante as sobrecargas, podem resultar em doenças relacionadas ao trabalho e predispor a acidentes.

Assim, no corpus desta tese foi abordado nas seções de **Revisão da literatura** acerca do trabalho e produtividade, aspectos históricos, sobre o trabalho na atenção primária e os fatores que atuam no processo saúde-doença dos trabalhadores da saúde, o fenômeno absenteísta e suas consequências. No **Quadro e modelo teórico** foram detalhados os aspectos conceituais do trabalho, diferenças entre os termos “afastamento” e “absenteísmo”. Foi conceituada a produtividade e buscada na literatura teorias que fundamentam a perda de produtividade e sua mensuração. Por fim, foi construído modelo teórico, visando propor uma explicação para a seguinte hipótese: **os determinantes do trabalho (processos de trabalho e como são organizados esses processos) podem expressar as demandas advindas desses determinantes (físicas e psicossociais) e predispor o trabalhador a situações que excedem a capacidade de enfrentamento dessas, originando ou agravando diversos problemas de saúde, o que leva o trabalhador a ausentar-se de suas atividades laborais e afetar a produtividade do trabalho em saúde.** A seção **Materiais e Métodos** foi construída de forma detalhada com vistas a explicitar os passos da abordagem metodológica e analítica escolhida. Na seção **Resultados** foram descritos inicialmente os títulos de cada produto desta tese, em um total de três manuscritos.

Para o **manuscrito 1** intitulado “Avaliação da Relação Anual de Informações Sociais para caracterização da perda de produtividade por absenteísmos de trabalhadores da atenção primária em saúde”, o escopo do estudo foi avaliar a qualidade da cobertura dos registros de dados do Sistema de Informação da RAIS em todo o território nacional e caracterizar a perda

de produtividade por absenteísmos em trabalhadores da saúde na atenção primária; O **manuscrito 2** “Fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da atenção primária no Brasil: uma estratificação por sexo”, objetivou analisar os fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da saúde na atenção primária segundo o sexo; e por fim, o **manuscrito 3** “Relação entre a perda de produtividade e o trabalho na atenção primária em saúde: uma análise por modelagem com equações estruturais”, avaliou a relação entre o trabalho na atenção primária em saúde e a perda de produtividade.

Por fim, esta tese surgiu devido a algumas motivações. A primeira delas, por uma motivação pessoal, pois desde a graduação fiz parte do Núcleo de Estudos em Saúde da População (NESP), no qual uma de suas linhas de pesquisa são os estudos no campo da Saúde do Trabalhador e desta forma me envolvi em alguns projetos. Ao ingressar na Pós-Graduação, no curso de mestrado, tive a oportunidade de pesquisar acerca dos Acidentes de Trabalho Graves no estado da Bahia, um estudo de série temporal e atualmente no curso de doutorado, sob a orientação do professor Dr. Jefferson Paixão Cardoso (que possui experiências em pesquisas sobre a produtividade, perdas e custos gerados), adentrei nos estudos sobre os absenteísmos e perda de produtividade.

2. PROBLEMA DE PESQUISA

Os seguintes questionamentos foram construídos de modo a orientar a investigação:

- Quais os fatores (diretos e indiretos) que influenciam a perda de produtividade do trabalhador da saúde na atenção primária?
- É possível revelar as implicações futuras advindas da perda de produtividade devido aos absenteísmos?

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar a perda de produtividade do trabalhador da saúde na atenção primária no Brasil, devido aos absenteísmos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar a qualidade da cobertura dos registros de dados do Sistema de Informação da RAIS em todo o território nacional para caracterização da perda de produtividade por absenteísmos em trabalhadores da saúde na atenção primária;
2. Analisar os fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da saúde na atenção primária segundo o sexo;
3. Avaliar a relação entre o trabalho na atenção primária em saúde e a perda de produtividade.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Trabalho e produtividade

O trabalho é uma das atividades humanas mais complexas. Possui inúmeros significados para o homem, sendo largamente discutido em diversas áreas do conhecimento científico, como a sociologia, economia, ergonomia, psicologia e epidemiologia (Fernandes, 2020; Neves *et al.*, 2018; Souza *et al.*, 2017).

Compreende múltiplas formas de organização, gestão e processos diversos, com situações e condicionantes que moldam as relações sociais laborais. Há, no trabalho, dois aspectos envolvidos: os processos de trabalho e sua organização.

Os processos de trabalho compreendem as tarefas, ao que é executado, produzido, com vistas a um produto ou serviço final e a organização do trabalho ao que é prescrito em um ambiente de trabalho aos indivíduos, ou seja, como são estruturados os processos de trabalho no ambiente laboral (Saint-Jean; Therriault, 2007).

Um terceiro aspecto, talvez menos citado, mas bem compreendido no campo da psicodinâmica do trabalho e ergonomia, é a compreensão de trabalho real, que se encontra entremeado na organização e processos do trabalho. Este pode ser entendido como a percepção pessoal do trabalhador em relação ao trabalho, o que este vivencia no ambiente laboral (Dejours; Gernet, 2012).

Assim, a forma na qual o trabalho é executado e como este é percebido diante das mudanças que vêm ocorrendo nas relações laborais na atualidade, trazem impacto aos trabalhadores. Entretanto, para compreender a maneira como foram aperfeiçoados os mecanismos processuais e organizativos do trabalho, se faz pertinente adentrar de maneira breve nos aspectos históricos.

Lançando um olhar sobre os processos históricos acerca do trabalho, desde o período clássico existem relatos entre as civilizações gregas e romanas. Havia duas formas distintas de trabalho: o intelectual, artístico e político das elites e, o escravo exercido por estrangeiros prisioneiros de guerra. A partir da idade média, o trabalho escravo evoluiu para a modalidade servil, porém as condições continuaram penosas e degradantes (Ornellas; Monteiro, 2006).

A partir da revolução industrial surgiram diferentes modos de produção e organização do trabalho, com o advento do Capitalismo, sistema emergente à época e ainda em construção. Marx considerava que o capitalismo era um sistema que alimentava somente os burgueses, donos dos meios de produção, sendo extremamente desvantajoso para as relações

de trabalho e os trabalhadores, embora tenha sido nessa época que ficou consolidada a modalidade assalariada de trabalho (Marx, 1996; Ornellas; Monteiro, 2006).

Dentre esses modos de produção do trabalho, a mecanização da produção, intensificou a exploração da mão de obra, com fiscalização do tempo de trabalho (sendo este realizado coletivamente em um mesmo ambiente, de forma compartimentalizada e especializada, o que levava a ocorrência de agravos pela exposição a riscos de toda ordem); e levou a perda, pelos trabalhadores, de autonomia e controle do processo produtivo, tornando-os expropriados do que se produzia (Matos; Pires, 2006).

Desta maneira, o final do século XIX introduziu inúmeras mudanças, tanto do trabalho em si, como ele é realizado, como para os próprios trabalhadores. Nesse mesmo período, surgem as primeiras teorias ou tratados para organizar e racionalizar o trabalho, mas sempre sob a perspectiva capitalista do trabalho assalariado e sem autonomia (Fernandes, 2020).

Como principal meio de trabalho humano, os trabalhadores assalariados passam a vender sua capacidade (variável) de trabalho aos donos dos meios de produção com o intuito de aumentar o lucro (excedente econômico) e como esse trabalhador tende a produzir mais do que consome, o controle do trabalhador se torna essencial para o Capital (Marx, 1996).

Da Teoria da Administração Científica, iniciada por Taylor e aprimorada por Ford, foram aperfeiçoados os processos de organização da produção, caracterizado essencialmente pelo controle gerencial, disciplinado, fragmentado e hierarquizado do operariado (Braverman, 1981).

Selecionava-se os mais hígidos e aptos a determinadas funções e estimulava-se recompensas salariais a quem mais produzia. Até os serviços de medicina do trabalho oferecidos nas indústrias, tinham o objetivo de fiscalizar os que se mantinham saudáveis em suas funções, sendo o médico de confiança do empregador, pois assim se podia exercer um controle sobre o trabalhador (Ribeiro; Pires; Blank, 2004).

As demais teorias administrativas, que surgiram ao final do século XIX e início do século XX, tinham o mesmo propósito: organizar, comandar e controlar o trabalhador, especializar suas habilidades e o quanto esse poderia produzir mais e mais (De Mello; Fugulin; Gaidzinski, 2007).

Desde a década de 1980 até os dias atuais, vigoram os pressupostos do sistema Toyota de produção ou Toyotismo. Com sua gênese histórica no Japão, o Toyotismo ampliou seu modelo de produção para outros países, modelo esse no qual os princípios de produção e

controle do trabalho vivo se adaptou entre os mais diversos ramos de produção, até mesmo no trabalho em saúde (Alves, 2008).

Esse é caracterizado essencialmente pela flexibilidade do processo de produção, que leva invariavelmente a contratos flexíveis, temporários, a instabilidade nos salários e com pouca ou nenhuma segurança jurídica. A flexibilidade do processo de produção obrigatoriamente determina ainda uma organização do trabalho também de forma flexível, em outras palavras, requer trabalhadores aptos a adaptar-se a múltiplas tarefas, à intensificação de sua jornada e ritmos de trabalho (Silva; Ferreira; Almeida, 2019).

Desde fins da década de 1980, ocorreram transformações que alteraram profundamente as formas de organização do trabalho, particularmente a partir dos variados métodos de gestão que foram surgindo desde final do século XIX.

Tendo em vista que, gerir os processos de trabalho para aumentar a produtividade pode gerar distorções das relações entre trabalhador/empregador, observa-se que modos de produção da atualidade não rompem com modelos anteriores de gestão, entretanto, mudam-se as formas como esse controle sobre o trabalhador se processa e os processos de trabalho em saúde não fogem a essa regra (Dejours; Gernet, 2012).

Desta forma, os mecanismos de gerenciamento e controle de produção que decorrem da reestruturação produtiva ainda impõe consequências profundas na vida dos trabalhadores: é evidente a existência da redução dos direitos sociais, de reformas jurídicas nos contratos de trabalho, da ameaça constante de desemprego, o que agrava e precariza ainda mais as condições de trabalho e da vida em geral (De Oliveira *et al.*, 2018; Moreira *et al.*, 2017).

A literatura sobre o tema enfatiza que tais mudanças condicionam os processos de trabalho e, no trabalho em saúde, as demandas físicas e psicossociais, impõem aos trabalhadores situações de intenso estresse, o que eleva os sentimentos de incapacidade para responder adequadamente a essas demandas ocupacionais e propicia o surgimento ou agravamento de doenças físicas e/ou mentais (De Oliveira *et al.*, 2018; Fujino, 2018).

No Brasil, a precarização do trabalho em saúde já era um fenômeno observado e estudado desde a década de 1990. Embora amparados por meio da Constituição Federal de 1988 e de diversas diretrizes e políticas sociais voltadas à atenção desses trabalhadores, os efeitos da precarização mais severos são sentidos naqueles cujo nível de escolaridade e formação profissional são inferiores e agravados ainda segundo algumas condições, como o gênero, cor da pele e a forma de inserção no mercado, além da quantidade de vínculos

ocupacionais, estando expressa também nas condições de ambiente ocupacional mais insalubres e na má remuneração (Lima Nogueira, 2019).

Assim, aspectos organizacionais e processuais do trabalho, somados às condições de vida e saúde do trabalhador, podem afetar de alguma maneira a produtividade.

4.2. O trabalho na Atenção Primária à Saúde e os fatores que atuam no processo saúde-doença de trabalhadores da saúde

O termo Atenção Primária à Saúde - APS foi concebido na Conferência de Alma-Ata, em 1978 e se constitui de três princípios indissociáveis: o acesso à saúde universal, em representar o primeiro contato com um sistema de saúde e a participação social (Starfield, 2002).

Starfield (2002), além de ter dado a clássica definição acerca da APS e a mais adotada atualmente, ressaltou seus atributos essenciais que o caracterizam como um modelo de atenção universal: o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação (Starfield, 2002).

Tais requisitos implicam desde o primeiro contato do usuário, de forma acessível e deve refletir na utilização de serviços, capaz de oferecer possibilidades de promover saúde seja qual for o período da oferta e do tipo de serviço.

No entanto, após a realização da conferência, as práticas para consolidação da APS no mundo foram muito diversas, especialmente nos países chamados ‘menos desenvolvidos’, onde suas características se estabeleceram em ações e serviços a baixo custo para controlar algumas doenças e agravos, constituída por alguns poucos profissionais e que referenciasse um nível de atenção à saúde de menor aporte tecnológico (Rodrigues *et al.*, 2014).

Partindo desse entendimento, a APS deveria estar fundamentada em métodos e uso de tecnologias, disponibilizadas a todos como uma forma de primeira comunicação com o sistema de saúde. Esta deveria ainda promover cuidados em saúde contínuo, sistematizado, que atendesse a maioria das necessidades de uma população, ou seja, assumir-se como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde e permitir uma aproximação e melhor comunicação entre os níveis de atenção em suas dimensões (vertical e horizontal) (Starfield, 2002; Tambasco *et al.*, 2017; Tasca *et al.*, 2020).

No Brasil, a APS surge de fato após a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS na década de 1990, com suas diretrizes de organização, descentralização e participação social diversas, incluindo ações não somente voltadas ao indivíduo, mas também coletivas,

para a promoção da saúde, prevenção de doenças, agravos, além da reabilitação (Giovannella, 2018).

Desde seu surgimento aos dias atuais, a APS no país tem se expandido através de diversas estratégias governamentais, dentre elas a Estratégia Saúde da Família - ESF, que ampliou o acesso ao sistema de saúde para as populações, modificando estatísticas preocupantes acerca da mortalidade infantil e materna e mortalidade por causas evitáveis.

A ESF se revela como a principal política de cuidados integrais da APS e está organizada por equipes (equipe de saúde da família, equipe de saúde da família ribeirinha, equipe consultório na rua, equipe de atenção primária e equipe de unidade básica de saúde fluvial), basicamente composta por profissionais de enfermagem, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, responsável por um número considerável de pessoas por equipe, considerando o grau de vulnerabilidade das famílias de um determinado território.

Na ESF foram inseridas também a estratégia de agentes comunitários de saúde nas Unidades Básicas, as equipes integradas como as de saúde bucal e as equipes multidisciplinares que compuseram o Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF, atualmente fortalecida pela eMulti, instituída em 2023 (Portaria MS nº 635/2023), para retomada da oferta de serviços multiprofissionais com novas especialidades médicas e possibilidades de atendimentos remotos pelos profissionais, que irão complementar a ESF e outras equipes da APS (Brasil, 2023).

Contudo, apesar de se mostrar notável a expansão da cobertura da APS, ainda são perceptíveis os desafios para a garantia da integração dos serviços de saúde, revelada em uma frágil qualidade dos processos de coordenação, mais notadamente dos processos comunicacionais com outros níveis de atenção, de modo a superar a fragmentação do cuidado e aumentar a resolubilidade e sustentabilidade do SUS.

Há que se enfatizar que além da busca para garantir uma ampliação efetiva da cobertura das ações e serviços, existem os desafios referentes aos processos de trabalho, sobre o saber-fazer dos trabalhadores da saúde. A lógica dos processos de trabalho na APS devem estar pautadas consoante o entendimento de que determinadas populações sofrem de problemas de saúde devido a inúmeros determinantes, macro e micro estruturantes que se encontram imbricados: sociais, econômicos, políticos, culturais (Amaral *et al.*, 2021; Arnaldo *et al.*, 2023; De Faria; Werneck, 2009).

Partindo desse princípio, resume-se que os processos de trabalho em saúde referem-se ao modo como trabalhadores da saúde desenvolvem ações e serviços mediados por tecnologias diversas com o fim de produzir o cuidado em saúde.

Sob esse entendimento, os trabalhadores e as equipes de saúde inseridas, a exemplo da ESF, são os agentes produtores de todos os processos de trabalho em saúde. Por conseguinte, o trabalho na APS tal como é aplicado atualmente, não é somente formado por equipe com múltiplas profissões na área da saúde. Fazem parte também aqueles que se inserem na prestação de serviços nos estabelecimentos ou em atividades ligadas à saúde e que, por meio de práticas interdisciplinares e intersetoriais como um todo, buscam propor melhoria das condições de vida das populações (Alvarenga *et al.*, 2018; Barbosa; Assunção; De Araújo, 2012).

Desta maneira, são considerados trabalhadores da APS, segundo as Portarias nº 2.436/2017 (dispõe sobre as diretrizes da PNAB) e nº 18/2019 (estabelece regras para o cadastramento das equipes de saúde): médico generalista ou com especialização em saúde da família ou família e comunidade; enfermeiro generalista ou com especialização em saúde da família; auxiliar de enfermagem; técnico de enfermagem; cirurgião-dentista generalista ou com especialização em saúde da família; auxiliar em saúde bucal; técnico em saúde bucal; e os trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde: Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Agente Indígena de Saúde (AIS) (Brasil, 2017, 2019, 2021).

Conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017), trabalhadores da APS devem reconhecer a importância de se realizar todo o conteúdo operacional tanto dos princípios quanto das diretrizes do SUS. Embora seja complexo, requer participação efetiva de outros atores, como os gestores e usuários do sistema, em uma articulação conjunta de todas as esferas de governo em todos os âmbitos, seja político, de gestão, distribuição dos recursos, até a qualificação dos profissionais (Brasil, 2017).

Partindo da compreensão do trabalho vivo em ato, conforme bem conceituaram Merhy e Franco (2005), o trabalho em saúde acontece através do trabalho humano para produzir cuidado a outros humanos. Este acontece pela interação a todo instante com tecnologias, sejam instrumentos, procedimentos técnicos, adequação a normas e diretrizes que incorporam as práticas no sistema de saúde no Brasil (Merhy; Franco, 2005).

Posto isto, as exigências que se mostram no cotidiano do saber fazer inseridos na atenção integral à saúde e humanização das práticas, acabam expondo os trabalhadores a

situações que demandam o desenvolvimento de habilidades e competências que sobrecarregam muitas vezes suas capacidades.

O acúmulo de tarefas, as mudanças nos ritmos de trabalho, aumento da jornada e baixa autonomia nas decisões, podem predispor o trabalhador a situações de estresse, induzir o aparecimento de doenças físicas e mentais/emocionais ou agravar as preexistentes (Awosika; Adeniyi, 2023; Tsolakidis; Vasiliki, 2022).

Alguns estudos relatam a relação entre o trabalho em saúde e as condições de saúde de trabalhadores da APS. Dalmolin *et al.* (2021) e Cheng e Cheng (2017) evidenciam bem sobre como os diversos determinantes, macro e micro sociais e organizacionais do trabalho, especialmente aqueles constantes nos processos de trabalho como a exposição aos desgastes biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e violências, podem refletir situações de sofrimento e adoecimento (Cheng; Cheng, 2017; Dalmolin *et al.*, 2021).

Fischer (2012) afirma que além de fatores organizacionais e de conteúdo do trabalho, há uma influência mútua com as características individuais e familiares dos trabalhadores, sendo a natureza desses distúrbios complexa, que envolve múltiplas questões, por vezes não passíveis de mensuração (Fischer, 2012).

Devem ser apontados ainda alguns fatores que, somados aos anteriores podem influenciar negativamente as condições de saúde do trabalhador, como a falta de qualificação dos profissionais, baixos salários daqueles com regime de contrato por prestação de serviços em relação aos que são estatutários, a alta rotatividade de trabalhadores devido aos chamados ‘cargos comissionados’ e o desequilíbrio das relações interpessoais nesse contexto (Tambasco *et al.*, 2017; Tsolakidis; Vasiliki, 2022).

Adicionalmente, quando situações estressoras são maiores do que a capacidade do trabalhador em responder às exigências impostas, seja no trabalho e/ou em outros âmbitos sociais, há um desequilíbrio entre essas demandas e as respostas esperadas para o enfrentamento e execução das mesmas (Cardoso, 2015).

Compreende-se, assim, que é evidente a existência de fatores presentes no ambiente de trabalho e de aspectos pessoais do trabalhador que podem desencadear problemas de saúde e afetar a produtividade desses (Banks; Pearson, 2021; Fujino, 2018; Mendes Cardoso; Bakke, 2018).

Deve-se considerar que o trabalhador que está sob o jugo de adoecer ou sofrer um agravo é também aquele que poderá comprometer a qualidade da atenção prestada, resultando em prejuízo da assistência baseada na humanização das práticas e consequente insatisfação da

população que deve ser assistida, ou seja, tais questões influenciam na produtividade do trabalhador nesse campo (Morschel; Barros, 2014; Fischborn; Cadoná, 2018).

Por fim, para além das condições de saúde e que também pode interferir na produtividade, é a insatisfação do trabalhador, onde é importante frisar que nem sempre o trabalho é visto positivamente, o que traz sentimentos de exaustão e afeta a capacidade de responder satisfatoriamente às tarefas cotidianas (Moreira *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2018).

4.3. Dos fenômenos que caracterizam o adoecer laboral: o absentéismo e a relação com a produtividade do trabalhador

Foi descrito no capítulo anterior que trabalhadores da saúde se encontram continuamente expostos a situações estressoras inerentes a sua área de trabalho.

Desta maneira, estão presentes múltiplos fatores que atuam no processo de adoecimento, e que levam a comportamentos responsivos, como o absentéismo (Ribeiro *et al.*, 2019).

A forma como foi e ainda é organizado o trabalho em saúde no Brasil, provoca consequências nas relações do trabalhador com o trabalho, sendo o absentéismo e, outro fenômeno de prevalência relevante, o presenteísmo, formas de vivenciar o mal-estar no ambiente laboral (Marinha *et al.*, 2018).

A principal causa das ausências de trabalhadores da saúde é devido aos adoecimentos, também chamado absentéismo por doenças. Todavia, os acidentes de trabalho configuram, nas causas externas, causas de absentéismo de grande relevância, tendo em vista estes serem eventos preveníveis e que mesmo assim ocorrem com muita frequência. Tais fenômenos podem comprometer toda a equipe de saúde, em que pese a falta de um membro, desenvolver sobrecarga aos demais, o que pode levar a problemas nas relações interpessoais no ambiente, afetando a produtividade, especificamente a qualidade do trabalho assistencial (Duarte; Lemos; De Alcantara, 2017; Garcia; Marziale, 2018).

O objeto em questão para esta tese é o absentéismo, mas se faz pertinente destacar outros fenômenos presentes na tríade da relação do trabalhador, seu estado de saúde e o trabalho, pois estes representam fenômenos de ocorrência oposta: o presenteísmo e o leavismo.

Santos et al. (2022) definem que o presenteísmo representa uma perda de desempenho do trabalho percebida pelo próprio trabalhador, devido a problemas de saúde, estando no local

de trabalho. Diversos fatores são capazes de influenciar o presenteísmo, como a motivação para o trabalho, estabilidade do emprego, e o direito de tirar férias anuais com remuneração. Kim *et al.* (2016) destacam que os sentimentos de insegurança no emprego também podem desempenhar como um fator de presença que leva os trabalhadores a exercerem suas funções mesmo quando estão doentes e a adaptar-se a condições perigosas de trabalho para não perderem seus vínculos (Fujino, 2018; Kim *et al.*, 2016).

O leavismo é um fenômeno comportamental antigo, embora seja pouco discutido na literatura. Refere-se ao trabalhador que aproveita seu direito às licenças (prêmio, férias, dentre outras) e folgas do trabalho concedidas para o cuidado de si, não para o lazer, mas sim para tratamento de problemas de sua saúde, ou mesmo de seus familiares. Também são considerados os casos em que os trabalhadores aproveitam essas folgas para concluir tarefas não solucionadas no ambiente de trabalho (Richards *et al.*, 2023).

Há que se ressaltar um ponto de distinção entre esses fenômenos e que vai além das relações de ausência e presença no trabalho, ou seja, para o presenteísmo e o leavismo, o trabalhador tem em mente a consciência de não estar produzindo plenamente (Dantas; Cardoso, 2020), fato inverso no absenteísmo, na qual a perda de produtividade nem sempre é percebida ou bem percebida pelo trabalhador, o que pode dificultar estratégias de redução deste evento no trabalho em saúde (De Araújo *et al.*, 2016; Oenning; Carvalho; Lima, 2014).

Assim, além do aumento do absenteísmo, há um aumento expressivo do presenteísmo em trabalhadores cujas instituições/empresas adotam mais horas médias de trabalho. Entretanto, padrões de ausência e presença, mesmo com características diferentes, são compreendidos conforme a condição de saúde do trabalhador, além da influência de fatores individuais e organizacionais (Kinman, 2019).

Em termos de definição, o absenteísmo pode ser entendido como a falta de assiduidade ao trabalho devido ao adoecimento e/ou acidentes, expressa na ausência, independentemente de sua duração. Trata-se de um fenômeno complexo e multifatorial, onde diversos aspectos podem estar relacionados, a exemplo das condições de saúde de cada indivíduo, das características socioculturais, econômicas, do ambiente laboral, especificamente a forma como estão organizadas as relações de trabalho (Baptista *et al.*, 2019).

Pode estar relacionado a questões como faltas, atrasos, sejam justificados ou não, sendo o absenteísmo comprovado por atestado médico a maior causa das ausências não programadas, conforme revisão sistemática realizada por Brborović *et al.* (2017).

Um estudo realizado na Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ com seus trabalhadores, acerca das licenças médicas entre os anos de 2012 e 2016, revelou que o absenteísmo tem inúmeros fatores envolvidos e como causas mais frequentes estão os distúrbios musculoesqueléticos (21,2%), transtornos mentais e comportamentais (13,1%) e causas externas (11,3%) (Marinha *et al.*, 2018).

Das Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT), os transtornos mentais e as Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) estão entre as maiores causas de absenteísmo por doença no mundo, representando 30% a 40% de causas de ausências, geram instabilidade e diminuição da capacidade para o trabalho, com consequente perda de produtividade (OCDE, 2015; Santos *et al.*, 2021). Especialmente quando associados, esses problemas de saúde tornam-se mais expressivos e preocupantes aos trabalhadores (Li *et al.*, 2021).

A despeito dos agravos relacionados ao trabalho, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), constitui como preceito fundamental, que sejam salvaguardadas a proteção dos trabalhadores contra doenças e acidentes do trabalho (AT) e promovidas ações preventivas de saúde e segurança nos ambientes ocupacionais, contida na Declaração de Filadélfia (1944) e reafirmada na Declaração de 2008. Entretanto, entre os anos de 2012 a 2022 ocorreram 6,7 milhões de acidentes de trabalho e mais de 25 mil óbitos em trabalhadores formais no Brasil (Organização Internacional do Trabalho, 2023).

No Brasil, os AT são definidos como acontecimento não programado relacionado à atividade laborativa, que determine uma interferência e/ou interrupção do curso de trabalho e tem como consequência a redução ou perda da capacidade para o trabalho. Pode provocar lesões corporais, perda da funcionalidade e até mesmo levar à morte do trabalhador. São classificados em acidentes típicos, quando decorrem de ato exercido na atividade e no ambiente laboral, e de trajeto, quando acontecem no deslocamento do trabalhador da sua casa para o trabalho e vice-versa (Bahia, 2014; Brasil, 2017).

Desses acidentes, os de trajeto, a exemplo dos acidentes de trânsito são destacados por Cardoso *et al.* (2020) como eventos potencialmente geradores da perda de produtividade que trazem consequências não somente aos trabalhadores, mas também às organizações promotoras do trabalho com os custos devido aos acidentes.

Embora, deva ser enfatizado que todo e qualquer AT é prevenível e previsível, compreende-se que os AT de trajeto, dependem do desenvolvimento de ações mais abrangentes, com atuação intersetorial dos órgãos públicos, além da adoção de medidas de

prevenção e controle tanto individual quanto coletiva, que comumente são adotadas para prevenir acidentes nos ambientes laborais (Calazans, 2019).

É importante ressaltar que, em relação aos trabalhadores da saúde, além das diversas demandas de trabalho a que estes se encontram em constante exposição e interação, sejam elas físicas, químicas, ergonômicas, biológicas, podem expor trabalhadores a contaminações por inúmeros patógenos e são os que mais se revelam preocupantes nos processos do trabalho em saúde. Estes estão fortemente relacionados às sobrecargas psicossociais nas demandas e podem estar associados enquanto estressores ocupacionais e possibilitar a ocorrência de acidentes (Gomes *et al.*, 2021).

Se faz pertinente pontuar que o absenteísmo contribui no aumento dos custos das instituições empregadoras, decorrente dos auxílios-doença e reposição de pessoal, além de impactar na prestação dos serviços assistenciais (produção em saúde). Além disso, promovem sobrecargas e conflitos de outros trabalhadores que permanecem no trabalho (D'Souza *et al.*, 2006).

Alguns estudos trazem sobre os custos diretos gerados pelo absenteísmo para os trabalhadores e são interessantes de serem destacados. Um estudo realizado no Japão destaca que os absenteísmos devido às doenças crônicas, mentais e distúrbios musculoesqueléticos, foram os mais prevalentes e as que geram maiores encargos financeiros, contudo o presenteísmo tenha sido crescente em relação aos custos gerados (Nagata *et al.*, 2018). A pesquisa de Rantanen e Tuominen (2011) verificou que o absenteísmo gerou maiores custos aos trabalhadores devido a problemas de saúde crônicos.

Por conseguinte, o absenteísmo é considerado um indicador-chave da produtividade. Decorrente de inúmeros aspectos, a perda de produtividade relacionada aos absenteísmos por doenças, pode ser devido tanto às Doenças Relacionadas ao Trabalho - DRT, quanto as não relacionadas ao trabalho - DNRT, pois que muitas vezes não há como comprovar o elo causal do aparecimento de doenças no trabalhador devido ao trabalho (Fouad *et al.*, 2017).

É preciso destacar ainda que as ocorrências de perda de produtividade são diferentes entre os países. Além dos estudos mencionados, em países orientais como a China, Japão e Coreia do Sul, cuja cultura do trabalho é caracterizada por jornadas exaustivas, incluindo muitas horas extras, os trabalhadores experienciam mais a perda devido ao presenteísmo (Li *et al.*, 2021).

O Brasil quando comparado a outros países bem desenvolvidos economicamente, têm revelado maiores prevalências de absenteísmo e crescente perda de produtividade nas

organizações, com atenção especial para as licenças médicas devido às doenças como os transtornos mentais e as LER/DORT (Batista, 2018).

5. QUADRO CONCEITUAL E TEÓRICO

5.1. Aspectos conceituais do trabalho

Desde quando o trabalho, como uma atividade realizada a determinado fim passou a ser observado e estudado, foram muitas as significações traçadas. Entende-se que toda e qualquer obra humana deriva de ato de sua produção, seja modificando, moldando a natureza ou produzindo algo proveniente dela (Merhy; Franco, 2005).

Duas definições, embora antigas, sintetizam a compreensão humana do que é o trabalho: Engels (1982), de maneira singular, afirmou que o trabalho é essencialmente uma condição básica e fundamental de toda vida humana. Complementar a esse entendimento, Marx (1996) também enfatizava ser o trabalho ato exclusivamente ligado ao ser humano, mas que permitia a interação com a natureza, para, através dela, gerar produtos por meio de seu labor e assim atribuir um valor de uso. Para esse filósofo das questões sociais, históricas e econômicas ligadas aos trabalhadores de sua época, o homem nasceu com uma condição especial que os diferencia dos outros animais: a necessidade e a vontade como um imperativo permanente da vida humana. E assim, o homem media, regula e controla a natureza para atender seus propósitos e dar à vida um sentido (Engels, 1982; Marx, 1996).

Paulo Freire, em diversas de suas obras explicita o trabalho como uma práxis humana atuante e contínua na transformação do mundo, ou seja, o homem, através de seu trabalho, cria e transforma a possibilidade de estar no mundo e nesse processo, ele também se transforma e se recria (Freire, 1982).

Consoante esses autores, pode-se afirmar que o trabalho possui duas vertentes: é atividade sobre um determinado produto ou serviço, por meio de um ofício ou ocupação e também representa atividade socialmente situada, munida de sentido, uma forma do homem relacionar-se com a sociedade e o ambiente, por possibilitar os meios para o seu sustento, além de promover o aperfeiçoamento das capacidades humanas e influenciar a forma como o homem pensa sobre si e o mundo (Vargas, 2016; Resende, 2007).

Já Lukács (2003) criticava que, no trabalho, o ser social é alienado do produto de seu trabalho, do seu processo de trabalho, tornando a atividade produzida por si, uma mera

mercadoria. Este autor afirmava que o capitalismo objetifica as relações humanas, tratando-as como coisas, no entanto, pondera que o trabalho pode despertar nos trabalhadores, por meio da exploração vivenciada no trabalho, a formação de uma consciência de classe, o que os prepara para uma futura transformação da sociedade pela revolução. Este autor buscava discutir um melhor sentido ontológico para o trabalho, aquele que representasse para os seres humanos um dos sentidos para estar vivo.

5.2. Conceito acerca dos termos afastamento e absenteísmo

A literatura é vasta sobre as ausências do trabalho e por vezes causa confusão na definição do termo. Por conseguinte, se faz necessário trazer um entendimento acerca da etimologia dos termos mais utilizados: afastamento e absenteísmo e, analisar se estes são sinônimos ou se ao menos trazem algumas características próximas.

Conforme o dicionário Michaelis, a palavra afastamento pode significar ato ou efeito de afastar-se; desligamento temporário de funcionário, geralmente do serviço público, da função ou do cargo que exerce por razões previstas na lei. Deriva do verbo afastar. Seu antônimo: aproximação (Michaelis, 2021).

A palavra absenteísmo provém do latim *absens*, onde seus primeiros registros de uso foram no idioma francês - *absentéisme*. Dentre os vários significados, o hábito de estar ausente da pátria ou do emprego; ausência decidida antecipadamente. Palavra sinônima é absentismo. Seu antônimo: assiduidade (Michaelis, 2021).

Outro conceito acerca do termo absenteísmo, colhido no *A dictionary of Epidemiology* (Porta, 2014), representa a falta, habitual, de comparecimento ao trabalho ou outro ambiente que o indivíduo faça regularmente. E tem significado oposto ao termo presenteísmo.

Em contrapartida, a definição estabelecida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) (Organización Internacional del Trabajo, 1989) para o absenteísmo, considera todas as ausências ao trabalho pelo trabalhador, com exceção das previstas e legalizadas. A OIT ainda esclarece que, para essa definição, as ausências deverão ser ininterruptas e devem ser contadas desde o primeiro dia ausente, independentemente de sua duração.

Diante dessas informações, o termo que mais convém ser assentido para uso nesta tese é absenteísmo, por considerar que, a palavra afastamento pode ser atribuída mais à desligamento do trabalho, que pode envolver diversos motivos e por ser absenteísmo o termo adotado pela OIT e mais citado nas literaturas sobre saúde ocupacional no mundo.

Portanto, será considerado o absenteísmo por Doenças Relacionadas ao Trabalho - DRT e as não relacionadas ao trabalho - DNRT, pois estas são justificadas pelos atestados e licenças médicas, além do absenteísmo devido aos acidentes do trabalho, sejam típicos e/ou de trajeto.

5.3. Conceito de produtividade

Etimologicamente, produtividade advém da palavra francesa *productivité*, citada primeiramente nos estudos em economia do trabalho. Significa qualidade ou condição do que é produtivo; potencial para produzir; quantidade produzida de determinado fim (Michaelis, 2022).

Dos muitos conceitos que o termo produtividade possui, pois que é discutido em diversas áreas do conhecimento, em termos gerais, esta representa os bens e/ou serviços produzidos por um, ou mais indivíduos em um determinado tempo. Já em relação ao trabalhador, a produtividade está ligada ao desempenho executado, estabelecido por normas, cujo resultado esperado é alcançar o máximo possível pelo menor valor à exigência do sistema *just-in-time*, inspirado nos moldes do modelo toyotista de produção (Saint-Jean; Therriault, 2007).

Complementa-se ao conceito anterior, que a produtividade é a representação pelo trabalhador, da capacidade de algum trabalho, com fins de produzir determinado valor de uso (Pina; Stotz, 2014).

Sob o entendimento de produtividade do trabalho em saúde, pode-se afirmar que esta é uma medida de eficiência quando recursos são transformados em bens, ou seja, quando desta expressa uma relação de recursos utilizados para produzir algo, a exemplo dos serviços que visam a promoção, prevenção e assistência em saúde inseridos na APS (De Faria; Werneck, 2009).

Nesse ínterim, produtividade do trabalho em saúde deriva dos processos de trabalho, do desenvolvimento, capacidades e habilidades na realização de uma tarefa/serviço, executados não somente individualmente, mas pelas equipes de trabalho, munidos de um objetivo em comum.

5.4. Teorias para fundamentar a mensuração da perda de produtividade

É evidente na literatura a existência de conceitos e explicações acerca do que é a produtividade e como essa é relevante para a economia de um país/região, para as organizações, empresas, para as relações do trabalhador e empregador e por fim para os processos de trabalho. Entretanto, foi buscada para fundamentação desta tese algumas teorias que discutem e podem ser capazes de, juntas, contribuir para o entendimento a respeito da importância da mensuração da perda de produtividade no trabalho em saúde.

A primeira teoria versa sobre o entendimento de Capital humano e produtividade nas organizações do trabalho de Schultz (1973) e a segunda discutida por Beaton e outros autores (2007, 2009, 2011) e Brower *et al.* (2005) acerca da produtividade e suas perdas. Esses autores relacionam condições gerais do trabalho, como mudanças nos processos laborais, problemas de saúde físicos, mentais/emocionais e relações interpessoais trabalho-família com a perda de produtividade (Beaton *et al.*, 2009; Brouwer *et al.*, 2005; Escorpizo *et al.*, 2007; Schultz, 1973; Tang *et al.*, 2011).

Sobre o capital humano, Schultz (1973), afirma que este é representado pelo investimento em educação, qualificação e reconhecimento de habilidades de um indivíduo que podem promover a produtividade no trabalho e gerar resultados para as organizações, visando impactar no desenvolvimento socioeconômico de um país. As potencialidades do capital humano são vistas segundo duas vertentes: uma quantitativa e outra qualitativa.

Sob essa perspectiva, o trabalho em saúde é permeado de exigências do saber fazer, ou seja, trabalhadores da saúde devem estar em constante atualização de suas habilidades e competências para promover assistência à saúde das populações com qualidade. Esta seria, segundo o ponto de vista para esta tese, a vertente qualitativa sobre capital humano e produtividade do trabalho em saúde.

O aspecto quantitativo pode ser percebido a partir da relação entre o trabalho e o trabalhador, ou seja, o tipo de ocupação que executa, suas horas trabalháveis, nível de escolaridade, mas, amparados no entendimento de que quanto maior a preparação, o investimento em educação deste trabalhador, maiores podem ser as probabilidades de melhores remunerações e melhores condições de vida e saúde.

Sendo então o capital humano compreendido e representado pelo nível de educação de uma sociedade, partindo desse pressuposto, este permite produzir uma maior consciência dos trabalhadores, tanto de caráter político, como social, ético e moral, capaz de proporcionar um melhor desempenho de suas funções laborais com vistas à melhoria da produtividade, seja individual como também para melhoria do trabalho em equipe. Por conseguinte, o ambiente

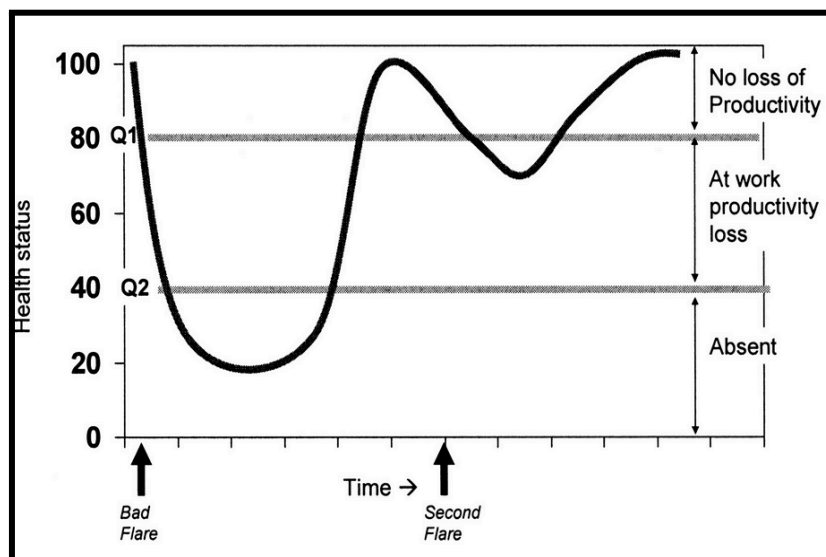
laboral apresentará melhores condições para o trabalho, maior bem-estar coletivo e possibilitará melhorias na assistência da saúde à população, e, conseqüentemente, contribuir na redução das iniquidades em saúde (Viana; Lima, 2010).

Quanto à mensuração da produtividade, os estudos de Beaton *et al.* (2007, 2009, 2011) buscaram uma estrutura conceitual que explicasse o impacto para a produtividade de problemas de saúde como as artrites em trabalhadores. Baseados em teorias anteriores, como a de Brower *et al.* (2005), afirmam haver uma relação íntima e não linear entre estados de saúde do trabalhador e a produtividade, em que piores estados de saúde estão associados a uma redução/perda de produtividade no trabalho.

Assim, se faz pertinente enfatizar que as demandas existentes e percebidas do trabalho, sejam físicas e/ou psicossociais, equilibram ou desequilibram a capacidade de trabalho de um indivíduo no ambiente laboral.

A figura abaixo é originada de Beaton *et al.* (2009) e representa um modelo de estado individual de saúde e o impacto em sua produtividade no tempo. E contextualiza exatamente esse possível desequilíbrio decorrente da existência de demandas ocupacionais e da capacidade do trabalhador de enfrentá-las a ponto de levar a uma modificação do estado de saúde (Q1-Q2), o que caracterizaria o presenteísmo e possibilitar a ocorrência de fenômenos como o absenteísmo (Q2) (Figura 1).

Figura 1: Modelo de estado de saúde e o impacto da produtividade ao longo do tempo. Jequié-Ba, 2024.



Fonte: Adaptado de Beaton *et al.* (2009).

5.5. Contribuições de alguns modelos explicativos acerca das demandas do trabalho e os processos de saúde-doença

Nesta tese foi descrito sobre o conceito de trabalho e sua representação na vida do trabalhador. Por conseguinte, percebe-se que as demandas existentes no ambiente de trabalho envolvem o trabalhador e sua capacidade para responder a essas demandas nem sempre são equilibradas, mesmo diante da representação de que o trabalho traz efeitos benéficos à saúde, seja física, mental e/ou emocional.

A corrente da medicina social fez surgir algumas explicações teóricas, cuja finalidade foi tentar buscar respostas para inúmeras questões que fogem à explicação monocausal dos processos de saúde e doença. No campo da saúde do trabalhador, muitos estudos se fundamentam em modelos explicativos sobre a relação da tríade trabalho-ambiente-adoecimentos.

Tais modelos são construídos baseados em abordagens distintas, segundo áreas do conhecimento, como a sociologia do trabalho, psicologia e a epidemiologia, no entendimento de que a interdisciplinaridade tem se revelado como uma característica marcante para explicitação das múltiplas determinações dos processos de saúde-doença (Dejours; Dessors; Desrioux, 1993; Dejours; Gernet, 2012; Karasek, 1990; Laurell, 1989, 1993; Possas, 1989; Siegrist, 1996; Wisner, 1987).

Os estudos de Asa Cristina Laurell se fundamentaram em algumas proposições com o fim de construir teoricamente as mediações entre os processos de trabalho e a saúde-doença, do ponto de vista das coletividades, para desenvolvimento dos conceitos de carga laboral e desgaste.

A primeira delas está no reconhecimento da historicidade do caráter social e complexo da saúde e doença e dos processos de trabalho. Em outras palavras, os processos biopsicossociais não são a-históricos e imutáveis, existem condições “em desenvolvimento” socialmente produzidas, que podem agravar ou dar início a uma série de mal-estar físico e psíquico no trabalhador e/ou sua coletividade. A segunda reafirma ser o estresse reação de adaptação fisiológica e psíquica da sociedade capitalista contemporânea, devido aos modos de organização e divisão do trabalho (taylorista-fordista-toyotista), como outro gerador de mal-estar, que traz diversas repercussões individuais e coletivas aos trabalhadores (Laurell, 1989, 1993).

Assim, carga laboral é conceituada como elementos do processo laboral que interagem dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, produzindo transformações nos processos biopsíquicos que se manifestarão inicialmente como desgaste (conceituado como a perda da capacidade biológica e/ou psíquica, potencial ou efetiva e abrange os processos biopsicossociais). As cargas laborais se agrupam, segundo Laurell, por meio de suas características, as com materialidades externas ao corpo, como as físicas, químicas, biológicas e mecânicas e, as fisiológicas e psíquicas, que só adquirem materialidade através do corpo do trabalhador na vivência com esses processos do trabalho. E assim, as cargas associadas podem produzir processos de desgaste e de adoecimentos (Laurell, 1989, 1993).

Outra abordagem, a ergonômica, apesar de ter origem no final da década de 1940, tinha em seus primeiros pressupostos a relação entre o homem e elementos do ambiente ocupacional para aplicação de métodos que otimizassem boas práticas na sistematização do trabalho (Sznelwar, 2006).

Aprimorada pelos estudos de Alain Wisner, a Ergonomia recebe influência de outras áreas do conhecimento, como a Antropologia e Sociologia, de modo a contribuir na explicação de desgastes e adoecimentos do trabalho. A teoria ergonômica embasa-se especialmente nos conceitos de carga laboral e ampliou alguns anos mais tarde as discussões tendo como eixo central os fatores psicossociais na concepção de carga (Wisner, 1987).

Para Wisner (1987), a carga de trabalho advém da relação dinâmica de três aspectos: físicos, cognitivos e psíquicos, contudo, um fator pode sobrepor-se ao outro e gerar respostas adversas aos trabalhadores (Wisner, 1987). Outra teoria, proposta por Dejours, da psicopatologia do trabalho, trouxe inúmeras contribuições aos estudos no campo da saúde do trabalhador e refletem o caráter de subjetividade para análise das repercussões psicopatológicas geradas pelas condições de trabalho. Diferencia-se das demais abordagens por adotar estratégias metodológicas que enfatizam o relato das vivências de trabalhadores acerca de suas rotinas e experiências em relação aos sentimentos de medo, ansiedade, insatisfação e desvalor com o conteúdo do trabalho (Dejours; Dessors; Desriaux, 1993; Dejours; Gernet, 2012).

Para Dejours, o sofrimento está representado pelos sentimentos de insatisfação e ansiedade, que provém da perda de significado, de sentido do trabalho para o trabalhador, seja pelas sobrecargas físicas, psicossociais, como pela falta de recompensas (Dejours; Dessors; Desriaux, 1993; Dejours; Gernet, 2012). Dejours e Gernet (2012) enfatizam que os modelos de gestão do trabalho na atualidade, associados a inovações tecnológica e de comunicação,

modificaram profundamente o trabalho e a relação com a subjetividade, o que provocou uma elevação dessas repercussões negativas nos trabalhadores (Dejours; Gernet, 2012).

É importante destacar o desenvolvimento de alguns modelos que foram surgindo nos anos seguintes, ampliando o olhar para aspectos menos discutidos nos modelos anteriores e que devem ser citados aqui: o Modelo Demanda-Controle-Suporte (*Demand-Control Model/Job Strain Model*) e o Desequilíbrio Esforço-Recompensa (*Effort-Reward Imbalance*). Tais modelos, apesar de explicativos, também se constituem em métodos para mensuração dos aspectos propostos pela teoria.

O modelo Demanda-Controle-Suporte social, desenvolvido por Robert Karasek em 1979 e constantemente aprimorado nos anos seguintes, é interpretado em muitos estudos como uma boa base teórica para explicação de como as demandas, sejam físicas e/ou mentais, podem ser consideradas estressoras (Karasek, 1990).

Karasek (1990) defendia que duas hipóteses advinham dos três aspectos do modelo: situações de alta demanda psicológica, baixo controle nas decisões do trabalhador sobre suas funções, bem como baixo apoio social por parte dos colegas ou chefia, que seriam geradores ou agravantes de problemas de saúde. Outra situação hipotética possível no modelo, seria a baixa demanda psicológica e alto controle nas decisões que poderiam ser geradores de desestímulo e insatisfação no trabalho (Karasek, 1990; De Araújo *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2019).

O modelo ainda enfatiza a possibilidade de situações em que ocorrem efeitos positivos do estresse, na ocorrência de alta dos três aspectos (demanda psicológica, controle nas decisões e suporte social) (De Araújo *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2019).

O modelo do Desequilíbrio Esforço-Recompensa, proposto por Johannes Siegrist (1996) foi baseado no conceito de reciprocidade social, compreendido como a realização de cooperação mútua segundo a expectativa de um retorno, em outras palavras, o equilíbrio entre o esforço alcançado e a recompensa recebida. Havendo a falta de reciprocidade, levaria a uma espécie de contrariedade desse equilíbrio, gerando estímulos estressores e emoções negativas por parte dos trabalhadores. O oposto, segundo a teoria, reforça as emoções positivas, promove uma recompensa social mais justa no trabalho e gera bem-estar, saúde e qualidade de vida.

Exemplificando o modelo, a junção de grandes esforços no trabalho e poucas recompensas, como baixos salários e sem possibilidades de promoções, possivelmente

promoveria situações estressantes no trabalho, exaustão emocional e desencadearia problemas de saúde (Siegrist, 1996).

5.6. Modelo teórico

É reconhecida a existência na literatura de que os aspectos macro, estruturantes e determinantes, sejam eles sociais, políticos, culturais e econômicos, encontram-se interrelacionados com o trabalho (Kalimo; El-Batawi; Cooper, 1988; Libet *et al.*, 2001; Zhang; Bansback; Anis, 2011). Entre esses determinantes, do ponto de vista do trabalho em saúde, os aspectos relativos à organização e aos processos de trabalho na atenção primária e as características do trabalhador, como a idade, sexo e especialmente a educação, teriam uma relação central com a perda de produtividade.

É consenso sobre o tema que, quanto maior a idade, menor a capacidade laborativa e maior perda de produtividade, seja por atributos da própria biologia e fisiologia do envelhecimento humano ou por problemas de saúde advindos do trabalho (Garbin *et al.*, 2022; Wang; Wang, 2022).

O sexo é um fator importante na perda de produtividade, devido às diferenças de gênero. Tais diferenças são mais notadas para as mulheres trabalhadoras da saúde, tendo em vista a vivência com a dupla ou tripla jornada, maiores preocupações no cuidado com filhos e outros familiares, além de fatores biológicos que podem influenciar, como sintomas relacionados à menstruação (Schoep *et al.*, 2019) e ao climatério (Vergamota, 2023). Importante enfatizar que, para o gênero feminino preponderam as discriminações, com a desigualdade de oportunidades e a falta de apoio à conciliação entre a vida profissional e pessoal e para os homens a pressão da sociedade para que este atenda às expectativas de desempenho excessivas também podem trazer implicações significativas à produtividade do trabalho em saúde.

Sobre o nível de escolaridade, a teoria defendida por Schultz a respeito do investimento em capital humano, compreendido como as habilidades e capacidades obtidas por meio da aprendizagem, investida em toda a vida educacional e profissional do indivíduo, aumentaria as taxas de produtividade do trabalhador, o que elevaria o aporte tecnológico e produtivo e, conseqüentemente, o progresso econômico de um país. Mais especificamente, o investimento em capital humano na educação em todos os níveis de vida (ensino infantil, fundamental, médio, superior e pós-graduações) são essenciais para o crescimento de

oportunidades de trabalho decente e aumento da renda dos indivíduos, melhorias na qualidade de vida pessoal e no ambiente de trabalho e maior produtividade (Schultz, 1973).

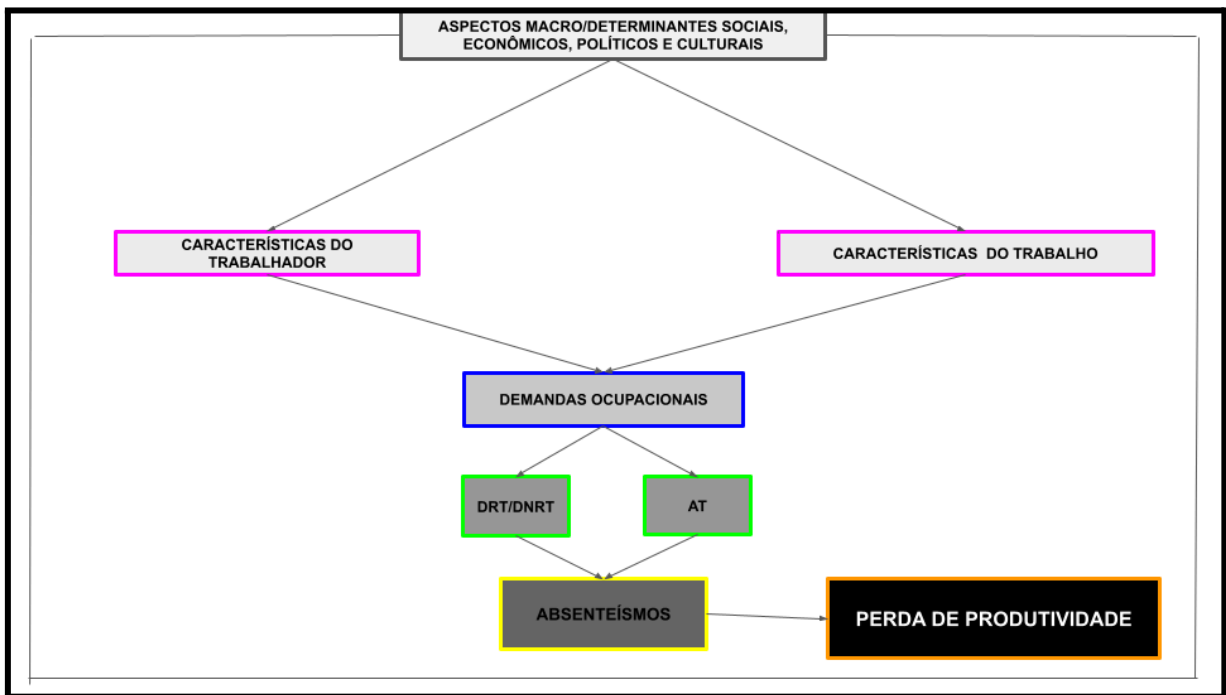
Considerando os trabalhadores da saúde, maior produtividade do trabalho é sinônimo de melhor assistência à saúde das populações assistidas e melhor cobertura do acesso aos serviços ofertados.

A despeito dos determinantes do trabalho (os processos de trabalho e como são organizados esses processos), é possível afirmar que, fatores como o tipo de ocupação, tipo de vínculo, a carga horária exercida, o tempo de emprego expressam as demandas advindas desses determinantes, sejam elas físicas e/ou psicossociais e predispõe o trabalhador a situações e experiências intensificadas nas quais sua capacidade para enfrentamento excede a essa gama de demandas ocupacionais. Tais demandas podem originar ou mesmo agravar muitos problemas em saúde e predispor o trabalhador a acidentes (D'Souza *et al.*, 2006; Dejours; Gernet, 2012; Shan *et al.*, 2021).

Trabalhadores quando confrontados com situações que a todo instante exige adaptação e respostas rápidas na execução de tarefas, e que, por vezes, o controle decisório depende de outros fatores ou pessoas, geram estados constantes de tensão, que muitas vezes não são benéficos. Tais situações acarretam ao trabalhador uma sensação de esgotamento e incapacidade de enfrentamento das exigências, levando a vivenciar experiências de mal-estar e sofrimento constantes (Li *et al.*, 2019; Li *et al.*, 2021).

Desta maneira, o absenteísmo pode representar uma forma de não vivenciar o mal-estar laboral, uma resposta do trabalhador às condições de trabalho ruins e a problemas de saúde. E, como sendo um fenômeno real preocupante não somente para o trabalhador, mas para as instituições/organizações promotoras do trabalho em saúde, põe em prejuízo a produtividade do trabalhador e do trabalho em sua totalidade.

Figura 2: Modelo teórico proposto. Jequié-Ba, 2024.



Fonte: A autoria própria.

Sob essa perspectiva, nas análises sobre o absenteísmo, deve-se reconhecer a existência multifatorial desse fenômeno, especificamente as condições de saúde físicas e mentais/emocionais dos indivíduos e que, também fazem parte desse nexos causal os aspectos constitutivos do trabalho. Tais indicadores podem explicar, em um modelo hipotético, o construto do Trabalho na Atenção Primária em Saúde.

Assim, chega-se ao seguinte questionamento: por que mensurar a perda de produtividade do trabalhador da saúde? É possível medir a partir de qual (ais) indicador (es)?

Como um preceito da Vigilância em Saúde do Trabalhador, a observação de eventos que acontecem no ambiente de trabalho, propicia o estabelecimento de diagnósticos situacionais e possibilita a construção de ações que visam intervenções em promoção e prevenção em saúde de trabalhadores.

Destarte, observar problemas de saúde diretamente relacionados ao trabalho ou não, associados à ausência, se faz relevante para o campo de Saúde do Trabalhador e para as organizações assistenciais em saúde, por afetar sobremaneira a produtividade do trabalhador, principalmente a qualidade do serviço prestado e ainda gera custos diretos para o Estado e as instituições.

6. MATERIAIS E MÉTODOS

6.1. Tipo de estudo

Estudo epidemiológico, de prevalência, também denominado de delineamento transversal, realizado com dados secundários, oriundos da base de dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do ano de 2021, de todo o Brasil.

O uso de dados secundários em Epidemiologia possibilita inúmeras vantagens ao pesquisador, como redução nos custos para realização da pesquisa, menor tempo para sua realização, permite maior abrangência temporal, uso de diferentes formas de análise de dados, especialmente grande volume de dados (Richardson, 1999).

6.2. Fonte de dados

6.2.1 Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)

Dos Sistemas de Informação (SI) relativos aos dados sobre o trabalho vigentes no país, sejam para fins administrativos, fiscalizadores ou para monitoramento de agravos e doenças, a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), foi instituída em 1975, pelo Decreto nº 76.900, essencialmente como um registro de dados administrativos. De âmbito nacional e com periodicidade anual, a RAIS comporta dados acerca da atividade trabalhista no país, fornece dados para a elaboração de estatísticas do trabalho e possibilita o subsídio e produção de inúmeras informações para o campo da Saúde do Trabalhador (Brasil, 2022).

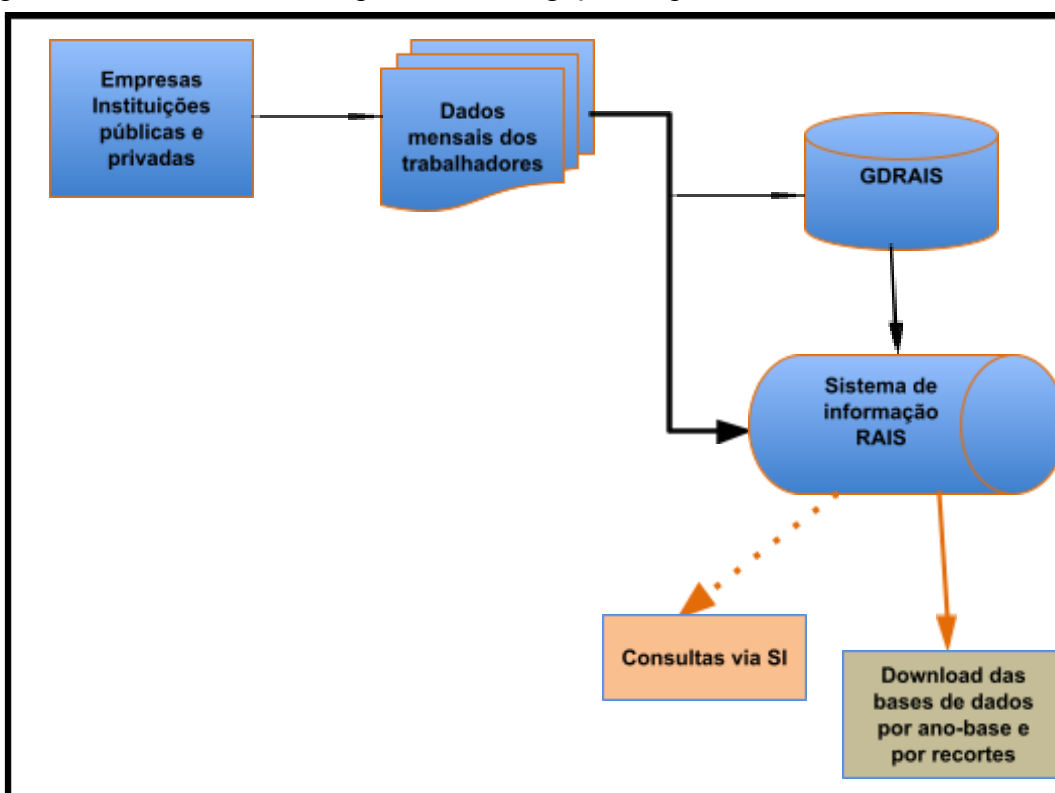
Os dados sobre os trabalhadores com vínculo empregatício para compor o ano-base da RAIS são coletados por meio dos formulários preenchidos mensalmente pelas empresas/instituições públicas e privadas, que enviam tais dados para o Programa Gerador de Declaração RAIS (GDRAIS) para declarar via transmissão pela internet. As entidades ou estabelecimentos sem vínculo empregatício devem informar por meio da RAIS Negativa apenas campos específicos da declaração. Este SI é continuamente gerenciado pelo Ministério do Trabalho e pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) (Brasil, 2022).

Os dados são processados, organizados e armazenados de modo a possibilitar a divulgação segundo três recortes: geográfico (Brasil, grandes regiões, unidade da Federação e

grandes regiões metropolitanas, como Belém, Recife, Fortaleza, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, além dos municípios); setorial (setor, subsetor, segundo a classificação IBGE e ao nível de seção, grupo e classe segundo a Classificação Nacional das Atividades Econômicas (CNAE 2.0); e ocupacional (por grande grupo ocupacional, subgrupo principal, subgrupo ocupacional, família ocupacional e ocupação) (IBGE, 2021).

Esses recortes permitem aos trabalhadores, empregadores e pesquisadores interessados nos dados da RAIS a visualização tanto para consulta, em sítio do governo federal/Ministério do Trabalho, quanto para realização de pesquisas por meio de download da base de dados.

Figura 3: Fluxograma com descrição da origem do dado colhido e enviados ao sistema GDRAIS (Programa Gerador de Declaração RAIS) ou à RAIS Negativa web para processamento dos dados e posterior divulgação. Jequié-Ba, 2024.



Fonte: Autoria própria.

Os dados coletados pela RAIS são essenciais para o atendimento de inúmeras necessidades no qual o Estado, organizações privadas e atores da sociedade civil têm papel fundamental, ou seja, contém dados que podem contribuir nas análises sobre o trabalho no país.

Desta forma, os dados utilizados na investigação em questão foram extraídos de registros dos trabalhadores da saúde da APS inseridos na RAIS, que se encontram organizados em bases de dados distintas por recorte geográfico do Brasil e por ano. Foi feita a junção de todas as macrorregiões do ano de 2021, por se encontrarem até este ano completas e disponíveis para tratamento e análise dos dados de interesse.

Entretanto, é necessário destacar aqui uma limitação desse sistema no que se refere à cobertura dos trabalhadores. Apenas estão inseridos nesse SI todos os trabalhadores brasileiros e os estrangeiros que no país residam, desde que classificados na categoria formal do trabalho (vínculos empregatícios celetistas e estatutários, trabalhadores regidos por contratos temporários, por prazo determinado e de trabalhadores avulsos quando contratados por sindicatos). Estão excluídos os trabalhadores informais (temporários sem contratação, autônomos, estagiários, trabalhadores domésticos sem a CTPS e os não remunerados), que representavam até o mês de agosto de 2023, conforme o IBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua uma taxa de 39,2% da população ocupada no país (IBGE, 2023).

6.2.2 Utilização de outras fontes de dados no estudo

Para este estudo foram extraídos outros tipos dados, proveniente da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para obtenção de indicadores, que permitiram efetuar o cálculo de proporções, segundo algumas categorias (por sexo, ocupação, macrorregião) e desta maneira estimar a abrangência do sistema de informação RAIS no país.

O CNES foi criado pelo Ministério da Saúde para monitorar os prestadores de serviços de saúde de todo o Sistema Único de Saúde (SUS) e os da assistência privada de todo o país, independente da natureza jurídica (Silva, 2021).

É uma fonte de dados de grande importância, tendo em vista ser o único sistema para cadastro na área de gestão em saúde que comporta além de dados sobre estabelecimentos de saúde, profissionais e outros trabalhadores que prestam serviços a esta área, especialmente após a Portaria de Consolidação nº 01/2017 que ampliou as funcionalidades relativas à gestão (Pelissari, 2019).

6.3. População

Foram considerados os trabalhadores da saúde inseridos na APS, que compõem as Equipes de Saúde da Família (EqSF), Equipes de Atenção Básica (EqAB) e Equipes de Saúde Bucal (EqSB), segundo a definição das Portarias nº 2.436/2017 (Brasil, 2017), que dispõe sobre as diretrizes da PNAB e nº 18/2019 (Brasil, 2019), que estabelece regras para o cadastramento das equipes.

Desta forma, foram incluídos no estudo os trabalhadores qualificados conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), os grupos de base (CBO principal).

6.4. Variáveis

6.4.1. Variável desfecho

Primeiramente foi considerada como desfecho a variável que expressava a perda de produtividade por absenteísmo, originalmente manifestada na base de dados em **Dias de trabalho perdidos**, como uma variável discreta. Foi categorizada em “Sim” (1 a 365 dias perdidos) e “Não” (0 dia perdido). Esta variável foi considerada ainda para fins de investigação das categorias de perda de produtividade e categorizada da seguinte maneira: 1 a 15 dias; 16 até 60 dias; 61 até 120 dias; 121 a 365 dias.

6.4.2. Variáveis explicativas/preditoras relativas à causa de absenteísmo

Foi realizada a junção de variáveis relativas às causas de absenteísmo: **Causa de ausência I, Causa de ausência II, Causa de ausência III** (variáveis categóricas que descrevem a primeira, segunda e terceira causa de ausência do trabalhador no ano de coleta do dado - classificada originalmente em: Acidente de trabalho típico; Acidente de trabalho de trajeto; DRT; não DRT; Licença maternidade; Licença sem vencimento e sem afastamento); foi gerada ainda uma única variável a partir destas, a **Causa de ausência geral** e classificada em: Acidente de trabalho (AT) típico; AT de trajeto; DRT; DNRT; outras licenças; e sem ausências.

6.4.3. Variáveis explicativas/preditoras relativas ao trabalho

As variáveis utilizadas que caracterizam o trabalho na atenção primária foram:

- **Ocupação (segundo a CBO)** – Variável categorizada para declarar somente as ocupações inseridas no trabalho da APS (Equipes de Saúde da Família (EqSF),

Equipes de Atenção Básica (EqAB) e Equipes de Saúde Bucal (EqSB)) segundo o preconizado pela PNAB (Brasil, 2017): médico generalista ou com especialização em Saúde da Família ou Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou com especialização em Saúde da Família; auxiliar de enfermagem; técnico de enfermagem; cirurgião-dentista generalista ou com especialização em Saúde da Família; auxiliar em saúde bucal; técnico em saúde bucal; e os trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde: Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Agente Indígena de Saúde (AIS);

- **Tipo de vínculo** - Categorizada em: Celetista; Estatutário; Temporário; Contratado Estadual/Municipal;
- **Tempo de emprego** - Originalmente numérica representando os meses e categorizada em: “Até 1 ano”; “2 a 4 anos”; “5 a 7 anos”; “8 a 10 anos”; e “> 10 anos”;
- **Carga Horária** - Esta variável representa a quantidade de horas trabalhadas por semana expressas no contrato de trabalho; categorizada em: “20 horas”; “30 horas”; “40 horas e mais”;

6.4.4. Variáveis explicativas/preditoras relativas ao trabalhador

As variáveis que caracterizam o trabalhador foram:

- **Sexo** - Originalmente classificada e mantida em “Masculino” e “Feminino”;
- **Idade** - Variável discreta; posteriormente categorizada em faixas etárias: “Até 30 anos”; “Até 45 anos”; “Até 65 anos” e “Mais de 65 anos”;
- **Nível de Escolaridade** - Variável categorizada em: “Nível médio/Técnico”, “Nível Superior” e “Pós-Graduação”;
- **Raça/cor** - Categorizada em: “Indígena”; “Branca”; “Preta”; “Amarela”; “Parda”; “Não identificada”;
- **Renda** - Referente a remuneração média em salários mínimos do ano base (2021) e categorizada em: Até 2 SM; 2,1 a 5 SM e $\geq 5,1$ SM;

6.4.5 Variáveis indicadoras de abrangência da RAIS

Para obtenção desses indicadores, foram extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>) o total de trabalhadores cadastrados no período de um ano (2021):

- **Proporção geral de trabalhadores** - Foi calculada dividindo-se o número de trabalhadores registrados na RAIS pelo número de trabalhadores cadastrados no ano de 2021 no CNES, multiplicado por 100;
- **Proporção de trabalhadores por sexo** - Foi calculada dividindo-se o número de trabalhadores registrados na RAIS, por categoria da variável sexo (masculino e feminino), pelo número de trabalhadores cadastrados no ano de 2021 no CNES, multiplicado por 100;
- **Proporção de trabalhadores por categoria ocupacional** - Foi calculada dividindo-se o número de trabalhadores registrados na RAIS, segundo as categorias ocupacionais, pelo número de trabalhadores cadastrados no ano de 2021 no CNES, multiplicado por 100;
- **Proporção de trabalhadores por região brasileira** - Foi calculada dividindo-se o número de trabalhadores registrados na RAIS, segundo determinada macrorregião, pelo número de trabalhadores cadastrados no ano de 2021 no CNES, multiplicado por 100;
- **Razão de sexo segundo categoria ocupacional** – Calculada dividindo-se o número de trabalhadores por categoria da variável sexo (masculino e feminino) pelas categorias ocupacionais da RAIS.

6.5. Análise dos dados

Para a etapa de análise dos dados, foram descritos nesta seção os objetivos específicos e seus respectivos métodos analíticos.

Assim, para **avaliar a qualidade da cobertura dos registros de dados do Sistema de Informação da RAIS em todo o território nacional e caracterizar a perda de produtividade por absenteísmos em trabalhadores da saúde na atenção primária**, foi realizada inicialmente os cálculos das proporções de trabalhadores da RAIS em relação ao total de trabalhadores da saúde cadastrados no CNES por sexo, ocupação e regiões do ano de 2021 e razão de sexo por categoria ocupacional e obtidas as medidas uni e bivariada por meio

da distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e sumarização de variável numérica, como média e desvio padrão e estimada a prevalência geral e por níveis de perda de produtividade, segundo dias de trabalho perdidos.

De modo a **analisar os fatores associados à perda de produtividade geral e segundo o sexo**, foram estimadas as medidas de prevalência (P%), razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC95%) das variáveis de exposição em relação à perda de produtividade e estratificadas por sexo, tendo em vista esta variável ser considerada neste estudo como possível fator de confusão ou modificador de efeito.

Para compor o modelo logístico de associação, foram avaliadas, por meio de análise bivariada (teste X^2), as variáveis que influenciaram essa ocorrência, cujo valor de probabilidade no teste de Wald fosse menor ou igual a 0,20. A avaliação do modelo final seguiu através da seleção por método *stepwise* e por critério teórico. Foram retiradas do modelo aquelas variáveis que, apesar de se encontrarem associadas ao desfecho, reduziram a variação em relação às outras variáveis de exposição.

Após essa etapa de seleção, permaneceram no modelo as variáveis com valor de $p < 0,05$ que atendessem alguns critérios:

- a inexistência de colinearidade entre as variáveis de exposição;
- verificar a possibilidade de erros de especificação;
- avaliar a bondade do ajuste do modelo (Teste de Hosmer-Lemeshow);
- Observar gráfico dos valores observados e preditos da área sob a curva ROC (*receiver operating characteristic*).

Caso o modelo não apresentasse estimativas pontuais reais e intervalos de confiança próximos, o método de regressão de Poisson com variância robusta seria utilizado de maneira a estimar as RP e respectivos IC 95%.

E por fim, para **avaliar a relação entre trabalho na atenção primária e perda de produtividade**, foi hipotetizado um modelo conceitual, baseado na modelagem por equações estruturais (MEE), que consiste em dois submodelos, um modelo de mensuração que visou investigar se as variáveis indicadoras adotadas conseguiam mensurar bem os construtos latentes, com mínimo de erro de mensuração e um modelo estrutural que analisou as relações baseadas em associações entre as variáveis latentes e indicadoras.

No modelo de mensuração foi realizada análise fatorial confirmatória, com o fim de estimar se as variáveis latentes consideradas bem mensuradas apresentavam validade convergente, ou seja, as variáveis indicadoras escolhidas para compô-la deveriam medir o

mesmo construto, através das estimativas de cargas fatoriais. As cargas fatoriais, deveriam ser elevadas (>0.50) com valor de $p < 0.05$ e possuir validade discriminante, isto é, as correlações produzidas entre os indicadores não devem ser muito altas (<0.80), tendo em vista que cada indicador deve explicar, distintamente o construto (Kline, 2016).

Para a construção do modelo estrutural, cuja finalidade teve em vista definir as relações de associação (efeitos diretos e indiretos) entre as variáveis observadas e os construtos latentes, foram realizadas equações de regressão, observados os coeficientes padronizados e interpretados segundo Kline (2016), por: efeito baixo, quando valores próximos de 0.10 ou menos, apesar de apontar relação estatisticamente significativa possuir uma magnitude muito reduzida; efeito médio, para valores dos coeficientes próximo de 0.30 e efeito alto, para valores próximos de 0.50 indicando que a variável (ou variáveis) podem apresentar uma importância substantiva na relação com a variável de interesse.

Para avaliação do ajuste das variáveis ao modelo proposto, consideraram-se os valores próximos aos adotados na literatura correspondente, os índices de ajuste (Kline, 2016; Wang & Wang, 2012):

- *Comparative Fit Index* - CFI (igual ou superior a 0.90), representa a razão entre o ajustamento do modelo em estudo e o ajuste de um pior modelo possível, assumindo independência das variáveis;
- *Tucker-Lewis Index* - TLI (igual ou superior a 0.90), exige amostras grandes para avaliar melhor o ajustamento;
- *Root Mean Square Error of Approximation* - RMSEA (igual ou inferior a 0.05), representa a diferença média entre a covariância observada e a do modelo, expressa por graus de liberdade;
- *Standardized Root Mean Square Residual* - SRMR (menor ou igual a 0.05), que mede o quão discrepantes são as correlações observadas e estimadas do modelo.

Devido à sensibilidade do teste do *chi-square* em relação à violação do pressuposto da normalidade multivariada e quando testado com grande número de observações em uma amostra, este tende a aumentar e apresentar valores significativos ($p < 0.05$). Assim, este não foi utilizado como teste de ajuste para este modelo, tendo em vista se tratar de dados categóricos e não normais.

Como destacado acima que as variáveis que compuseram o modelo são de natureza categórica, foi empregado o uso de estimador específico, o método *Weighted Least Square Mean and Variance* - *WLSMV*. A análise do modelo de mensuração e modelo

estrutural foi realizada com e sem a parametrização *theta* (Modelo 1 e Modelo 2), com a finalidade de verificar se o modelo apresenta melhor controle das diferenças das variâncias residuais.

6.5.1 Uso de softwares segundo as etapas de análise dos dados

A preparação, a manipulação e o tratamento das variáveis foram feitas no programa estatístico Stata na versão 12.0 e análise descritiva, os modelos de regressão e a modelagem de equações estruturais foram realizadas no programa estatístico R, versão 4.4, sob a utilização do pacote lavaan e os diagramas originados nos modelos de mensuração e estrutural realizados nos pacotes *semPlot* e *lavaanPlot*.

6.6. Implicações éticas

Como esta pesquisa utilizou dados agregados provenientes de bases de dados de domínio público, entende-se que não houve necessidade de envio para apreciação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa.

7. RESULTADOS

Os resultados do estudo foram apresentados consoante as normas para apresentação de teses e dissertações do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob a forma de manuscritos:

Manuscrito 1:

Título: Avaliação da Relação Anual de Informações Sociais para caracterização da perda de produtividade por absenteísmos de trabalhadores da atenção primária em saúde

Periódico: Revista Medicina (USP), Qualis A3

Normas para publicação: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/about>

Status: Submetido dia 02/08/2024

Manuscrito 2:

Título: Fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da atenção primária no Brasil: uma estratificação por sexo

Periódico: Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, Qualis B3

Normas para publicação: <https://rbmt.org.br/instructions-for-authors>

Status: A ser submetido após sugestões e correções pós-defesa.

Manuscrito 3:

Título: Relação entre a perda de produtividade e o trabalho na atenção primária em saúde: uma análise por modelagem com equações estruturais

Periódico: Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, Qualis A3

Normas para publicação: <https://www.revistas.usp.br/cpst/about/submissions>

Status: A ser submetido após sugestões e correções pós-defesa.

Manuscrito 1

Avaliação da Relação Anual de Informações Sociais para caracterização da perda de produtividade por absenteísmos de trabalhadores da atenção primária em saúde

Assessment of the Annual Social Information Report to characterize productivity loss due to absenteeism among primary health care workers

Caracterização da perda de produtividade do trabalhador

Maria Inês Pardo Calazans¹, Jefferson Paixão Cardoso²

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; Discente de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, BA, Brasil; ORCID: [0000-0002-0483-5596](https://orcid.org/0000-0002-0483-5596)

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; Doutor em Saúde Coletiva, Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, BA, Brasil; ORCID: [0000-0003-0128-5792](https://orcid.org/0000-0003-0128-5792)

Contribuição dos autores:

Calazans, MIPC contribuiu na concepção e desenho do estudo; revisão de literatura; aquisição de dados; análise e interpretação de dados; elaboração do manuscrito; revisão intelectual do manuscrito; aprovação final da versão submetida à revista.

Cardoso, JP contribuiu na interpretação de dados; revisão intelectual do manuscrito; aprovação final da versão submetida à revista.

Fonte de financiamento:

Não houve fonte de financiamento para esta pesquisa

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade da cobertura dos registros de dados do Sistema de Informação RAIS em todo o território nacional para caracterização da perda de produtividade por absenteísmos em trabalhadores da saúde na atenção primária. **Métodos:** Estudo transversal, com dados secundários da base de dados RAIS, ano de 2021. Outra fonte de dados utilizada para estimação da cobertura dos registros na RAIS, foi o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Foi constituída como população os trabalhadores da atenção primária que constituem as Equipes de Saúde da Família, de Atenção Básica e de Saúde Bucal de todo território nacional. Para analisar a perda de produtividade, a variável desfecho dias perdidos de trabalho, tratada de forma dicotômica e em níveis de perda e como variáveis explicativas: sexo; raça/cor; faixa etária; nível de escolaridade; causa de ausência; tipo de vínculo; tempo de emprego; horas contratuais; ocupação e região geográfica. A análise estatística foi realizada pela distribuição de frequências uni e bivariada e verificada a prevalência da perda de produtividade. Foram calculadas as proporções de trabalhadores da RAIS em relação ao total de trabalhadores da saúde cadastrados no CNES por sexo, ocupação e regiões do ano de 2021 e razão de sexo por categoria ocupacional. **Resultados:** A perda de produtividade foi observada em 21,5%; 53,6% do total apresentaram perda entre 1 a 15 dias, uma média de 12,4 dias perdidos. Os dados refletem predominância de mulheres com perda de até 120 dias (90,6%) e trabalhadores com até 45 anos; De 121 a 365 dias, os trabalhadores com nível médio/técnico (69,1%); cor da pele branca (50,4%); e os que estão no serviço há mais de 10 anos (94,4%). A cobertura dos registros da RAIS no país foi de 37,6%. As demais proporções: 30,3% (sexo feminino), 20,1% (Aux/Téc de enfermagem) e 18% (região sudeste). A razão de sexo estimada por categoria ocupacional foi mais observada entre as cirurgiões-dentistas (32,8) e as auxiliares/técnicas em saúde bucal (16,8). **Conclusão:** Depreende-se deste estudo que sistemas de informação de boa qualidade são indispensáveis na produção de estatísticas epidemiológicas mais precisas para auxílio das políticas de prevenção e promoção da saúde de trabalhadores. Reforça-se assim, a importância de melhorias na alimentação deste sistema de informação, especialmente na capacitação de profissionais, com vistas à melhoria da qualidade dos dados para a produção do conhecimento em áreas diversas, a exemplo da Saúde do Trabalhador.

Palavras-chave: Perda de Produtividade; Sistemas de Informação; Trabalhador da Saúde;

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of coverage of data records in the RAIS Information System throughout the national territory to characterize productivity loss due to absenteeism among health workers in primary care. **Methods:** Cross-sectional study, with secondary data from the RAIS database, year 2021. Another data source used to estimate coverage of records in RAIS was the National Registry of Health

Establishments - CNES. The population consisted of primary care workers who make up the Family Health, Basic Care, and Oral Health Teams throughout the national territory. To analyze productivity loss, the outcome variable lost workdays was treated dichotomously and in levels of loss and as explanatory variables: sex; race/color; age group; level of education; cause of absence; type of contract; length of employment; contractual hours; occupation, and geographic region. Statistical analysis was performed using univariate and bivariate frequency distribution, and the prevalence of productivity loss was verified. The proportions of RAIS workers in relation to the total number of health workers registered in the CNES by sex, occupation, and regions in 2021, and sex ratio by occupational category, were calculated. **Results:** Productivity loss was observed in 21.5%; 53.6% of the total had a loss of between 1 and 15 days, an average of 12.4 days lost. The data reflect a predominance of women with a loss of up to 120 days (90.6%) and workers up to 45 years old; From 121 to 365 days, workers with a secondary/technical level (69.1%); white skin color (50.4%); and those who have been in the service for more than 10 years (94.4%). The coverage of RAIS records in the country was 37.6%. The other proportions: 30.3% (female), 20.1% (Nursing assistant/technician), and 18% (southeast region). The estimated sex ratio by occupational category was higher among female dentists (32.8) and oral health assistants/technicians (16.8). **Conclusion:** This study shows that high-quality information systems are essential for producing more accurate epidemiological statistics to support prevention and health promotion policies for workers. This reinforces the importance of improving the way this information system is fed, especially in the training of professionals, with a view to improving the quality of data for the production of knowledge in various areas, such as Workers' Health.

Keywords: Loss of Productivity; Information Systems; Health Worker;

INTRODUÇÃO

Os absenteísmos por agravos e doenças são considerados fenômenos complexos, tendo em vista sua abordagem multifatorial, expressos pela ausência do trabalhador, independentemente de sua duração, do local de trabalho. No trabalho em saúde, mais precisamente na atenção primária, a influência para a ocorrência dos absenteísmos estão ligadas não somente a fatores intrínsecos do trabalho, como também as condições de saúde dos trabalhadores, situação econômica, sociocultural e política ^{1,2}.

Como consequências apontadas para as ausências de trabalhadores da saúde, estão a desorganização do trabalho nas equipes com sobrecarga física e/ou mental dos colegas, somadas à insatisfação. Em escalas maiores, as ausências refletem na produtividade do trabalho prescrito, especialmente na qualidade da assistência prestada aos usuários, com quebra da continuidade do cuidado e, por fim, torna-se um fenômeno oneroso às instituições e ao próprio trabalhador ausente ³⁻⁵.

No Brasil, dados para produção de informações acerca dos absenteísmos de trabalhadores da atenção primária podem ser obtidos através de diversos Sistemas

de Informação (SI) governamentais, a exemplo do Ministério da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social. A qualidade dos dados existentes nos SI em saúde ativos sobre doenças e agravos no Brasil, apesar de notificarem e registrarem dados de todos os trabalhadores sem importar o vínculo empregatício, é sempre muito questionada, devido a não representatividade e má qualidade para a notificação e registro dos dados^{6,7}.

A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), gerenciada pelo Ministério do Trabalho e Emprego e utilizada para registros com fins administrativos, constitui-se de registros exclusivos da população trabalhadora formal e é composta de dados que podem auxiliar na construção do conhecimento no campo da saúde do trabalhador⁸.

Por considerar que a perda de produtividade do trabalhador da saúde é um evento que causa inúmeras consequências ao trabalhador ausente, às equipes e ao sistema de saúde na totalidade e, que ainda é identificada na literatura científica brasileira uma grande lacuna acerca da avaliação desse sistema de informação na verificação da produtividade de trabalhadores da atenção primária que compõem as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica e Equipes de Saúde Bucal, o presente estudo propõe avaliar a qualidade da cobertura dos registros de dados do Sistema de Informação da RAIS em todo o território nacional para caracterização da perda de produtividade por absenteísmos em trabalhadores da atenção primária.

MÉTODO

Tipo de estudo, participantes e fontes de dados

Estudo do tipo transversal realizado com dados secundários oriundos da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do ano de 2021, de todo o Brasil. Esta fonte de dados encontra-se organizada em bases distintas por recorte geográfico e ano. Foi feito o download das bases e do arquivo de código das variáveis e realizada a junção de todas as macrorregiões do país no ano de 2021, por se encontrarem até este ano completas e disponíveis para tratamento e análise dos dados de interesse.

A extração dos dados foi obtida a partir dos registros de todos os trabalhadores formais residentes no Brasil e selecionados apenas os trabalhadores da saúde inseridos na atenção primária, em conformidade com as Portarias nº 2.436/2017⁹, que dispõe sobre as diretrizes da PNAB e nº 18/2019¹⁰, que estabelece regras para o cadastramento das Equipes de Saúde da Família (EqSF), Equipes de Atenção Básica (EqAB) e Equipes de Saúde Bucal (EqSB) e classificados segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), os grupos de base (CBO principal).

Indicadores de abrangência do sistema de informação RAIS

Outra fonte de dados foi utilizada para obtenção de alguns indicadores, que visou estimar a cobertura dos registros no SI RAIS, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹¹, sistema cadastral que operacionaliza mais de 90 bases de dados em saúde, cujo sistema comporta dados sobre estabelecimentos de saúde, profissionais e outros trabalhadores que prestam serviços nesta área, não importando a natureza jurídica.

Os dados do CNES foram utilizados como denominador para os cálculos de proporções (dividindo-se o número de trabalhadores registrados na RAIS pelo número de trabalhadores cadastrados no ano de 2021 no CNES, multiplicado por 100): geral, por sexo, por categorias ocupacionais e por regiões do país; e razão de sexo segundo categoria ocupacional (dividindo-se o número de trabalhadores por categoria da variável sexo (masculino e feminino) pelas categorias ocupacionais da RAIS).

Composição das Variáveis da RAIS

Variável desfecho

Para analisar descritivamente a perda de produtividade, foi adotada como desfecho a variável Dias de trabalho perdidos, originalmente numérica discreta e categorizada em “Sim” (1 a 365 dias perdidos) e “Não” (0 dia perdido).

A mesma variável foi considerada para verificação em categorias de perda: Nível de perda de produtividade em 4 níveis: 1 a 15 dias; 16 até 60 dias; 61 até 120 dias e 121 a 365 dias. Avaliar o tempo (em dias), pode revelar padrões de ausências, que sugerem outras questões além dos problemas de saúde; permite que as instituições planejem e aloquem recursos de pessoal para garantia dos serviços ofertados aos usuários.

Variáveis explicativas

A fim de compor variáveis que possam descrever o fenômeno em questão, foram selecionadas as seguintes variáveis explicativas:

- Causa de ausência - “AT típico”; “AT trajeto”; “DRT”; “DNRT”; “Outras licenças”; e “Sem ausências”;
- Sexo - “Masculino” e “Feminino”;
- Idade - “Até 30 anos”; “Até 45 anos”; “Até 65 anos” e “Mais de 65 anos”;
- Raça/Cor - “Indígena”; “Branca”; “Preta”; “Amarela”; “Parda”; “Não identificada”;
- Nível de Escolaridade - “Médio/Técnico”, “Superior” e “Pós-Graduação”;
- Tipo de vínculo - “Celetista”; “Estatutário”; “Temporário”; “Contratado Estadual/Municipal”;
- Tempo de emprego - “Até 1 ano”; “2 a 4 anos”; “5 a 7 anos”; “8 a 10 anos”; e “> 10 anos”;
- Horas contratuais - “20 horas”; “30 horas”; “40 horas e mais”;
- Ocupação (segundo grupos de base CBO) – “ACS/AIS”; “Médico”; “Cirurgião-Dentista”; “Enfermeiro”; “Auxiliares/Técnicos Enf”; e “Auxiliares/Técnicos Saúde Bucal”;
- Regiões geográficas - “Norte”; “Nordeste”; “Sudeste”; “Sul”; “Centro-Oeste”.

Análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas de forma univariada e bivariada, calculadas por meio da distribuição de frequências das variáveis adotadas para o estudo. Foi observada a medida de ocorrência da variável perda de produtividade com as variáveis explicativas e ainda segundo níveis de perda.

Com o propósito de auxiliar na verificação da qualidade de cobertura dos dados do SI RAIS em todo o território nacional, foram obtidas as proporções do total de trabalhadores da atenção primária cadastrados na RAIS em relação aos cadastrados no CNES, por sexo, por categorias ocupacionais e por região do país.

O tratamento e análise dos dados foram feitos no programa estatístico STATA® na versão 12.

A respeito dos aspectos éticos, como esta pesquisa utilizou dados secundários provenientes de bases de dados de domínio público, entende-se que não houve necessidade de envio para apreciação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa.

RESULTADOS

Dos 70.521.981 registros de trabalhadores formais de todo o território nacional no ano de 2021 no SI RAIS, 2.570.221 foram trabalhadores da saúde inseridos nas EqSF, EqAB e EqSB, correspondendo a 3,7% do total. A perda de produtividade (dias perdidos de trabalho) foi observada em 21,5% em relação às não ausências dos trabalhadores e destes, 53,6% apresentaram perda entre 1 a 15 dias, uma duração média de 12,4 dias (DP 49,6).

Na tabela 1 foram apresentadas as variáveis relativas ao trabalhador e das características do trabalho em relação à presença ou não da perda de produtividade. Destes, apresentaram ao menos um dia perdido: 85,5% das mulheres; 53,4% dos trabalhadores com até 45 anos, 67,3% no nível médio/técnico de ocupação e entre os que referem a cor da pele branca (45,9%). Quanto às informações ocupacionais, destacaram-se as relativas ao tempo de emprego com mais de 10 anos (80,9%), carga horária de 40 horas (87,9%), celetistas (70%) e como causa de ausência as doenças não relacionadas ao trabalho (81,9%).

Tabela 1: Distribuição das variáveis explicativas segundo a perda de produtividade da RAIS. Brasil, 2024.

Variáveis	Não		Sim	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	1.596.333	79,1	473.400	85,5
Masculino	420.310	20,8	80.178	14,4
Faixa Etária				
Até 30 anos	425.828	21,1	114.863	20,7
Até 45 anos	1.003.189	49,7	295.811	53,4
Até 65 anos	550.917	27,3	135.710	24,5
> 65 anos	36.709	1,82	7.709	1,30

Nível de escolaridade

Médio/Técnico	1.247.579	61,8	372.988	67,3
Superior	764.587	37,9	178.976	32,3
Pós-graduação	4.477	0,22	1.614	0,29

Raça/cor

Indígena	9.688	0,76	1.145	0,28
Branca	561.735	44,3	190.19	45,9
Preta	70.401	5,56	26.759	6,46
Amarela	9.858	0,78	2.651	0,64
Parda	424.616	33,5	154.272	37,2
Não identificado	190.125	15,0	39.160	9,46

Ocupação

ACS/AIS	244.103	12,1	41.455	7,49
Médico	200.158	9,93	33.199	6,00
Cirurgião-dentista	53.317	2,64	9.726	1,76
Enfermeiro	387.699	19,2	104.339	18,8
Aux/Téc Enfermagem	1.024.599	50,8	348.997	63,0
Aux/Téc Saúde bucal	106.767	5,29	15.862	2,87

Tipo de vínculo

Celetista	1.095.972	54,3	387.851	70,0
Estatutário	750.220	37,2	139.412	25,1
Temporário	27.426	1,36	2.597	0,47
Contratado	143.025	7,09	23.718	4,28

Tempo de Emprego

Até 1 ano	87.615	4,34	2.571	0,46
2 a 4 anos	231.868	11,5	23.903	4,32
5 a 7 anos	178.776	8,87	34.977	6,32
8 a 10 anos	193.493	9,59	44.246	7,99
> 10 anos	1.324.891	65,70	447.881	80,9

Horas contratuais

20 horas	124.852	6,20	19.739	3,57
30 horas	289.449	14,3	46.663	8,44
40 horas	1.597.849	79,4	486.327	87,9

Causa de ausência

AT típico	-	-	4.337	0,78
AT trajeto	-	-	394	0,07
DRT	-	-	13.212	2,39
NDRT	-	-	453.766	81,9
Outras licenças	-	-	81.869	14,7
Sem ausências	2.016.643	100	-	-

Aux/Téc - Auxiliar/Técnico; AT- Acidente de Trabalho
DRT - Doença Relacionada ao Trabalho; DNRT - Doença Não Relacionada ao Trabalho

Na tabela 2 foi retirada a categoria “sem perdas” da variável níveis de perda de produtividade, com o fim de avaliar especificamente as ocorrências com perdas. Para 1 a 15 dias de perda, as categorias expressivas foram: auxiliares e técnicos de enfermagem (63,5%); os celetistas (72%); trabalhadores com carga horária de 40 horas (89,2%); e como causa de ausência, as doenças não relacionadas ao trabalho (94%).

As perdas de 61 até 120 dias foram mais prevalentes para as mulheres (90,6%) e trabalhadores com até 45 anos; em relação às perdas de 121 a 365 dias, estão os trabalhadores com nível médio/técnico (69,1%); cor da pele referida branca (50,4%); e os que se encontram no serviço há mais de 10 anos (94,4%).

Tabela 2: Distribuição das variáveis explicativas segundo categorias de perda de produtividade da RAIS. Brasil, 2024.

Níveis de perda de produtividade				
	1 a 15 dias	16 até 60 dias	61 até 120 dias	121 a 365 dias
Variáveis	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo				
Feminino	246.870(83,0)	100.532(86,8)	50.181(90,6)	75.817(88,9)
Masculino	50.330(16,9)	15.259(13,1)	5.174(9,35)	9.415(11,0)
Faixa etária				
Até 30 anos	68.538(23,0)	20.515(17,7)	12.382(22,3)	13.428(15,7)
Até 45 anos	158.516(53,3)	62.762(54,2)	30.940(55,8)	43.593(51,1)
Até 65 anos	67.968(22,8)	30.989(26,7)	11.341(20,4)	25.412(29,8)
> 65 anos	2.178(0,73)	1.525(1,32)	692(1,25)	2.799(3,28)
Nível de escolaridade				
Técnico/Médio	197.370(66,4)	79.967(69,0)	36.749(66,3)	58.902(69,1)
Superior	98.936(33,2)	35.450(30,6)	18.473(33,3)	26.117(30,6)
Pós-graduação	894(0,30)	374(0,32)	133(0,24)	213(0,25)
Raça/cor				
Indígena	488(0,21)	252(0,31)	199(0,49)	206(0,34)
Branca	101.513(43,8)	38.724(47,3)	19.399(47,9)	30.543(50,4)
Preta	15.494(6,70)	5.208(6,36)	2.402(5,93)	3.655(6,04)
Amarela	1.462(0,63)	525(0,64)	293(0,72)	371(0,61)
Parda	89.785(38,8)	29.889(36,5)	13.919(34,3)	20.679(34,1)
Não identificada	22.549(9,75)	7.264(8,87)	4.266(10,5)	5.081(8,39)
Ocupação				
ACS/AIS	19.651(6,61)	9.736(8,41)	4.801(8,67)	7.267(8,53)
Médico	18.560(6,24)	6.026(5,20)	3.443(6,22)	5.170(6,07)

Cirurgião-dentista	4.502(1,51)	2.133(1,84)	1.183(2,14)	1.908(2,24)
Enfermeiro	59.500(20,0)	19.720(17,0)	10.602(19,1)	14.517(17,0)
Aux/Téc Enfermagem	188.853(63,5)	75.005(64,7)	31.357(56,6)	53.782(63,0)
Aux/Téc Saúde bucal	6.134(2,06)	3.171(2,74)	3.969(7,17)	2.588(3,04)
Tipo de vínculo				
Celetista	213.971(72,0)	77.098(66,5)	38.261(69,1)	58.521(68,6)
Estatutário	65.909(22,1)	33.929(29,3)	14.877(26,8)	24.697(28,9)
Temporário	1.988(0,67)	299(0,26)	170(0,31)	140(0,16)
Contratado	15.332(5,16)	4.465(3,86)	2.047(3,70)	1.874(2,20)
Tempo de Emprego				
Até 1 ano	2.408(0,81)	145(0,13)	4(0,01)	14(0,02)
2 a 4 anos	20.947(7,05)	2.244(1,94)	637(1,15)	75(0,09)
5 a 7 anos	26.680(8,98)	5.160(4,46)	1.915(3,46)	1.222(1,43)
8 a 10 anos	28.020(9,43)	8.857(7,41)	4.230(7,64)	3.418(4,01)
> 10 anos	219.145(73,7)	99.664(86,0)	48.569(87,7)	80.503(94,4)
Horas contratuais				
20 horas	9.427(3,18)	4.017(3,47)	2.514(4,55)	3.781(4,44)
30 horas	22.606(7,62)	10.237(8,85)	6.037(10,9)	7.783(9,14)
40 horas	264.661(89,2)	101.386(87,6)	46.720(84,5)	73.560(86,4)
Causa de ausência				
AT típico	1.594(0,54)	963(0,83)	671(1,21)	1.109(1,30)
AT trajeto	71(0,02)	94(0,08)	96(0,17)	133(0,16)
DRT	8.130(2,74)	2.885(2,49)	755(1,36)	1.442(1,69)
DNRT	279.375(94,0)	98.105(84,7)	25.838(46,6)	50.448(59,1)
Outras licenças	8.030(2,70)	13.744(11,87)	27.995(50,57)	32.100(37,6)

ACS/AIS - Agente Comunitário de Saúde/Agente Indígena de Saúde

Aux/Téc - Auxiliar/Técnico

AT- Acidente de Trabalho

DRT - Doença Relacionada ao Trabalho

DNRT - Doença Não Relacionada ao Trabalho

Até o ano de 2021 foram registrados no CNES 6.823.626 trabalhadores da saúde na atenção primária (EqSF, EqAB e EqSB). Desta maneira, foi possível calcular a proporção de trabalhadores para verificação da abrangência do SI RAIS em todo o país, por sexo, ocupação e regiões do ano de 2021. A proporção geral foi de 37,6%. As demais proporções nos valores 30,3% (sexo feminino), 20,1% (Aux/Téc de enfermagem) e 18% (região sudeste) (Tabela 3).

Tabela 3: Proporção de trabalhadores da saúde cadastrados na RAIS de acordo com sexo, categorias ocupacionais e por região geográfica, em relação ao total de trabalhadores da saúde cadastrados no CNES no ano de 2021. Brasil, 2024.

	Total de trabalhadores	Proporção
	n	(%)
Sexo		
Masculino	500.488	7,33
Feminino	2.069.733	30,3
Ocupação		
ACS/AIS	285.558	4,18
Médico	233.357	3,41
Cirurgião-dentista	63.043	0,92
Enfermeiro	492.038	7,21
Aux/Téc Enf	1.373.596	20,1
Aux/Téc Saúde bucal	122.629	1,79
Regiões geográficas		
Região Norte	174.360	2,55
Região Nordeste	567.245	8,31
Região Sudeste	1.228.951	18,0
Região Sul	373.536	5,47
Região Centro-Oeste	226.129	3,31
Total Brasil	2.570.221	37,6

ACS/AIS - Agente Comunitário de Saúde/Agente Indígena de Saúde

Aux/Téc - Auxiliar/Técnico; AT- Acidente de Trabalho

DRT - Doença Relacionada ao Trabalho; DNRT - Doença Não Relacionada ao Trabalho

Quando estimadas as razões de sexo por categoria ocupacional, para cada 100 trabalhadores cirurgiões-dentistas, 32,8 são mulheres e entre os auxiliares/técnicos em saúde bucal, 16,8 são mulheres (Tabela 4).

Tabela 4: Razão de sexo segundo categorias ocupacionais de trabalhadores da saúde cadastrados na RAIS no ano de 2021. Brasil, 2024.

Ocupação	Razão de sexo	
	Mas	Fem
ACS/AIS	1,75	7,24
Médico	2,14	8,86
Cirurgião-dentista	7,93	32,8
Enfermeiro	1,01	4,20
Aux/Téc Enf	0,36	1,50
Aux/Téc Saúde bucal	4,08	16,8

ACS/AIS - Agente Comunitário de Saúde/Agente Indígena de Saúde

Aux/Téc - Auxiliar/Técnico

DISCUSSÃO

Caracterização da perda de produtividade

Este estudo possibilitou avaliar a cobertura do sistema de informação RAIS em todo o território nacional para caracterização da perda de produtividade de trabalhadores da saúde na atenção primária.

A perda de produtividade mais prevalente sem considerar as variáveis explicativas foi observada entre 1 e 15 dias, uma maior quantidade de dias perdidos em relação a outros estudos ^{12,4}.

Para esse mesmo período, o vínculo celetista foi mais representativo em relação aos estatutários, contratados e temporários, tendo em vista o estudo ter sido realizado com dados do SI RAIS, que registra exclusivamente trabalhadores formais, discordantemente em relação a outras pesquisas realizadas com dados primários e as provenientes de bases de dados do Ministério da Saúde.

Auxiliares e técnicos de enfermagem apresentaram perdas significativas em todos os níveis, sendo de 1 a 15 dias a maior ocorrente. Os achados são correspondentes à literatura encontrada. Essas categorias ocupacionais exercem inúmeras demandas além das que lhe são impostas, resultando em grandes desgastes físicos e mentais/emocionais. Esses trabalhadores estão sujeitos ainda a crescentes taxas de rotatividade, além das ausências, especialmente em situações de sobrecarga de trabalho, resultantes em perdas diretas de produtividade, impactando na qualidade do atendimento aos usuários do sistema saúde. Fatores como a falta de apoio psicológico no ambiente de trabalho e a não observância das políticas existentes em saúde do trabalhador agravam a realidade dos absenteísmos ^{13,4}.

Em relação à carga horária semanal, a maior prevalência foi para os que trabalhavam 40 horas semanais. Quanto maior a carga horária exercida, maiores probabilidades de ausência com consequente perda de produtividade no trabalho em saúde ^{2,14}.

Para as perdas com 61 até 120 dias, destacou-se a variável sexo. O cálculo da razão de sexo em relação às ocupações também revela que a presença feminina no mercado de trabalho é bem expressiva no Brasil e no mundo todo e, em praticamente todas as ocupações no campo da Saúde¹⁵. Esse resultado se mostra próximo a um estudo nacional ² e os realizados em outros países e com ocupações diversas ^{3,16,17}.

As trabalhadoras da saúde enfrentam condições de trabalho mais desfavorecidas em relação aos homens, que são importantes fatores para a perda de produtividade. O ambiente laboral da atenção primária exige um elevado nível de interação direta com os pacientes, cujo processo de trabalho envolve atividades repetitivas e estressantes, o que pode resultar em desgastes físico e psicológico. As categorias das auxiliares e técnicas de enfermagem são particularmente mais desfavorecidas em relação as longas jornadas de trabalho, que frequentemente ultrapassam às 40 horas semanais, tendo em vista o multi vínculo, intensificando a sobrecarga emocional e física. Além disso, a carga emocional é exacerbada pela natureza do trabalho, com contato diário com situações de doença, sofrimento e morte. A falta de recursos adequados e a escassez de profissionais, características frequentemente observadas nos sistemas de saúde públicos, aumentam o risco de sobrecarga e burnout entre essas trabalhadoras, resultando em um ciclo de

absenteísmo e perda de produtividade. Assim, as condições de trabalho desfavoráveis não apenas afetam o desempenho imediato das trabalhadoras, mas também têm um impacto duradouro na saúde e bem-estar, contribuindo para maiores índices de afastamento e menor qualidade do cuidado prestado. Vale pontuar que, para além desta afirmação, a perda de produtividade de mulheres também pode estar ligada a fatores biológicos, como os sintomas relacionados à menstruação¹⁸ e ao climatério¹⁹.

A faixa etária mais prevalente foi a de trabalhadores com até 45 anos. Estudos realizados na Europa²⁰ e no Japão⁵, apresentam faixas etárias de perda de produtividade entre 50 a 59 anos e 40 a 49 anos, respectivamente. Os achados levam a compreensão de ser a idade fator determinante para ausências mais longas dos trabalhadores, especialmente os acometidos por doenças de longa duração^{21,22}.

Dentre as perdas de 121 a 365 dias, a maior ocorrência foi de trabalhadores em nível técnico/médio de escolaridade. Estudos nacionais apontam ser essa a categoria ocupacional que mais se ausenta do trabalho devido a doenças e/ou agravos, como os acidentes^{1,23}.

Para o tempo de emprego, a maior prevalência foi observada para trabalhadores que se encontravam há mais de 10 anos no serviço da atenção primária. Estudo com trabalhadores da enfermagem evidencia que mais tempo de trabalho está relacionado às maiores ocorrências de transtornos mentais e maiores ausências, especialmente durante o período da pandemia de COVID-19^{24,25}.

A perda de produtividade também foi observada a partir da variável raça/cor da pele. Embora os achados sobre a relação entre essas variáveis nem sempre revelem uma associação direta, para este estudo observou-se maior prevalência de absenteísmo entre trabalhadores que se autodeclararam brancos, em contraste com outro estudo que sugerem que a população negra e parda tende a apresentar uma maior prevalência²⁷. Mas cabe pontuar que, em contextos de saúde pública, o racismo estrutural e as desigualdades sociais impactam diretamente a saúde dos trabalhadores negros e pardos, frequentemente resultando em um quadro de saúde mais fragilizado, maior exposição ao estresse e, conseqüentemente, maior propensão ao absenteísmo.

Avaliação da qualidade de cobertura dos registros da RAIS

Foram calculados indicadores do tipo proporção para avaliação da qualidade da cobertura dos dados registrados na RAIS acerca dos trabalhadores da saúde na atenção primária em relação ao total de trabalhadores cadastrados no CNES no ano de 2021. Os resultados revelam uma baixa proporção dos registros em todo o território nacional. Para a proporção segundo o sexo, a maior foi para as mulheres e por categorias ocupacionais, os auxiliares e técnicos de enfermagem. Compreende-se que a baixa cobertura desses registros em relação ao CNES, pode limitar a precisão das estimativas epidemiológicas acerca do tema em questão.

A proporção por regiões do país aponta uma maior cobertura de dados para a região sudeste (estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais). Segundo dados em painel do portal Conasems²⁸ e do ElastiCNES²⁹ o total de equipes cadastradas (EqSF, EqAB, ESB) na região nordeste supera as da região sudeste, o que explica a possibilidade de má qualidade na cobertura dos dados de algumas regiões do país.

Das razões prováveis para baixa cobertura de dados pertinentes a esses trabalhadores, podem ser citadas: as declarações prestadas pelos estabelecimentos via sistema gerador de declarações da RAIS sobre os seus trabalhadores podem estar omitidas ou não declaradas; e/ou por não constar outras formas de vínculo não relacionadas para o registro na RAIS, a exemplo da contratação de bolsistas e residentes em Saúde da Família, além de trabalhadores autônomos “contratados temporariamente” por meio de Recibo de Pagamento Autônomo (RPA).

É pertinente frisar que a RAIS é um sistema de informação caracteristicamente de base administrativa onde são alimentados dados com objetivo fiscalizador para algum programa ou política pública, não possuindo finalidades estatísticas epidemiológicas, embora seja subsídio para diversas fontes estatísticas acerca do mercado de trabalho no país, como o IBGE, Dieese e outros.

Quanto à qualidade no preenchimento das variáveis, observa-se boa completude dos registros, embora campos como cor da pele e carga horária tenham apresentado dados faltantes (missing).

Por fim, se faz pertinente ressaltar dados que poderiam fazer parte do SI RAIS e que auxiliam na compreensão dos fenômenos em saúde, como causas de ausências segundo a CID, quantidade e descrição de outros tipos de vínculos que o trabalhador possui.

Variável <dias perdidos de trabalho> como medida da perda de produtividade

Ainda não existe um consenso na literatura sobre como a perda de produtividade devido aos absenteísmos deve ser exatamente mensurada, embora já esteja posto na literatura sobre a utilização de dias perdidos de trabalho. Podem ser encontrados estudos ainda sobre a mensuração por custos diretos e indiretos gerados por horas ou dias de ausência^{30,31,20,5,32}; por Comunicação de Acidente de Trabalho e por causas conforme a CID-10³².

Como não foram utilizadas neste estudo essas outras formas de mensuração, compreende-se que os dias perdidos de trabalho seja uma boa medida para análise da perda de produtividade. Assim, este estudo recomenda que sejam realizadas pesquisas utilizando o SI RAIS, o campo/variável dias perdidos de trabalho, como medida-desfecho, com fins de analisar fatores de associação que influenciam a perda de produtividade.

Limitações e pontos de destaque para este estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira delas, metodológica, devido ao fato deste estudo ter avaliado a qualidade da cobertura dos registros por apenas um ano, sendo necessário um acompanhamento temporal.

Outra limitação reside no fato deste estudo ser de cunho descritivo/exploratório, apresentando apenas as medidas de ocorrência do evento na população, sem considerar possíveis relações de associação/causa.

É importante ressaltar as contribuições significativas deste estudo. Este foi um estudo que avaliou a nível nacional a cobertura e a qualidade dos registros da RAIS para analisar a perda de produtividade de trabalhadores da saúde na atenção primária. Essa abordagem amplia o entendimento sobre os fatores que afetam o desempenho dos trabalhadores de saúde, considerando-se especialmente as particularidades de cada região e as variações entre categorias ocupacionais. Outro ponto em destaque é a pertinência da pesquisa em um contexto em que a saúde de

trabalhadores da atenção primária tem recebido atenção. A identificação de perfis específicos de trabalhadores mais propensos à perda de produtividade, como aqueles com mais de 10 anos de serviço e trabalhadores com nível médio/técnico, fornece uma base relevante para uma transformação nas políticas públicas existentes e nas práticas de gestão voltadas para a melhoria das condições de trabalho e saúde desses profissionais.

CONCLUSÃO

As ausências do trabalho, independentemente do período, geram impactos negativos significativos na vida dos trabalhadores e comprometem a organização e a qualidade do trabalho na saúde pública. Este estudo propôs avaliar a cobertura e a qualidade do sistema de informação RAIS para a caracterização da perda de produtividade dos trabalhadores da atenção primária, revelando não apenas a extensão das ausências, mas também as falhas na cobertura dos registros. Os achados reforçam a importância de sistemas de informação de alta qualidade, que são essenciais para produzir estatísticas epidemiológicas confiáveis e apoiar a formulação de políticas de prevenção e promoção de saúde no ambiente de trabalho.

Esse estudo destaca ainda a necessidade de uma articulação mais robusta entre instituições e profissionais envolvidos na alimentação dos sistemas de informação, visando a melhoria contínua da qualidade dos dados, por serem indispensáveis na produção de estatísticas epidemiológicas mais precisas para auxiliar as políticas de prevenção e promoção da saúde de trabalhadores. Um avanço nesse campo pode contribuir para o fortalecimento do conhecimento em saúde dos trabalhadores, fornecendo uma base sólida para intervenções mais direcionadas e efetivas que promovam a saúde e o bem-estar dos trabalhadores da atenção primária, o que, em última instância, se traduz em um sistema de saúde mais eficiente e resiliente.

Reforça-se, assim, a importância de uma melhor articulação interinstitucional, das instituições e profissionais que alimentam os sistemas de informação, com vistas à melhoria da qualidade dos dados para a produção do conhecimento em saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

1 Baptista MC et al. Absenteeism and Presenteeism Associated With Common Health Conditions in Brazilian Workers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2019 Abr; 61(4):303–313. DOI: 10.1097/JOM.0000000000001538. PMID: 30640842.

2 Paiva LG, Lima Dalmolin GD, dos Santos WM. Absenteísmo-doença em trabalhadores da saúde em contexto hospitalar na região Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. 2020;18(4), 399-406.

3 Al-Nuaimi AA, Abdeen S, Abed Alah M, AlHajri S, Semaan S, Al-Kuwari MG. Sickness absenteeism among primary health care workers in Qatar before and during the COVID-19 pandemic. *J Occup Med Toxicol*. 2023 Mar 16;18(1):3. doi: 10.1186/s12995-023-00369-3. PMID: 36927778; PMCID: PMC10018637.

4 Garbin AJÍ et al. Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2022; 75(Suppl 1):e20220028. [acesso 2 dez. 2023]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028>.

5 Nagata T. et al. Total Health-Related Costs Due to Absenteeism, Presenteeism, and Medical and Pharmaceutical Expenses in Japanese Employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2018 mai; 60(5):e273–e280.

6 Coelho Neto GC, Chioro A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021; 37, e00182119.

7 Batista AG, Santana VS, Ferrite S. Registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais em sistemas de informação no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24: 693-704. doi.org/10.1590/1413-81232018243.35132016.

8 Brasil. Equipes na Atenção Básica. Portal Conasems. [Internet] 2023(a). [acesso 10 dez 2023]; Disponível em: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/19_equipas-na-atencao-basica

9 Brasil. Portaria nº 2.436/2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a Atenção Básica no âmbito do SUS na organização da Atenção. [Internet]. 2017. [acesso 17 nov. 2023]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

10 Brasil. Portaria nº 18/2019. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). [Internet]. 2019. [acesso 17 nov. 2023]; Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/janeiro2019/dia10/portaria18.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2021.

11 Brasil. extrato dos profissionais de saúde cadastrados no CNES em 2021. [Internet] 2023. [acesso 10 dez 2023]; Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/profissionais>

12 Fernando M, Caputi P, Ashbury F. Impact on Employee Productivity From Presenteeism and Absenteeism. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2017;59(7):691-696.

13 Carvalho DP de, Rocha LP, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Cecagno D, Dalmolin G de L. Productivity versus workloads in the nursing working environment*.

Rev esc enferm USP [Internet]. 2017;51. Available from:
<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028903301>

14 Larsen AD, Ropponen A, Hansen J, Hansen ÅM, Kolstad HA, Koskinen A, Härmä MI, Garde AH. Working time characteristics and long-term sickness absence among Danish and Finnish nurses: A register-based study. *Int J Nurs Stud*. 2020 Dec;112:103639. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103639. Epub 2020 May 21. PMID: 32505388.

15 Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMN. Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização. [Internet] 2010. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2010. [acesso 3 dez 2023]. Disponível em:
<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>

16 Bialowolski P, McNeely E, VanderWeele TJ, Weziak-Bialowolska D. Ill health and distraction at work: Costs and drivers for productivity loss. *PLoS One*. 2020 Mar 31;15(3):e0230562. doi: 10.1371/journal.pone.0230562. PMID: 32231382; PMCID: PMC7108714.

17 Burns K, Schroeder EA, Fung T, Ellis LA, Amin J. Industry differences in psychological distress and distress-related productivity loss: A cross-sectional study of Australian workers. *J Occup Health*. 2023 Jan-Dec;65(1):e12428. doi: 10.1002/1348-9585.12428. PMID: 37789556; PMCID: PMC10547932.

18 Schoep ME et al. Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. *BMJ open*. 2019;9(6): e026186, 2019.

19 Vergamota APAA. Incontinência Urinária, Menopausa e IMC: O Impacto na Qualidade de Vida e na Produtividade Laboral. Lisboa - Portugal. Dissertação [Mestrado em Psicologia Clínica] Ispa Instituto Universitário; 2023. Disponível em:
https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/9350/1/29708_Ana_Patricia_Vergamota_Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf

20 Gianino MM, Politano G, Scarmozzino A, Stillo M, Amprino V, Di Carlo S, Benso A, Zotti CM. Custo do absenteeismo-doença durante surtos de influenza sazonal de média intensidade entre profissionais de saúde. *Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública*. 2019; 16(5):747. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050747>

21 Fernandes, Márcia Astrês et al. Transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores: estudo sobre os afastamentos laborais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2018, v. 52 [Acessado 4 dez 2023], e03396. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017036403396>>. Epub 13 Dez 2018. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017036403396>.

22 Kunrath GM et al. Predictors associated with absenteeism-disease among Nursing professionals working in an emergency hospital service. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2021; 42 (e20190433) [Acessado 5 dez 2023],. Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190433>. Epub 08 Fev 2021. ISSN 1983-1447.

23 Lucca SR, Rodrigues MSD. Absenteeism of professional nursing in a public hospital in the state of Sao Paulo/Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitario do estado de Sao Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. 2015; 13(2): 76-83.

24 Alves ABSL, Matos FG de OA, Carvalho AR da S, Alves DCI, Tonini NS, Santos RP dos, et al.. Absenteeism in nursing in the face of covid-19: a comparative study in a hospital from southern Brazil. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2022;31:e20210254. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0254>.

25 Appel, Ana Paula, Carvalho, Ariana Rodrigues da Silva e Santos, Reginaldo Passoni dos. Prevalence and factors associated with anxiety, depression and stress in a COVID-19 nursing team. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2021;42,(spe) [Acessado 3 dez 2023], e20200403. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200403>>. Epub 22 Set 2021. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200403>.

26 Jordão NAF. Condições de trabalho e absenteísmo por doença entre os profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte-Minas Gerais. *Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais*; 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AM9KJR/1/disserta__o.15.04.2017.final.pdf

27 Brasil. CONASEMS - Indicadores, Produção de serviços e Provimento profissional. 2023 [Internet] Disponível em: <https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/desempenho-dos-servicos>.

28 Brasil. ELASTICNES - Dados em painel Profissionais. 2023 [Internet] Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/profissionais>.

29 Cardoso JP, Mota ELA, Ferreira LN, Rios PAA. Custos de produtividade entre pessoas envolvidas em acidentes de trânsito. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25:749–60. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.15232018>.

30 Genowska A, Fryc J, Pinkas J, Jamiółkowski J, Szafraniec K, Szpak A, Bojar I. Social costs of loss in productivity-related absenteeism in Poland. *Int J Occup Med Environ Health*. 2017 Oct 6;30(6):917-932. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01123. Epub 2016 Dec 23. PMID: 28584315.

31 Santana LL, Sarquis LMM, Miranda FMD, Kalinke LP, Felli VEA, Mininel VA. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. Rev Bras Enfermagem. 2016; 69(1):30-9. doi.org/10.1590/0034-7167.2016690104i

32 Zhang W, BANSBACK N, ANIS AH. Measuring and valuing productivity loss due to poor health: A critical review. Social science & medicine. 2011; 72(2):185-192, 2011.

Manuscrito 2**Fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da atenção primária no
Brasil: uma estratificação por sexo**

Perda de produtividade de trabalhadores

Maria Inês Pardo Calazans^{1*}, Jefferson Paixão Cardoso²

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; Discente de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, BA, Brasil; ORCID: [0000-0002-0483-5596](https://orcid.org/0000-0002-0483-5596)

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; Doutor em Saúde Coletiva, Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, BA, Brasil; ORCID: [0000-0003-0128-5792](https://orcid.org/0000-0003-0128-5792)

Declaração de conflitos de interesse:

Não há conflitos de interesse por parte dos autores.

Fonte de financiamento:

Não houve fonte de financiamento para esta pesquisa

***Informações do autor correspondente:**

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/nº, Jequié-BA, Brasil.

Telefone: (73) 3528-9721

email: inezcalazans@gmail.com

**Fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da atenção primária no
Brasil: uma estratificação por sexo**

**Factors associated with loss of productivity among primary care workers in Brazil: a
stratification by sex**

Perda de produtividade de trabalhadores

Resumo

Introdução: a perda de produtividade possui múltiplos fatores explicativos e para homens e mulheres pode apresentar diferenças. Objetivo: analisar os fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da saúde na atenção primária segundo o sexo. Métodos: Estudo transversal realizado com dados secundários da Relação Anual de Informações Sociais de 2021, Brasil. Foram selecionados trabalhadores da saúde da atenção primária. Atribuiu-se como desfecho a variável Dias de trabalho perdidos e as demais variáveis que compuseram o modelo foram as relativas ao trabalhador, trabalho e regiões geográficas. Foram estimadas as medidas de ocorrência das variáveis de exposição em relação ao desfecho por sexo e reproduzido modelo logístico que explicasse associações com a perda de produtividade. Resultados e Conclusões: As variáveis testadas apresentaram associação, denotando que as diferenças na perda de produtividade entre homens e mulheres não é tão discrepante, com exceção de raça/cor e tempo de emprego. No modelo final a conversão das estimativas pela regressão de *Poisson* com variância robusta reduziu as estimativas das categorias em alguns pontos, sendo mantidas ao final para os homens: escolaridade, ocupação, tipo de vínculo, carga horária e regiões do país; para as mulheres, as mesmas variáveis com inclusão da faixa etária e exceção da variável ocupação. Espera-se que os resultados deste estudo provoquem o debate acerca da importância na promoção de estratégias que reduzam a perda de produtividade. A promoção do cuidado em saúde e de melhores condições de trabalho nos ambientes ocupacionais devem ser estimuladas, considerando a atenção às necessidades exclusivas das trabalhadoras.

Palavras-chave: Absenteísmo; Atenção Primária à Saúde; Estudos Transversais; Pessoal de Saúde.

Abstract

Introduction: Loss of productivity has multiple explanatory factors and may differ between men and women. **Objective:** to analyze the factors associated with loss of productivity among primary care health workers according to gender. **Methods:** Cross-sectional study conducted with secondary data from the 2021 Annual Social Information Report, Brazil. Primary care health workers were selected. The variable Lost workdays was assigned as the outcome and the other variables that composed the model were those related to the worker, work, and geographic regions. The measures of occurrence of the exposure variables in relation to the outcome by gender were estimated and a logistic model that explained the associations with loss of productivity was reproduced. **Results and Conclusions:** The variables tested showed an association, indicating that the differences in loss of productivity between men and women are not so discrepant, with the exception of race/color and length of employment. In the final model, the conversion of estimates by Poisson regression with robust variance reduced the category estimates by some points, with the following variables being maintained for men: education, occupation, type of employment relationship, working hours and regions of the country; for women, the same variables with the inclusion of age group and the exception of the occupation variable. The results of this study are expected to provoke debate on the importance of promoting strategies that reduce productivity loss. The promotion of health care and better working conditions in occupational environments should be encouraged, considering attention to the unique needs of female workers.

Keywords: Absenteeism; Access to Primary Care; Cross-Sectional Studies; Community Health Workers.

Introdução

Produtividade pode ser entendida pela capacidade que um trabalhador possui para exercer tarefas específicas com valor de uso. Para o campo do trabalho em saúde, a produtividade está intrinsecamente relacionada à oferta de serviços de maneira a atender às necessidades de saúde em uma determinada população ¹.

Neste sentido, os trabalhadores que atuam na atenção primária são atores principais da produção do trabalho em saúde, atuando individualmente e em equipes conforme os preceitos legais do Sistema Único de Saúde ². Contudo, os processos de trabalho refletem situações de intensificação, caracterizadas pelo excesso de demandas, que podem reduzir as potencialidades de produção do trabalho e gerar inúmeras implicações aos trabalhadores.

A perda de produtividade decorre de múltiplos fatores e os relacionados a problemas de saúde ocorrem devido ao absenteísmo (não comparecimento ao trabalho concedido por atestados médicos), presenteísmo (desempenho reduzido nos processos de trabalho) e, por um fenômeno recentemente discutido na literatura, o leavismo (prática adotada pelos trabalhadores ao se utilizarem das folgas e licenças concedidas para cuidado da saúde, mas não do lazer). Tanto o presenteísmo, quanto o leavismo são fenômenos comportamentais que geralmente antecedem o fenômeno absenteísta ⁴⁻⁷.

Estudos afirmam que poucos dias de perda podem estar associados à cultura organizacional do trabalho, insatisfação dos trabalhadores, somados a existência de preditores como o tipo de ocupação, carga horária, tempo de serviço e turnos mais longos de trabalho ⁸. Já a perda de produtividade por ausências mais longas tem relação direta com problemas de saúde e/ou ocorrência de acidentes ^{9,10}.

É importante destacar que a perda de produtividade para homens e mulheres podem ser originadas por fatores divergentes. No trabalho em saúde, a maior parcela de trabalhadores é feminina e essas, em relação aos homens, podem apresentar uma maior perda tendo em vista a posição desfavorável no mercado de trabalho, devido às desigualdades sociais que lhes são acarretadas. Podem ser citadas também as jornadas duplas ou triplas pelo cuidado com filhos, familiares e com o lar, multivínculos, além das questões ligadas aos fatores biológicos que podem predispor ou agravar problemas de saúde, e ainda pela maior probabilidade de adoecimento relacionado aos fatores mentais/emocionais ¹¹⁻¹⁴.

Como ainda são escassos os estudos acerca da perda de produtividade de trabalhadores da saúde na atenção primária, este estudo possui o objetivo de analisar os fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da saúde na atenção primária segundo o sexo.

Percurso metodológico

Tipo de estudo, participantes e fontes de dados

Estudo transversal realizado com dados secundários provenientes da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do ano de 2021, de todo o Brasil. A RAIS se encontra organizada em bases distintas por recorte geográfico e ano. Foram obtidos os arquivos das bases e do código das variáveis e realizada a junção de todas as regiões do país no ano de 2021, por se encontrarem até este ano completas e disponíveis para tratamento e análise dos dados de interesse.

Foram extraídos dados de todos os trabalhadores formais residentes no Brasil e selecionados apenas os trabalhadores da saúde inseridos na atenção primária, conforme as Portarias nº 2.436/2017 ², que dispõe sobre as diretrizes da PNAB e nº 18/2019 ¹⁵, que estabelece regras para o cadastramento das Equipes de Saúde da Família (EqSF), Equipes de Atenção Básica (EqAB) e Equipes de Saúde Bucal (EqSB) e classificados segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), os grupos de base (CBO principal).

Composição das Variáveis

Para análise da perda de produtividade, foi utilizada como desfecho a variável dias de trabalho perdidos, originalmente numérica discreta e categorizada em “Sim” (1 a 365 dias perdidos) e “Não” (0 dia perdido).

As variáveis de exposição foram: **Sexo** (“Masculino” e “Feminino”); **Faixa Etária** (“Até 30 anos”; “Até 45 anos”; “Até 65 anos” e “Mais de 65 anos”); **Raça/Cor** (“Indígena”; “Branca”; “Preta”; “Amarela”; “Parda”; “Não identificada”); **Nível de escolaridade** (“Médio/Técnico”, “Superior” e “Pós-Graduação”); **Tipo de vínculo** (“Celetista”;

“Estatutário”; “Temporário”; “Contratado Estadual/Municipal”); **Tempo de emprego** (“Até 1 ano”; “2 a 4 anos”; “5 a 7 anos”; “8 a 10 anos”; e “> 10 anos”); **Horas contratuais** (“20 horas”; “30 horas”; “40 horas e mais”); **Ocupação** (“Agente Comunitário de Saúde/Agente Indígena de Saúde”; “Médico”; “Cirurgião-Dentista”; “Enfermeiro”; “Auxiliares/Técnicos Enfermagem”; e “Auxiliares/Técnicos Saúde Bucal”); **Regiões geográficas** (“Norte”; “Nordeste”; “Sudeste”; “Sul”; “Centro-Oeste”).

Análise estatística

O software Stata® na versão 12 foi utilizado para o tratamento e análise dos dados. Foram estimadas inicialmente as medidas de prevalência (P%), razão de chances ou *odds ratio* e intervalo de confiança (IC95%) das variáveis de exposição em relação à perda de produtividade e estratificadas por sexo, tendo em vista esta variável ser considerada neste estudo como possível fator de confusão ou modificador de efeito.

Para compor o modelo logístico de associação, foram avaliadas, por meio de análise bivariada (teste X^2), as variáveis que influenciaram essa ocorrência, cujo valor de probabilidade no teste de Wald fosse menor ou igual a 0,20. A avaliação do modelo final seguiu através da seleção por método *stepwise* e por critério teórico. Foram retiradas do modelo aquelas variáveis que, apesar de se encontrarem associadas ao desfecho, reduziram a variação em relação às outras variáveis de exposição.

Após essa etapa de seleção, permaneceram no modelo as variáveis com valor de $p < 0,05$ que atendessem alguns critérios: inexistência de colinearidade entre as variáveis de exposição; a impossibilidade de erros de especificação; bondade do ajuste do modelo (Teste de Hosmer-Lemeshow); valores observados x preditos a partir do gráfico da área sob a curva ROC (*receiver operating characteristic*).

Ao final, o método de regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado de maneira a estimar as razões de prevalência e intervalos de confiança a 95%, de maneira apresentar estimativas mais pontuais.

Implicações éticas

A respeito dos aspectos éticos, como esta pesquisa utilizou dados secundários provenientes de bases de dados de domínio público, entende-se que não houve necessidade de envio para apreciação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa.

Resultados

Dentre os 70.521.981 trabalhadores formais registrados no SI RAIS em todo o território nacional no ano de 2021, 2.570.221 foram de trabalhadores da saúde na atenção primária (Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica e Equipes de Saúde Bucal), o que corresponde a 3,7% do total de registros. A perda de produtividade geral foi observada em 21,5%.

A **tabela 1** apresenta os valores de prevalência, razões de prevalência e intervalos de confiança das características do trabalhador segundo a perda de produtividade estratificadas por sexo. As estimativas mais relevantes foram para as mulheres, apresentando um aumento na probabilidade de dias perdidos na categoria até 45 anos (OR 1,09; IC95% 1,08-1,10); em possuir nível de educação superior do tipo pós-graduação (OR 1,47; IC95% 1,38-1,58). Foi observada associação forte e com diferença marcante para homens e mulheres em relação à cor da pele, sendo talvez esta variável um fator de confusão: homens (OR 6,40; IC95%

5,53-7,40) e mulheres (OR 2,25; IC95% 2,10-2,42). Para ocupação, o grupo dos auxiliares e técnicos de enfermagem apontou maior perda nos homens (OR 2,76; IC95% 2,68-2,84).

Tabela 1: Análise bivariada estratificada por sexo para perda de produtividade segundo variáveis que caracterizam o trabalhador. Brasil, 2024.

Dias perdidos de trabalho						
Variáveis	Homens			Mulheres		
	n	P%	OR(IC95%)	n	P%	OR(IC95%)
Faixa Etária						
Até 30 anos	16.796	15,8	1,00	98.067	22,5	1,00
Até 45 anos	40.240	16,6	1,06(1,04-1,08)	255.571	24,1	1,09(1,08-1,10)
Até 65 anos	20.752	15,4	0,97(0,95-0,99)	114.958	20,8	0,90(0,89-0,91)
> 65 anos	2.390	13,4	0,82(0,79-0,86)	4.804	18,3	0,77(0,74-0,79)
Escolaridade						
Médio/Técnico	46.913	18,3	1,00	326.075	23,8	1,00
Superior	32.868	13,5	0,69(0,68-0,70)	146.108	20,8	0,84(0,83-0,85)
Pós-graduação	397	17,6	0,95(0,85-1,06)	1.217	31,6	1,47(1,38-1,58)
Raça/cor						
Indígena	203	4,42	1,00	942	15,0	1,00
Branca	25.138	19,5	5,26(4,57-6,06)	165.041	26,4	2,02(1,88-2,17)
Preta	4.159	22,8	6,40(5,53-7,40)	22.600	28,6	2,25(2,10-2,42)
Amarela	318	12,8	3,19(2,66-3,84)	2.333	23,2	1,70(1,56-1,85)
Parda	20.265	21,2	5,84(5,07-6,73)	134.007	27,7	2,15(2,01-2,31)
Não identificada	5.539	12,3	3,03(2,63-3,50)	33.621	18,2	1,25(1,16-1,34)
Ocupação						
ACS/AIS	5.778	9,01	1,00	35.677	16,1	1,00
Médico	13.396	11,2	1,28(1,23-1,32)	19.803	17,3	1,09(1,07-1,11)
Cirurgião-dentista	2.724	12,0	1,37(1,31-1,44)	7.002	17,3	1,09(1,06-1,12)
Enfermeiro	12.947	16,4	1,98(1,91-2,04)	91352	22,1	1,47(1,45-1,49)
Aux/Téc Enferm	44.740	21,4	2,76(2,68-2,84)	304.257	26,1	1,83(1,81-1,86)

Aux/Téc S. bucal	593	8,18	0,90(0,82-0,98)	15.269	13,2	0,79(0,77-0,81)
------------------	-----	------	-----------------	--------	------	-----------------

P - Prevalência; RP - Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de Confiança
 ACS - Agente Comunitário de saúde; AIS - Agente Indígena de Saúde

Quanto às características do trabalho, observou-se um aumento na probabilidade de perda de produtividade para aqueles com carga horária de 40 horas ou mais: em homens (OR 1,76; IC95% 1,71-1,81) e mulheres (OR 1,75; IC95% 1,72-1,79) (**Tabela 2**). Todas as categorias para o tipo de vínculo apresentaram chances reduzidas para a perda de produtividade em ambos os sexos.

A variável tempo de emprego apresentou estimativas muito altas, especialmente aos que ocupam o cargo há mais de 10 anos, tanto para homens (OR 9,68; IC95% 8,76-10,6), como para as mulheres (OR 11,9; IC95% 11,4-12,4), sugerindo possivelmente que a magnitude desta variável altamente forte pode se comportar como um modificador de efeito.

Tabela 2: Análise bivariada estratificada por gênero para perda de produtividade segundo variáveis que caracterizam o trabalho. Brasil, 2024.

Dias de trabalho perdidos						
Variáveis	Homens			Mulheres		
	n	P%	OR(IC95%)	n	P%	OR(IC95%)
Tipo de vínculo						
Celetista	51.801	20,4	1,00	336.050	27,3	1,00
Estatutário	24.556	11,8	0,52(0,51-0,53)	114.856	16,8	0,54(0,53-0,54)
Temporário	374	6,36	0,26(0,23-0,29)	2.223	9,21	0,27(0,25-0,28)
Contratado	3.447	9,83	0,42(0,47-0,49)	20.269	15,4	0,48(0,47-0,49)
Tempo de Emprego						
1 ano	400	2,28	1,00	2.171	2,99	1,00
2 a 4 anos	3.852	7,60	3,51(3,17-3,90)	20.051	9,78	3,51(3,36-3,68)
5 a 7 anos	5.634	13,6	6,74(6,08-7,47)	29.343	17,0	6,66(6,37-6,96)
8 a 10 anos	6.615	14,3	7,17(6,47-7,95)	37.631	19,6	7,93(7,58-8,28)
> 10 anos	63.667	18,4	9,68(8,76-10,6)	384.204	26,9	11,9(11,4-12,4)
Carga horária						
20 horas	6.612	10,9	1,00	13.127	15,5	1,00
30 horas	8.621	11,4	1,04(1,01-1,08)	38.042	14,6	0,92(0,90-0,94)
40 horas e +	64.816	17,8	1,76(1,71-1,81)	421.511	24,4	1,75(1,72-1,79)

P - Prevalência; RP - Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de Confiança

Foram investigadas ainda possíveis associações do desfecho, de um ponto de vista macro, segundo regiões do território brasileiro e todas as categorias da variável apresentaram probabilidades fortes e significativas, com maior chance de perda de produtividade para os estados das regiões sul (OR 3,11; IC95% 2,99-3,24) e centro-oeste (OR 3,10; IC95% 2,98-3,23) em relação aos homens (**Tabela 3**). Apenas para a região Nordeste que apresentou uma chance menor de ocorrência na perda de produtividade (OR 0,82; IC95% 0,78-0,85).

Tabela 3: Análise bivariada estratificada por gênero para perda de produtividade segundo regiões do Brasil. Brasil, 2024.

Dias de trabalho perdidos						
Variáveis	Homens			Mulheres		
	n	P%	OR(IC95%)	n	P%	OR(IC95%)
Região						
Norte	3.483	8,75	1,00	18.668	13,8	1,00
Nordeste	8.589	7,30	0,82(0,78-0,85)	64.390	14,3	1,03(1,01-1,05)
Sudeste	43.472	18,4	2,35(2,27-2,44)	245.999	24,7	2,04(2,01-2,07)
Sul	14.136	23,0	3,11(2,99-3,24)	90.128	28,8	2,51(2,47-2,56)
Centro-oeste	10.498	22,9	3,10(2,98-3,23)	54.215	30,0	2,66(2,61-2,71)

P - Prevalência; OR - *Odds Ratio*; IC95% - Intervalo de Confiança

Foi possível analisar por meio do modelo logístico de regressão as associações conjuntas das variáveis acerca da perda de produtividade. Embora todas as variáveis testadas apresentassem algum ponto de associação positiva, algumas delas afetaram os resultados dos testes diagnósticos de ajuste. As variáveis, raça/cor e tempo de emprego apresentaram diferenças muito acentuadas entre os estratos, revelando o sexo como possível fator de confusão/modificador de efeito. Como não foram realizadas análises de interação para comprovação dessas possibilidades, estas foram removidas do modelo.

Desta maneira, mantiveram-se ao final para os homens as variáveis escolaridade, ocupação, tipo de vínculo, carga horária e regiões geográficas do país; para as mulheres, as mesmas variáveis com inclusão da faixa etária e exceção da variável ocupação.

A **Tabela 4** descreve os resultados para as associações realizadas por modelo logístico e pelo método de *Poisson*. Os valores das estimativas pontuais em *Odds Ratio* foram maiores para todas as variáveis. A conversão para as RP pela regressão de *Poisson* com variância robusta reduziu as estimativas em alguns pontos, mas manteve os intervalos mais fechados, permitindo uma interpretação mais próxima da realidade.

Percebe-se que as associações para perda de produtividade apresentaram no modelo final diferenças reduzidas entre os estratos, exceto a variável região que apresentou maiores diferenças, especificamente nas categorias, sudeste (RP 1,85; IC95% 1,79-1,91), sul (RP 2,27; IC95% 2,19-2,35) e centro-oeste (RP 2,38; IC95% 2,29-2,46). Neste modelo final as categorias de referência foram ocultadas.

Tabela 4: Medidas por OR e conversão em RP por Regressão de Poisson com especificação de variáveis que influenciaram a perda de produtividade. Brasil, 2024.

Variáveis	Dias de trabalho perdidos			
	Homens		Mulheres	
	OR(IC95%)	RP(IC95%)	OR(IC95%)	RP(IC95%)
Escolaridade				
Superior	0,98(0,94-1,01)	0,99(0,96-1,01)	0,96(0,95-0,97)	0,97(0,97-0,98)
Pós-graduação	1,39(1,24-1,56)	1,32(1,20-1,45)	1,85(1,72-1,99)	1,54(1,47-1,61)
Faixa etária				
Até 45 anos			1,00(0,99-1,01)	1,00(0,99-1,01)
Até 65 anos			0,83(0,82-0,84)	0,87(0,69-0,88)
> 65 anos			0,81(0,78-0,83)	0,85(0,83-0,87)
Ocupação				
Médico	1,44(1,37-1,51)	1,35(1,30-1,41)		
Cirurgião-dentista	1,45(1,36-1,54)	1,37(1,30-1,44)		
Enfermeiro	1,77(1,69-1,86)	1,62(1,55-1,68)		
Aux/Téc Enfermagem	2,31(2,24-2,38)	1,98(1,93-2,03)		
Aux/Téc Saúde bucal	0,76(0,69-0,83)	0,79(0,73-0,86)		
Tipo de vínculo				
Estatutário	0,74(0,72-0,75)	0,79(0,77-0,80)	0,57(0,56-0,57)	0,66(0,65-0,66)
Temporário	0,58(0,52-0,64)	0,62(0,56-0,69)	0,61(0,58-0,63)	0,66(0,64-0,69)
Contratado	0,78(0,75-0,81)	0,81(0,79-0,84)	0,72(0,70-0,73)	0,77(0,76-0,78)
Carga horária				
30 horas	0,98(0,94-1,01)	0,99(0,95-1,02)	1,00(0,98-1,02)	0,99(0,97-1,01)
40 horas	1,61(1,56-1,67)	1,48(1,44-1,52)	1,62(1,59-1,65)	1,45(1,42-1,47)
Região				
Nordeste	0,81(0,78-0,85)	0,83(0,80-0,86)	0,91(0,89-0,93)	0,93(0,92-0,95)
Sudeste	2,07(1,99-2,15)	1,85(1,79-1,91)	1,73(1,70-1,76)	1,54(1,52-1,56)

Sul	2,72(2,61-2,83)	2,27(2,19-2,35)	2,11(2,07-2,15)	1,77(1,74-1,79)
Centro-oeste	2,87(2,75-2,99)	2,38(2,29-2,46)	2,29(2,53-2,34)	1,87(1,85-1,90)

RP - Razão de Prevalência; IC95% - Intervalo de Confiança

ACS - Agente Comunitário de saúde; AIS - Agente Indígena de Saúde

Discussão

Foram investigados os fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da atenção primária segundo o sexo. Verificou-se que todas as variáveis utilizadas no estudo estavam positivamente associadas, no entanto, foram mantidas no modelo final apenas as que influenciaram no bom ajuste dos dados.

As perdas de produtividade devido aos absenteísmos refletem consequências agravantes aos trabalhadores, particularmente no processo entre adoecer/necessitar ausentar-se para recuperação da saúde/continuar produtivo.

Os resultados da pesquisa apresentaram perdas de produtividade significativas para ambos os sexos. Resultados próximos são encontrados em muitos estudos realizados com trabalhadores da saúde e de outros setores da economia ^{16,8,17}. Entretanto, chama-se atenção para o fato de serem as mulheres a maior representação da força de trabalho no campo da saúde. Há nessa maior representatividade uma grande desvantagem: as mulheres estão mais expostas às formas de violência, assédios, maior exaustão emocional, adoecimentos e falta de apoio social no trabalho e em outros setores da vida social ¹⁴.

Às mulheres sempre foi delegado o trabalho remunerado ou não nas ações de cuidado, o que reflete de certa maneira uma segregação, a de que trabalho para o cuidado de outro “é coisa de mulher” ^{11,18}. Assim, para elas, há a sobrecarga do cuidado assistencial, dos familiares, do lar, além do cuidado de si mesma. Essas questões somadas a outros fatores analisados neste estudo, como o tipo de ocupação, o tipo de vínculo, tempo de serviço, a carga horária exercida e outros determinantes podem permitir situações desfavoráveis nas quais o trabalho acontece, e predispor a trabalhadora a processos de adoecimento preexistentes e/ou levar a acidentes, cursando com períodos de ausência com conseqüente perda de produtividade.

Outra questão importante a se destacar é a exposição das mulheres a diversas formas de violência no ambiente de trabalho, que, no contexto da saúde, pode se manifestar como violência física, psicológica ou sexual. A presença de diversas formas de assédios, discriminação de gênero e a sobrecarga emocional também se caracterizam como fatores que afetam diretamente a saúde mental e física das trabalhadoras, resultando em uma maior probabilidade para perdas de produtividade. A violência, muitas vezes minimizada por quem a sofre ou mesmo por colegas de trabalho, compromete o bem-estar e a motivação das mulheres, gera um ambiente de trabalho hostil, contribuindo para o aumento do absenteísmo.

Aos homens, uma maior perda de produtividade pode estar ligada a fatores como o não cuidado de si, cultura perpetuada ao longo dos anos na sociedade, que acarreta prejuízos à saúde destes. Tais tipos de comportamentos arraigados a fatores sociais e culturais normativos, a exemplo do receio de expor suas fragilidades e reduzir suas relações de poder concernente ao sexo oposto, especialmente por parte de homens adultos mais velhos e idosos, dificultam as ações de prevenção e cuidado, mesmo de trabalhadores da saúde ^{19,20}.

Chama-se atenção para o fator idade. As maiores prevalências foram para as mulheres nos grupos de até 45 e até 60 anos e para os homens a categoria de até 45 anos. Há estudos que trazem o entendimento de que quanto maior a idade, menor a capacidade laborativa e maior perda de produtividade devido a problemas de saúde do próprio trabalhador ou de familiares desses. Tais fatores agravaram-se especialmente durante a pandemia de COVID-19 ²¹⁻²³.

No Brasil, a maior parcela de trabalhadores da saúde na atenção primária são os auxiliares e técnicos de enfermagem. São as categorias de trabalho, seja na atenção primária ²⁴ ou hospitalar ^{25,26}, que mais adoecem, fato este evidenciado pelos achados desta pesquisa. A relevância dessas estimativas é ainda maior em se tratando de a maioria de trabalhadores serem mulheres, por serem as que mais sofrem com o excesso de demandas, sejam físicas e

psicossociais ²⁷, embora o modelo final tenha destacado associações para ambos os sexos, a maior chance de perda de produtividade foi para os homens.

Em relação ao tipo de vínculo, não foram observadas diferenças nas forças de associação entre as categorias. Compreende-se que os vínculos estatutários e celetistas podem proporcionar garantias aos trabalhadores, e por meio das licenças médicas estes se encontram resguardados, seja pelo estatuto do servidor público, quanto pela Previdência Social. Já os trabalhadores da saúde contratados e temporários não possuem garantias quando vistos em situações de adoecimentos, sendo o medo do desemprego uma constante realidade.

A variável tempo de emprego apresentou superestimação dos valores para ambos os sexos em todas as categorias, sendo retirada do modelo. Mas cabe enfatizar que muitos anos de serviço são considerados um fator de risco para diversos problemas de saúde, por serem considerados anos de intensa rotina, no cuidado e assistência aos usuários, o que muitas vezes excede a capacidade de enfrentamento do trabalhador às demandas extenuantes ^{28,29}. Contudo, existem estudos acerca do *Burnout* em que afirmam que mais anos de trabalho costumam desenvolver nos trabalhadores habilidades para se adaptarem às condições adversas no ambiente laboral, as chamadas estratégias de *coping* ¹⁴, sendo benéficas às medidas de melhorias para o lazer, prática de atividade física e atitude mais positiva frente à vida ³⁰.

Todavia, no contexto das instituições públicas de saúde, não há debate, não se discute acerca das ausências por motivos de doença/agravo. O próprio trabalhador, a depender do tempo em que este exerça seu cargo/função, posterga sua ausência, seja por motivo pessoal (medo do desemprego, por acúmulo do banco de horas para aumento de folgas e até mesmo por ser muito dedicado ao trabalho) ou pela própria cultura organizacional do trabalho, estando com problemas de saúde, tende a inicialmente manter-se presente no ambiente laboral, mesmo sem condições para tal (fenômeno presenteísta) ou a aproveitar as folgas devidas e licenças concedidas, por vezes acumuladas para tratamento da saúde ou cuidado de

familiares. Este representa outro fenômeno ocupacional, muito comum, entretanto pouco discutido na literatura: o leavismo.

Richards *et al.*⁵ destaca que o leavismo é compreendido como uma resposta às inseguranças no trabalho, aos sentimentos de insatisfação relacionados ao tempo para execução das atividades, à falta de suporte social por parte de colegas e chefia, à falta de progressão de carreira e a obediência rígida às normas de execução dos processos de trabalho.

Quanto à carga horária exercida, tanto os homens quanto as mulheres apresentaram prevalências com relevância estatística, nas categorias 30 e 40 horas/semanais. Se faz pertinente ressaltar que nesta pesquisa não foi possível investigar outros possíveis vínculos do trabalhador, somente a carga horária do vínculo no qual este foi registrado no SI. É consenso na literatura sobre a perda de produtividade por absenteísmos que a relação aumenta sempre com o aumento da carga horária de turnos de trabalho para aqueles trabalhadores com mais de um vínculo empregatício⁹.

Foram investigadas as prevalências de perda de produtividade nas regiões geográficas brasileiras e verificou-se que, com exceção da região nordeste, as demais apresentaram maior chance de perda de produtividade. Estudos sobre ausências devido a problemas de saúde de trabalhadores da atenção primária realizados em diversos municípios do país, retratam uma realidade preocupante acerca das consequências dos absenteísmos não somente para os trabalhadores, mas também para a produção do trabalho em saúde, pois afetam a organização e a qualidade das ações em saúde ofertadas aos usuários^{27,31}.

Cabe aqui ressaltar acerca dos métodos utilizados para essa abordagem analítica. A variável adotada como desfecho foi transformada em binária para utilização do modelo de regressão logístico, que se baseia nas estimativas em *Odds Ratio*. Gerou boas estimativas, com exceção para raça/cor e tempo de emprego que apresentaram comportamentos distintos,

possivelmente como fator de confusão/modificador de efeito. Entretanto, não foi possível verificar a natureza dessas variáveis, pois não foi a proposta deste artigo.

Foi realizado no modelo multivariável final, após os testes de ajuste para inserção ou remoção de variáveis, o método de regressão de *Poisson*. Comparativamente ao modelo logístico, as razões de prevalências por *Poisson* apresentaram estimativas reduzidas, mas mantiveram-se os intervalos compactados, demonstrando ser esse método viável para analisar dados de natureza transversal.

É importante destacar algumas limitações para este estudo. A primeira delas reside no fato do uso do SI RAIS, por não ser uma base exclusiva para uso no campo da saúde, o que inviabilizou a investigação de outros fatores que possivelmente fazem parte dos determinantes para perda de produtividade.

Em estudos no campo da saúde do trabalhador, acredita-se que é de suma importância explorar quais são as condições de saúde que podem influenciar as ausências de trabalhadores e trabalhadoras que têm maior impacto na perda de produtividade, com o fim de propor ações prioritárias voltadas a prevenção e promoção da saúde individual e coletiva e de ambientes de trabalho mais salubres. No entanto, não foi possível a investigação a partir das causas de ausências do trabalhador, pois o SI RAIS traz essa limitação de dados. Como recomendação em investigações futuras, sugere-se que sejam realizados estudos com *linkage* desta base com as provenientes do DATASUS.

Conclusão

Buscou-se analisar os fatores que poderiam influenciar a perda de produtividade de trabalhadores da saúde na atenção primária. Este estudo foi realizado segundo um olhar voltado para as diferenças entre os sexos no contexto das ausências de trabalhadores.

Mitigar as repercussões negativas que a perda de produtividade traz aos trabalhadores, homens e mulheres, às equipes de saúde, à população assistida e às instituições deveria ser pauta essencial não somente às instituições de saúde, mas a toda sociedade civil e política por ser um dever imposto ao Estado.

Depreende-se que as instituições de saúde coloquem em prática as políticas já existentes voltadas para promoção de ambientes de trabalho saudáveis e proporcionem condições oportunas para o cuidado em saúde de cada trabalhador, em outras palavras, que sejam incentivadas uma cultura organizacional que apoie a saúde do trabalhador. Neste aspecto, devem ser considerados ainda a promoção da igualdade de gênero e a atenção às necessidades exclusivas das mulheres trabalhadoras com vistas à melhoria da produtividade, que conseqüentemente promoverá qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema de saúde.

Referências

1. Faria HP, Werneck MAF, dos Santos MA. Processo de trabalho em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
2. Brasil. Portaria nº 2.436/2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a Atenção Básica no âmbito do SUS na organização da Atenção. 2017 [Internet]. [acesso 17 nov. 2023]; Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
3. Al-Nuaimi AA, Abdeen S, Abed AM, AlHajri S, Semaan S, Al-Kuwari MG. Sickness absenteeism among primary health care workers in Qatar before and during the COVID-19 pandemic. *J Occup Med Toxicol*. Mar 2023;18(1):3. doi: 10.1186/s12995-023-00369-3. PMID: 36927778; PMCID: PMC10018637.
4. Heskett I. Absenteeism, presenteeism and leaveism. In: *Elgar Encyclopedia of Occupational Health Psychology*. 2024 :1-3. Edward Elgar Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.4337/9781035313389.ch01>
5. Richards J, Ellis V, Canduela J, Pustelnikovaite T, Saxena S. Developing the concept of leaveism: From presenteeism/absence to an emergent and expanding domain of employment?. *Human Resource Management Journal*, 2023;33(2): 384-405.
6. Kondapura MB, Manjunatha N, Nagaraj AKM, Praharaj SK, Kumar CN, Math SB, Rao GN. Work productivity (absenteeism and presenteeism) in persons with common mental disorders: An observational study from South India. *Indian J Psychiatry*. 2023 Apr;65(4):412-418. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_730_22. Epub 2023 Apr 11. PMID: 37325101; PMCID: PMC10263087.
7. Lee DW, Lee J, Kim HR, Kang MY. Association of long working hours and health-related productivity loss, and its differential impact by income level: A cross-sectional study of the Korean workers. *J Occup Health*. 2020 Jan;62(1):e12190. doi: 10.1002/1348-9585.12190. PMID: 33368803; PMCID: PMC7759721.
8. Lee DW, Lee J, Kim HR, Kang MY. Health-Related Productivity Loss According to Health Conditions among Workers in South Korea. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 16;18(14):7589. doi: 10.3390/ijerph18147589. PMID: 34300042; PMCID: PMC8307799.
9. Dall'Ora C, Ball J, Redfern O, Recio-Saucedo A, Maruotti A, Meredith P, Griffiths P. Are long nursing shifts on hospital wards associated with sickness absence? A longitudinal retrospective observational study. *J Nurs Manag*. 2019 Jan;27(1):19-26. doi: 10.1111/jonm.12643. Epub 2018 Jul 5. PMID: 29978584; PMCID: PMC7328726.
10. Pina JA, Stotz EN. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]*; 39(130):150-160. 2014 [Acessado 14 dez 2023], Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0303-7657000074913>

11. Bitencourt SM, Andrade CB. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Mar;26(3):1013–22. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>
12. Schoep ME et al. Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. *BMJ open*. 2019;9(6): e026186.
13. Soliman AM, Coyne KS, Gries KS, Castelli-Haley J, Snabes MC, Surrey ES. The Effect of Endometriosis Symptoms on Absenteeism and Presenteeism in the Workplace and at Home. *J Manag Care Spec Pharm*. 2017 Jul;23(7):745-754. doi: 10.18553/jmcp.2017.23.7.745. PMID: 28650252; PMCID: PMC10398072.
14. Tomaz, Henrique Cisne et al. Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2020; 24(suppl 1) [Acessado 10 Janeiro 2024], e190634. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190634>.
15. Brasil. Portaria nº18/2019. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). [Internet]. 2019. [acesso 17 nov. 2023]; Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/janeiro2019/dia10/portaria18.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2021.
16. Chimed-Ochir O, Nagata T, Nagata M, Kajiki S, Mori K, Fujino Y. Potential work time lost due to sickness absence and presence among Japanese workers. *Journal of occupational and environmental medicine*, 2019;61(8): 682-688.
17. Troelstra SA, Straker L, Harris M, Brown S, van der Beek AJ, Coenen P. Multimorbidity is common among young workers and related to increased work absenteeism and presenteeism: results from the population-based Raine Study cohort. *Scand J Work Environ Health*. 2020 Mar 1;46(2):218-227. doi: 10.5271/sjweh.3858. Epub 2019 Oct 27. PMID: 31655849.
18. Possa MMGC. Absenteísmo na atenção primária em saúde em um município de grande porte: perspectivas da equipe de enfermagem. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado em Gestão e serviços de saúde] Programa de Pós-graduação em gestão e serviços de saúde- Universidade Federal de Minas Gerais; 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/41546/1/Absente%20na%20Aten%20Prim%20aria%20Sa%20bade%20em%20um%20munic%20adpio%20de%20grande%20porte%20perspectivas%20da%20equipe%20de%20enfermagem.pdf>
19. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WDS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17: 2617-2626.

20. Separavich MA, Canesqui AM. Masculinidades e cuidados de saúde nos processos de envelhecimento e saúde-doença entre homens trabalhadores de Campinas/SP, Brasil. *Saúde e Sociedade*, 2020;29: e180223.
21. Alves ABSL et al. Absenteeism in nursing in the face of covid-19: a comparative study in a hospital from southern Brazil. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2022;31(e20210254)[Acessado 16 Janeiro 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0254>.
22. Garbin AJÍ et al. Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2022;75(Suppl 1) e20220028[Acessado 16 Janeiro 2024] . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028>.
23. Wang F, Wang JD. Estimating US Earnings Loss Associated with COVID-19 Based on Human Capital Calculation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 17;19(2):1015. doi: 10.3390/ijerph19021015. PMID: 35055834; PMCID: PMC8775690.
24. Scherer MDdos A et al. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde* [online], 2016; 14(Suppl 1): 89-104 [Acessado 17 Janeiro 2024] . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>.
25. Betta CA, Silva VCG, Kuratomi SSK, Silva ES, Salvador ME, Nishio EA. Custo do Absenteísmo de Profissionais da Enfermagem durante a Pandemia de Covid-19. *Rev Paul Enferm*. 2022;33:A09. Disponível em: <https://10.33159/25959484>. repen.2022v33a09
26. Ferreira NN, Lucca SR. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2015;18(1): 68-79[Acessado 17 Janeiro 2024] . Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>>. Epub Jan-Mar 2015. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>.
27. Lua I et al. Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2018;16(3):1301-1319 [Acessado 17 Janeiro 2024], . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00160>.
28. Moura A, Lunardi R, Volpato R, Nascimento V, Bassos T, Lemes A. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2018; 19:17-26.
29. Ribeiro BMDSS, Hirai VHG, Teston EF. Redução de perícias médicas baseada na gestão de absenteísmo, rotatividade e qualidade de vida no trabalho. *Revista Gestão & Saúde*, 2018;9(3): 393-403.
30. Calegari JG, Russo S, Luciani M, Strepparava MG, Di Mauro S, Ausili D. Association between coping strategies and professional quality of life in nurses and physicians

during COVID-19: A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2022 Nov;30(8):4054-4063. doi: 10.1111/jonm.13845. Epub 2022 Oct 26. PMID: 36194439; PMCID: PMC9874737.

31. Mello IAP de et al. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2020; 18(2):e0024390. [Acessado 17 Janeiro 2024], Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00243>.

Manuscrito 3

Relação entre a perda de produtividade e o trabalho na atenção primária em saúde: uma análise por modelagem com equações estruturais

Resumo

Objetivou-se avaliar a relação entre trabalho na atenção primária em saúde e perda de produtividade. Estudo transversal com trabalhadores da atenção primária, sob uso de dados secundários da Relação Anual de Informações Sociais do território brasileiro. Foi proposto modelo de equação estrutural, no qual trabalho na atenção primária foi um construto latente formado pelas variáveis: ocupação, carga horária, tipo de vínculo, tempo de emprego e nº de trabalhadores por estabelecimento e perda de produtividade construto formado pelos dias perdidos de trabalho e pelas causas de ausências, I, II e III; consideraram-se fatores como a idade, renda, sexo e o nível de escolaridade do trabalhador possivelmente correlacionados. Foram produzidos dois modelos, com uso de estimador específico; o primeiro modelo, parcimonioso, resultou bons índices de ajuste, boa convergência das latentes e correlações importantes. Espera-se que os resultados atingidos possam auxiliar na produção do conhecimento em saúde do trabalhador, com vistas a propor melhorias das condições de trabalho e de saúde desses trabalhadores pelas implicações negativas que a perda de produtividade traz.

Palavras-chave: Absenteísmo; Atenção Básica; Modelos teóricos; Perda de Produtividade; Trabalhador da Saúde.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the relationship between work in primary health care and loss of productivity. This was a cross-sectional study with primary health care workers, using secondary data from the Annual Report of Social Information for Brazil. A structural equation model was proposed, in which work in primary health care was a latent construct formed by the variables: occupation, workload, type of employment relationship, length of employment and number of workers per establishment, and loss of productivity was a construct formed by days lost from work and causes of absences, I, II and III; factors such as age, income, sex and the worker's level of education were considered as possibly correlated. Two models were produced, using specific estimator; the first model, parsimonious, resulted in good adjustment indices, good convergence of latent variables and important correlations. It is expected that the results achieved can help in the production of knowledge on worker health, with a view to proposing improvements in the working and health conditions of these workers due to the negative implications that loss of productivity brings.

Keywords: Absenteeism; Primary Care; Theoretical models; Loss of Productivity; Health Worker.

Introdução

Um dos elementos essenciais do capital humano para a produtividade do trabalho, além da educação, é a saúde (Berchielli, 2000; Van den Heuvel et al., 2010). O estado de saúde influencia consideravelmente a produtividade e a realização de estudos sobre as consequências da perda de produtividade devido a doenças e agravos se faz pertinente.

A perda de produtividade decorre de inúmeros fatores e destes, os relacionados a doenças/agravos originam fenômenos comportamentais, como o presenteísmo, que gera um desempenho reduzido no trabalho, no qual o trabalhador mesmo não tendo condições para se fazer presente no ambiente ocupacional, não se ausenta. O absenteísmo, fenômeno que ocorre geralmente após o presenteísmo, é representado pelas faltas ao trabalho justificadas mediante licenças e atestados médicos (Kondapura et al., 2023; Lee et al., 2020).

Outro fenômeno, mais recentemente discutido na literatura e que também afeta a produtividade do trabalho, é o leavismo, caracterizado pela utilização de folgas e licenças devidas ao trabalhador para tratamento de sua saúde (Hesket, 2024).

Inúmeros estudos identificam a relação destes fenômenos, com destaque para o absenteísmo, com uma pior produtividade do trabalho (Cho, Lee & Kang, 2020; Goetler, Grosse & Sonntag, 2017; Lee et al., 2021; Oliva-Moreno, 2012).

A despeito dos trabalhadores da saúde, particularmente da atenção primária, a existência de demandas excessivas e intensas do ambiente laboral refletem situações de adoecimento e/ou ocorrências de agravos que propiciam o aumento do absenteísmo e isso exprime que as condições nas quais o trabalho acontece necessitam ser repensadas pela gestão da instituição promotora do cuidado em saúde, no entendimento de que o impacto do absenteísmo não afeta somente os trabalhadores ausentes, mas a qualidade do cuidado ofertado aos usuários do sistema de saúde (Al-Nuaimi et al., 2023; Garbin et al., 2022).

Desde o início da pandemia de COVID-19 em 2020, têm-se registrado um aumento no mundo do absenteísmo em trabalhadores, devido às repercussões que o vírus SARS-CoV-2 trouxe, especificamente aos trabalhadores da saúde, considerados linha de frente no combate e no cuidado dos acometidos pelo vírus (Al-Nuaimi et al., 2023; Faramarzi et al., 2021).

Dos estudos mais recentes existentes acerca da perda de produtividade por absenteísmos, parte das publicações possui uma abordagem analítica mais voltada aos quesitos descritivo e inferencial, destes, análises de regressão notadamente logísticas (Chen et al., 2024; Chung et al., 2023; Lee et al., 2023), sem considerar outras relações de grande

importância, como os efeitos de magnitude indiretas e totais. Posto isto, as análises realizadas por modelos de equação estrutural, tendo em vista partir da fundamentação de um pressuposto teórico, possibilita analisar por meio de um conjunto de técnicas multivariadas, padrões de correlações entre variáveis mensuradas diretamente e as não mensuradas, também denominadas construtos latentes.

Diante da temática em questão, foram construídos os seguintes questionamentos de modo a orientar a investigação. Quais os fatores diretos e indiretos que influenciam a perda de produtividade do trabalhador da saúde na atenção primária? É possível revelar implicações futuras advindas da perda de produtividade devido aos absenteísmos, especialmente após a pandemia de COVID-19? Assim, o escopo deste estudo buscou avaliar a relação entre o trabalho na atenção primária em saúde e a perda de produtividade.

Espera-se que os resultados atingidos possam auxiliar na produção do conhecimento em saúde do trabalhador, com vistas a propor melhorias das condições de trabalho e de saúde desses trabalhadores pelas implicações negativas que a perda de produtividade traz.

Percurso Metodológico

Desenho do estudo

Estudo transversal realizado com utilização de dados secundários originados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de todo o território brasileiro. Esse sistema de informação é dividido por bases segundo três recortes: geográfico, setorial e ocupacional e organizados por ano. Foram obtidos os arquivos das bases e do código das variáveis e feita a junção de todas as regiões do país no ano de 2021.

Extraíu-se os dados de todos os trabalhadores formais residentes no Brasil e selecionados apenas os trabalhadores da saúde inseridos na atenção primária, conforme as Portarias nº 2.436/2017 (Brasil, 2017), que dispõe sobre as diretrizes da PNAB e nº 18/2019 (Brasil, 2019), que estabelece regras para o cadastramento das Equipes de Saúde da Família (EqSF), Equipes de Atenção Básica (EqAB) e Equipes de Saúde Bucal (EqSB) e classificados segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), os grupos de base (CBO principal).

Modelo teórico

Este estudo defende a hipótese de que há uma influência do trabalho na atenção primária em saúde sobre a perda de produtividade e considera que fatores como a idade,

renda, sexo e especialmente o nível de escolaridade do trabalhador podem contribuir para perda de produtividade.

Há consenso na literatura que quanto maior a idade, menor a capacidade laborativa e maior perda de produtividade, seja por aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e mesmo por problemas de saúde do trabalhador. Esses aspectos tornaram-se mais agravantes, especialmente durante a pandemia de COVID-19 (Garbin et al., 2022; Wang & Wang, 2022).

O sexo é fator preponderante na perda de produtividade, por existirem diferenças de gênero marcantes, especialmente para as mulheres trabalhadoras da saúde aponta-se para uma maior perda de produtividade (Di Fusco et al., 2023), tendo em vista a dupla ou tripla jornada, maiores preocupações com o cuidado de familiares, além de fatores biológicos que podem influenciar, como sintomas relacionados à menstruação (Schoep et al., 2019) e ao climatério (Vergamota, 2023).

A despeito do nível de escolaridade, parte-se da teoria sobre o capital humano, defendida por Theodore W. Schultz de que a educação teria uma relação central com a produtividade do trabalhador. O capital humano é compreendido como as habilidades e capacidades obtidas por meio da aprendizagem, investida em toda a vida educacional e profissional do indivíduo e isso aumentaria as taxas de produtividade do trabalhador, o aporte tecnológico utilizado nos processos de trabalho, sua renda e, conseqüentemente, o progresso econômico de um país.

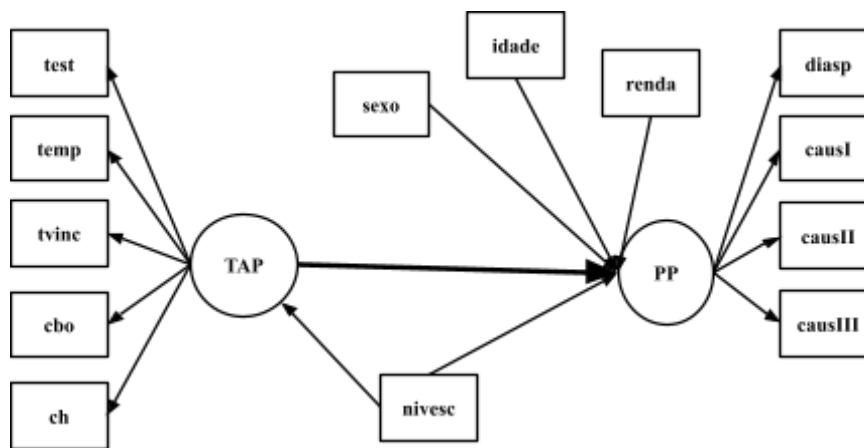
Para Schultz (1973), o investimento em capital humano na educação em todos os níveis de vida (ensino infantil, fundamental, médio, superior e pós-graduações) são fundamentais para o crescimento de oportunidades de trabalho decente e aumento da renda dos indivíduos, melhorias na qualidade de vida pessoal e no ambiente de trabalho e maior produtividade.

Ao levar esse entendimento para o trabalho em saúde, uma maior produtividade do trabalho é sinônimo de melhor assistência à saúde das populações assistidas e melhor cobertura do acesso aos serviços ofertados.

Assim, para construção do modelo teórico, foi proposto um modelo de equação estrutural em que nele estão incluídas variáveis observadas, também descritas como indicadores e variáveis não observadas diretamente, conceituadas como variáveis latentes ou construtos.

Assim, o trabalho na atenção primária representaria um construto, uma variável latente constituída de 5 indicadores, como a ocupação do trabalhador, carga horária exercida, tipo de vínculo, tempo de emprego e nº de trabalhadores por tamanho do estabelecimento das UBS, e que a perda de produtividade também representaria um construto composto de 4 indicadores: quantidade de dias perdidos no trabalho e causas de ausência do trabalhador I, II e III (Figura 1).

Figura 1: Modelo teórico proposto por equações estruturais. Jequié-Ba, 2024.



Fonte: do próprio autor

Variáveis

A variável resposta latente foi a Perda de produtividade - medida pelas seguintes variáveis indicadoras: Quantidade de dias perdidos - originalmente em 0 a 365 dias, tratada de forma categórica em 0 (0 dias perdidos) e 1 (1 a 365 dias perdidos); Causa de ausência I, Causa de ausência II, Causa de ausência III - variáveis categóricas que descrevem a primeira, segunda e terceira causa de ausência do trabalhador no ano de coleta do dado - classificada em: Acidente de trabalho típico; Acidente de trabalho de trajeto; DRT; não DRT; Licença maternidade; Licença sem vencimento e sem afastamento.

Foram constituídas como variáveis explicativas para o modelo a variável latente Trabalho na Atenção Primária, mensurada pelas variáveis indicadoras: Tipo de vínculo - classificada em: Celetista; Estatutário; Temporário; Contratado Estadual/Municipal; Gestor; Tempo de emprego - categorizada em: 1 ano; 2 a 4 anos; 5 a 7 anos; 8 a 10 anos; e > 10 anos; Carga horária - ordenada em: 20 horas; 30 horas; 40 horas e mais; Ocupação (segundo grupos de base CBO) – classificada em: Agente Comunitário de Saúde/Agente Indígena de

Saúde; Médico; Cirurgião-Dentista; Enfermeiro; Auxiliares/Técnicos Enfermagem; e Auxiliares/Técnicos Saúde Bucal; Nº de trabalhadores por tamanho do estabelecimento - corresponde ao número de trabalhadores ativos em um estabelecimento. Classificada em: Até 9; 10 a 19; 20 a 49; 50 a 99; 100 ou mais.

E as variáveis: Nível de escolaridade - tratada como: Médio/Técnico, Superior e Pós-Graduação; Sexo - nominada em: Masculino e Feminino; Renda - referente a remuneração média em salários mínimos do ano base (2021) e categorizada em: Até 2 SM; 2,1 a 5 SM e $\geq 5,1$ SM; e Faixa etária - categorizada em: Até 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 64 anos; e 65 anos ou mais.

Análise estatística

Para avaliar a relação entre trabalho na atenção primária e perda de produtividade, foi hipotetizado um modelo conceitual, baseado na modelagem por equações estruturais (MEE), que consiste em dois submodelos, um modelo de mensuração que visa investigar se as variáveis indicadoras adotadas conseguem mensurar bem os construtos latentes, com mínimo de erro de mensuração e um modelo estrutural que analisa as relações baseadas em associações entre as variáveis latentes e indicadoras.

No modelo de mensuração foi realizada análise fatorial confirmatória, com o fim de estimar se as variáveis latentes consideradas bem mensuradas apresentavam validade convergente, ou seja, as variáveis indicadoras escolhidas para compô-la deveriam medir o mesmo construto, através das estimativas de cargas fatoriais. As cargas fatoriais, deveriam ser elevadas (>0.50) com valor de $p < 0.05$ e possuir validade discriminante, isto é, as correlações produzidas entre os indicadores não devem ser muito altas (<0.80), tendo em vista que cada indicador deve explicar, distintamente o construto (Kline, 2016).

De posse dessas informações, na análise de mensuração analisada, os valores das cargas fatoriais decorrentes das variáveis tamanho do estabelecimento e tempo de emprego não apresentaram boa convergência, com uma magnitude extremamente reduzida. Da mesma maneira, a variável indicadora dias perdidos de trabalho. Posto isto, essas variáveis foram retiradas do modelo final.

Para a construção do modelo estrutural, cuja finalidade teve em vista definir as relações de associação (efeitos diretos e indiretos) entre as variáveis observadas e os construtos latentes, foram realizadas equações de regressão, observados os coeficientes padronizados e interpretados segundo Kline (2016), por: efeito baixo, quando valores

próximos de 0.10 ou menos, apesar de apontar relação estatisticamente significativa possuir uma magnitude muito reduzida; efeito médio, para valores dos coeficientes próximo de 0.30 e efeito alto, para valores próximos de 0.50 indicando que a variável (ou variáveis) podem apresentar uma importância substantiva na relação com a variável de interesse.

Com o fim de determinar o bom ajuste das variáveis ao modelo proposto, consideraram-se os valores próximos aos adotados na literatura correspondente (Kline, 2016; Wang & Wang, 2012): os índices de ajuste *Comparative Fit Index* - CFI (igual ou superior a 0.90), representa a razão entre o ajustamento do modelo em estudo e o ajuste de um pior modelo possível, assumindo independência das variáveis e *Tucker-Lewis Index* - TLI (igual ou superior a 0.90), exige amostras grandes para avaliar melhor o ajustamento; O *Root Mean Square Error of Approximation* - RMSEA (igual ou inferior a 0.05), representa a diferença média entre a covariância observada e a do modelo, expressa por graus de liberdade e o *Standardized Root Mean Square Residual* - SRMR (menor ou igual a 0.05), que mede o quão discrepantes são as correlações observadas e estimadas do modelo.

Devido à sensibilidade do teste do *chi-square* em relação à violação do pressuposto da normalidade multivariada e quando testado com grande número de observações em uma amostra, tende a aumentar e apresentar valores significativos ($p < 0.05$), este não foi utilizado como teste de ajuste para este modelo, tendo em vista se tratar de dados categóricos e não normais.

Como destacado acima que as variáveis que compuseram o modelo são de natureza categórica, foi empregado o uso de estimador específico, o método *Weighted Least Square Mean and Variance* - *WLSMV*. A análise do modelo de mensuração e modelo estrutural foi realizada com e sem a parametrização *theta* (Modelo 1 e Modelo 2), com a finalidade de verificar se o modelo apresenta melhor controle das diferenças das variâncias residuais.

Os modelos propostos foram estimados sob a utilização do pacote lavaan e os diagramas originados nos modelos de mensuração e estrutural realizados nos pacotes semPlot e lavaanPlot do *software* R, na versão 4.4.

Foi acrescido à análise o comando '*modindices*', de modo a testar outras relações com a perda de produtividade, entretanto, só foram aceitas as sugestões de inclusão de novas relações ao modelo as que apresentassem valor do índice de modificação '*mi*' > 10.000 e ainda segundo critério teórico.

Aspectos éticos

Este estudo utilizou dados secundários, proveniente de base de dados de domínio público, desta maneira, entende-se que não houve necessidade de envio para apreciação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa.

Resultados

No ano de 2021 foram registrados 70.521.981 trabalhadores formais em todo território nacional no sistema de informação da RAIS, destes 2.570.221 eram registros de trabalhadores da saúde que compunham a atenção primária, mais especificamente as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica e Equipes de Saúde Bucal, correspondendo a 3,7% do total de trabalhadores na RAIS. Para esses, a perda de produtividade foi observada em 21,5%, maior perda entre 1 a 15 dias (53,6%), uma média de 12,4 dias perdidos.

Os resultados produzidos na análise dos modelos de equação estrutural revelam excelentes medidas de ajuste para o modelo 2: CFI (0.94); TLI (0.91); RMSEA (0.042; IC 90% 0.042-0.043) e SRMR (0.03). Já o modelo 1 apresentou ajustes razoáveis para CFI (0.89) e TLI (0.91); RMSEA (0.04; IC 90% 0.049-0.052) e SRMR (0.02) (Tabela 1).

Tabela 1: Indicadores de ajuste dos modelos de equações estruturais. Jequié-Ba, 2024.

Indicadores de ajuste	Modelo 1*	Modelo 2**
CFI	0.893	0.947
TLI	0.917	0.918
RMSEA	0.049	0.042
IC 90%	0.049-0.052	0.042-0.043
p valor	0.000	0.000
SRMR	0.021	0.033

CFI - *Comparative Fit Index*; TLI - *Tucker Lewis Index*; RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation*; SRMR - *Standardized Root Mean Square Residual*

*Modelo 1 por parametrização *theta*;

**Modelo 2 somente pelo estimador WLSMV;

A tabela 2 apresenta os valores das cargas fatoriais provenientes da conversão das variáveis indicadoras nas latentes e dos coeficientes de regressão resultantes das equações que avaliaram os efeitos diretos e indiretos, com respectivos erros padrão e valor de p para os dois

modelos. Comparativamente, a variável latente perda de produtividade demonstrou boa convergência a partir das variáveis causas de ausência I, II e III, com cargas fatoriais razoáveis, especialmente a causa de ausência II com 0.96 para o modelo 1 e 0.93 para o modelo 2.

A variável latente trabalho na atenção primária possui cargas fatoriais nos limites aceitáveis, com exceção da variável indicadora tipo de vínculo com carga significativa, embora negativa, o que destaca que essa variável não explica bem a latente, fato é pela variância de 0.55 (modelo 1) e 0.57 (modelo 2).

Tabela 2: Modelos de equações estruturais para a perda de produtividade com cargas fatoriais, coeficientes padronizados, erro padrão e valor de p. Jequié-Ba, 2024.

	Cargas fatoriais	Coef regressão	erro padrão	valor p
Modelo 1				
Variáveis latentes				
pp=				
causI	0.710		0.001	0.000
causII	0.966		0.001	0.000
causIII	0.752		0.001	0.000
tap=				
cbo	0.503		0.001	0.000
ch	0.443		0.001	0.000
tvinc	-0.390		0.002	0.000
Modelo 2				
Variáveis latentes				
pp=				
causI	0.736		0.001	0.000
causII	0.935		0.001	0.000
causIII	0.734		0.001	0.000
tap=				

cbo	0.544	0.001	0.000
ch	0.510	0.001	0.000
tvinc	-0.323	0.001	0.000
Modelo 1			
Caminhos - efeitos diretos			
pp ~ nivesc	-0.026	0.005	0.000
pp ~ idade	1.514	0.018	0.000
pp ~ renda	-0.511	0.002	0.000
pp ~ sexo	0.024	0.002	0.000
tap ~ idade	-0.407	0.005	0.000
tap ~ nivesc	-0.515	0.002	0.000
pp ~ tap	-0.492	0.006	0.000
Caminhos - efeito indireto			
pp ~ tap * nivesc	0.253	0.003	0.000
Efeito total	0.228	0.002	0.000
Modelo 2			
Caminhos - efeitos diretos			
pp ~ nivesc	0.028	0.004	0.000
pp ~ idade	1.327	0.005	0.000
pp ~ renda	-0.425	0.002	0.000
pp ~ sexo	-0.044	0.002	0.000
tap ~ idade	-0.302	0.001	0.000
tap ~ nivesc	-0.589	0.002	0.000
pp ~ tap	-0.302	0.004	0.000
Caminhos - efeito indireto			
pp ~ tap * nivesc	0.177	0.003	0.000
Efeito total	0.205	0.002	0.000

Os símbolos ‘=’ e ‘~’, referem-se a equação de conversão das variáveis indicadoras na latente e equação de regressão, respectivamente; pp - perda de produtividade; tap - trabalho na atenção primária; nivesc - nível de escolaridade; caus I, II e III - causa de ausência I, II e III; tvinc - tipo de vínculo.

Foram calculados os efeitos diretos da relação de algumas variáveis com a variável resposta perda de produtividade: nível de escolaridade, idade, renda e sexo. Observou-se no modelo 1 uma relação fraca e negativa do nível de escolaridade (-0.02) e renda (-0.51); idade (1.51) e sexo (0.02) apresentaram efeito positivo.

Para o modelo 2, o nível de escolaridade teve efeito pequeno (0.02); idade (1.32); renda e sexo apresentaram efeitos negativos (-0.42) e (-0.04), respectivamente. O modelo 2 apresentou valores divergentes para os efeitos diretos, pois o estimador WLSMV ajusta os erros padrão, devido à compensação pela não normalidade dos dados, ajustando as estimativas e os erros padrão conforme a natureza do dado analisado.

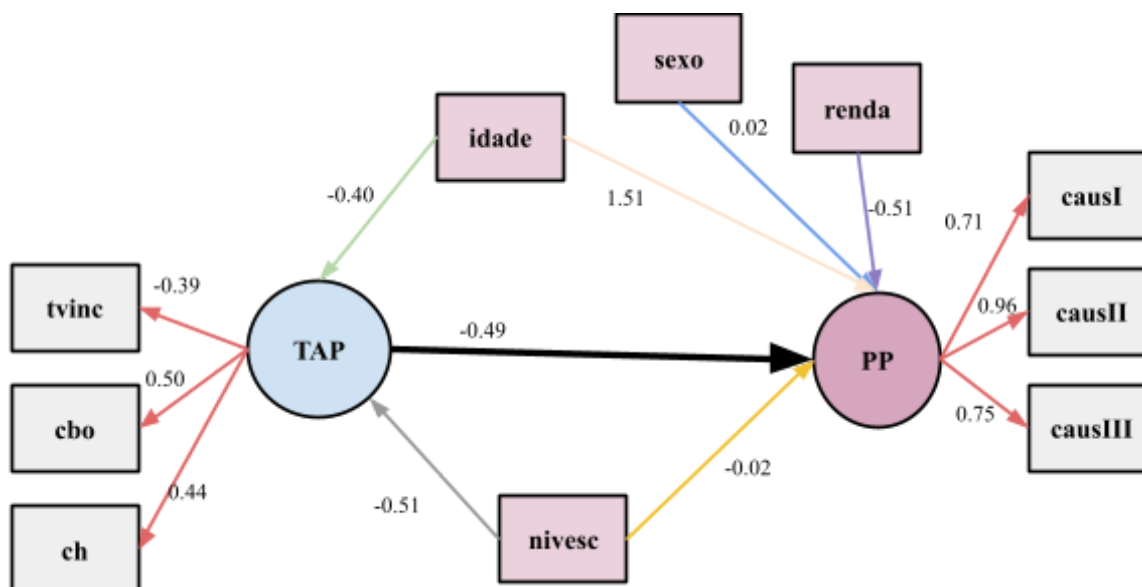
O caminho direto da relação nível de escolaridade para o trabalho na atenção primária foi negativo nos modelos 1 e 2 (-0.51) e (-0.58); já o caminho indireto entre o nível de escolaridade e perda de produtividade mediada pelo trabalho na atenção primária apresentou efeito de 0.25 e 0.17.

Importante destacar o uso dos índices de modificação, que, das sugestões de relações nos modelos, foi acrescido o caminho da idade para a latente trabalho na atenção primária (103.815) e indicou uma relação negativa e significativa no modelo 1 (-0.40) e no modelo 2 (-0.30).

Quanto ao efeito total obtido, os dois modelos resultaram um efeito de magnitude moderada (0.228) modelo 1 e (0.205) modelo 2, apontando para uma relação importante das variáveis explicativas para esse modelo, tanto dos efeitos diretos quanto do caminho indireto.

Dos modelos analisados, pode-se concluir que o modelo 2, modelado por estimador WLSMV, apropriado para uso com dados categóricos, apresenta robustez para distribuição não normal dos dados. As estimativas padronizadas se mostraram mais suaves, pois os erros padrão se ajustam conforme a variância. O modelo 1 modelado também por WLSMV, foi tratado com parametrização *theta*, interpreta todos os dados envolvidos no modelo estrutural como ordinais. A técnica elevou um pouco a magnitude dos efeitos e melhorou as estimativas padronizadas. Mesmo que essa técnica de parametrização viole o pressuposto da normalidade, as diferenças entre os dois modelos foi reduzida, concluindo que o modelo 1 explica melhor a relação do trabalho na atenção primária com a perda de produtividade (Figura 2).

Figura 2: Diagrama do modelo teórico 1 para a perda de produtividade com descrição das estimativas padronizadas. Jequié-Ba, 2024.



Fonte: do autor

Discussão

Compreender as circunstâncias e os fatores que influenciam a perda de produtividade por absenteísmos entre os trabalhadores da saúde da atenção primária é essencial para a pesquisa científica poder contribuir para a promoção de ações em saúde que direcione o cuidado àqueles que cuidam.

Inúmeros fatores podem ser determinantes para a perda de produtividade devido aos absenteísmos por doenças/agravos e neste estudo foi possível investigar acerca dos fatores característicos do trabalho e do trabalhador. Identificar a existência dessas relações e a magnitude de seus efeitos possibilitam aos órgãos promotores e articuladores do sistema de saúde a implementação de intervenções pontuais e continuadas para melhoria da qualidade de vida no trabalho e da saúde desses indivíduos e, reduz o padrão absenteísta com consequente melhoria da produtividade do trabalhador.

Partir desse ponto de vista é crucial, pois permite que se promova a continuidade do cuidado e melhoria na qualidade dos serviços ofertados à população. Assim, este estudo avaliou a relação entre o trabalho na atenção primária e a perda de produtividade por absenteísmos.

Foram analisados por modelagem de equações estruturais dois possíveis modelos que explicassem a influência de fatores do trabalho e do trabalhador na perda de produtividade. Os fatores do trabalho, representados por variáveis indicadoras, como: ocupação, carga horária, tipo de vínculo, número de trabalhadores ativos por tamanho do

estabelecimento e tempo de emprego, puderam fazer parte de um construto hipotético, o trabalho na atenção primária. No entanto, esta variável latente foi deduzida por parcelas das variabilidades de apenas algumas das variáveis indicadoras: ocupação, carga horária e tipo de vínculo, sendo a parte das variabilidades não explicadas excluídas do modelo na forma de erros residuais. Outras variáveis, a saber: nível de escolaridade, sexo, idade e renda, compuseram uma rede de possíveis relações com a variável resposta.

A variável resposta perda de produtividade também foi um construto hipotético mensurado inicialmente pelas variáveis: dias perdidos de trabalho, causas de ausência I, causa de ausência II e causa de ausência III. Contudo, a variável dias perdidos de trabalho gerou erro residual extremo, denotando a não explicação do construto, sendo removida dos modelos.

Contextualização dos achados da pesquisa com a literatura acerca do tema

A relação encontrada do sexo com a perda de produtividade é pequena, indicando que para homens e mulheres a perda é significativa e o padrão de ausência é que pode ser diferente, tendo em vista as diversidades sociais e culturais para cada gênero. Ogbozor et al. (2022) pondera que, em geral, homens e mulheres se ausentam por motivos diferentes. As mulheres, pelas vivências com a dupla ou tripla jornada, pelo cuidado de filhos e outros familiares, além das responsabilidades domésticas e os homens pelo multi vínculo para complementar a renda.

Entretanto, outros estudos trazem que o multi vínculo não é somente uma característica do gênero masculino, mulheres também acumulam mais de 40 horas semanais para aumento da renda, sendo esse fator também associado à perda de produtividade (Lee et al., 2020). Para o trabalho em saúde, o maior contingente de trabalhadores é feminino, assim, as ausências são mais prevalentes para as mulheres, mesmo antes da pandemia de COVID-19. Cabe enfatizar aqui ainda a existência das desigualdades no ambiente de trabalho entre os gêneros, o que também afeta a perda de produtividade (Alves et al., 2022; Garbin et al., 2022; Lee et al., 2023).

A renda apresentou efeito negativo e considerável em relação à perda de produtividade, indicando que uma maior remuneração do trabalhador está associada com uma menor perda de produtividade. Lee et al. (2020) destaca que a perda de produtividade é maior para trabalhadores cuja renda é mais baixa. Estudo realizado na Nigéria traz resultados divergentes, em que maior renda do trabalhador da atenção primária é também maior chance

de ausência do trabalho. Entretanto, esse padrão de perda de produtividade está relacionado a muitos fatores, além das ausências por adoecimentos, foram relatadas ausências para cuidado de familiares e por multi vínculos privados (Obodoechi et al., 2021).

A idade apresentou efeito forte e positivo, no entendimento de que a cada aumento da idade do trabalhador, aumenta-se também o grau de perda de produtividade. Foi testada também uma possível relação desta variável com o trabalho na atenção primária, o que produziu efeito negativo e moderado, ou seja, a cada aumento na idade, o envolvimento dos trabalhadores sobre o trabalho na atenção primária é reduzido.

Assim, pode-se compreender que trabalhadores mais velhos apresentam redução do desempenho no trabalho quando comparados aos trabalhadores mais jovens. Com o avançar da idade, além da condição biológica/fisiológica que explica o envelhecimento, os desgastes devido às demandas intensas vivenciadas por anos, aliada aos sentimentos de desvalorização e insatisfação com o trabalho contribuem para essa redução (Wang & Wang, 2022).

A despeito do nível de escolaridade, o efeito negativo e reduzido indica que, conforme o grau de estudo do trabalhador aumenta, a perda de produtividade é menor. Há uma concordância desse achado com a literatura sobre o tema (Alves et al., 2022; Haeffner et al., 2018). Ao considerar a influência dos níveis de educação da população trabalhadora desse campo da saúde, Berchielli (2000) destaca a importância do investimento em estudo na vida dos indivíduos ao elevar as oportunidades para maior renda e melhoria na qualidade de vida.

Sobre a relação do trabalho na atenção primária com a perda de produtividade, foi observado efeito negativo e moderado significativo; enquanto o nível de trabalho na atenção primária é elevado, quanto mais eficiente, menor será a perda de produtividade por absenteísmo.

Uma das condições para a existência do absenteísmo diz respeito à precariedade do trabalho. Estas, representadas pela má organização dos processos de trabalho e recursos deficitários nas unidades de saúde, estão dentre as causas que podem afetar a maneira como os trabalhadores vivenciam o trabalho, relatado por vezes como extenuante, cansativo e sem acolhimento, seja por parte do gestor da unidade ou pelos seus pares. Estudos que avaliaram sensações de bem-estar e emoções positivas como felicidade e gratidão em relação ao presenteísmo e absenteísmo apontam que a presença maior dessas emoções estão intimamente ligadas à satisfação no trabalho, sendo inferior à perda de produtividade (Jeong et al., 2020; Chen et al., 2024).

Sob o contexto desses resultados, o aumento da perda de produtividade por absenteísmo durante a pandemia de COVID-19 foi consideravelmente maior em comparação com anos anteriores, tanto em trabalhadores da atenção primária (Garbin et al., 2022), trabalhadores da saúde hospitalar (Alves et al., 2022) e trabalhadores de outros setores (Lee et al., 2023; Tan et al., 2020).

O ambiente ocupacional nesse período sofreu transformações, com modificações na dinâmica dos processos de trabalho, aumento das tensões de estresse, falta de suporte da gestão, agravamento de doenças pré-existentes e especialmente as situações de esgotamento físico e mental que, ligados ao aumento também evidente dos transtornos mentais em suas variadas nuances, a exemplo dos transtornos de ansiedade generalizada e depressão, corroboraram com o aumento do absenteísmo durante o período pandêmico (Lee et al., 2021). Todavia, os adoecimentos em saúde mental já representavam uma condição preocupante entre trabalhadores da atenção primária antes da pandemia (Garcia & Marziale, 2018).

Assim, as estratégias de intervenção para redução da perda de produtividade devem estar pautadas na atenção da continuidade do cuidado à saúde dos trabalhadores, com um enfoque em ações preventivas e de acompanhamento periódico (Zomer et al., 2021). Nesse contexto, as ações institucionais voltadas à saúde dos trabalhadores devem contemplar uma abordagem integrada que considere os aspectos biopsicossociais do indivíduo na relação com o ambiente de trabalho. Mudanças no clima organizacional, com vistas a melhoria das relações interpessoais e valorização profissional, através da capacitação continuada, são primordiais para gerar ambientes mais colaborativos e salutar (Chung et al., 2023). Além disso, o estímulo às boas práticas para atividades físicas regulares e de lazer, podem propiciar o aumento do bem-estar geral, redução dos níveis de estresse e estados ansiosos (Grimani, Aboagye & Kwak, 2019; Burton, Edington & Schultz, 2020).

Tais intervenções devem ainda priorizar a equidade de gênero no ambiente de trabalho, que impactem positivamente as mulheres, tendo em vista a existência de desigualdades. A presença, nos espaços de trabalho, de suporte social diante aos desafios diários impostos às mulheres trabalhadoras, é fator preponderante para gerar mais confiança e sentimento de pertencimento no trabalho, uma vez que grande parcela de trabalhadoras da saúde possuem múltiplas demandas, como outros vínculos empregatícios, além do trabalho doméstico e de cuidado com filhos e familiares.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta uma limitação que deve ser destacada. O uso da Relação Anual de Informações Sociais, um sistema de informação de base fiscal e administrativa para estatísticas sobre o trabalho no país, limitou a análise epidemiológica, tendo em vista não incluir variáveis específicas, que complementam o modelo teórico proposto neste estudo, como causas de ausências segundo a CID, quantidade e descrição de outros tipos de vínculos que o trabalhador possui, o que inviabilizou uma compreensão mais profunda acerca dos impactos que o multi vínculo traz para o contexto estudado.

Conclusão

Em síntese, este estudo reforça a existência de uma relação importante do trabalho na atenção primária com a perda de produtividade e que fatores como o sexo, idade, renda e nível de escolaridade possuem um papel importante nessa relação.

As evidências achadas sugerem que investir em ações que promovam melhorias no cuidado à saúde dos trabalhadores, com ações mais precisas e contínuas, podem ser eficazes para melhorar as condições de trabalho. Melhores condições de trabalho refletem um aumento na eficácia do trabalho na atenção primária e conseqüentemente maior qualidade do serviço prestado aos usuários do sistema de saúde.

Referências

Akhtar, S., Mohanty, S. K., Singh, R. R., Sen, S. (2022). Chronic diseases and productivity loss among middle-aged and elderly in India. *BMC Public Health*. Dec 16,22(1),2356. doi: 10.1186/s12889-022-14813-2. PMID: 36522623; PMCID: PMC9756765.

Al-Nuaimi, A. A., Abdeen, S., Abed, Alah, M., AlHajri, S., Semaan, S., Al-Kuwari, M. G. (2023). Sickness absenteeism among primary health care workers in Qatar before and during the COVID-19 pandemic. *J Occup Med Toxicol*. Mar 16,18(1):3. doi: 10.1186/s12995-023-00369-3. PMID: 36927778; PMCID: PMC10018637.

Berchielli, F. O. (2000). Investimento em Capital Humano: Parâmetros para a Determinação de uma Política de Desenvolvimento Econômico. RAM. *Revista de Administração Mackenzie* [online]. 1(1),84-101. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1678-69712000/administracao.v1n1p84-101>>. Epub 10 Jan 2022. ISSN 1678-6971. <https://doi.org/10.1590/1678-69712000/administracao.v1n1p84-101>.

Brasil. (2017). Portaria nº 2.436/2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a Atenção Básica no âmbito do SUS na organização

da Atenção. [Internet]. [acesso 17 nov. 2023]; Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Brasil. (2019). Portaria nº18/2019. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). [Internet]. [acesso 17 nov. 2023]; Disponível em:
<http://138.68.60.75/images/portarias/janeiro2019/dia10/portaria18.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2021.

Chen, C., Okubo, R., Hagiwara, K., Mizumoto, T., Nakagawa, S., Tabuchi, T. (2024). The association of positive emotions with absenteeism and presenteeism in Japanese workers. *J Affect Disord.* Jan 1;344:319-324. doi: 10.1016/j.jad.2023.10.091. Epub 2023 Oct 14. PMID: 37844779.

Cho, S. S., Lee, D. W., Kang, M. Y. (2020). The Association between Shift Work and Health-Related Productivity Loss due to Either Sickness Absence or Reduced Performance at Work: A Cross-Sectional Study of Korea. *Int J Environ Res Public Health.* Nov 16,17(22),8493. doi: 10.3390/ijerph17228493. PMID: 33207798; PMCID: PMC7697117.

Chung, J., Kim, J. H., Lee, J. Y., Kang, H.S., Lee, D.W., Hong, Y. C., Kang, M. Y. (2023). The association between occupational stress level and health-related productivity loss among Korean employees. *Epidemiol Health.*45:e2023009. doi: 10.4178/epih.e2023009. Epub 2022 Dec 28. PMID: 36596733; PMCID: PMC10106537.

Di Fusco, M., Cappelleri, J. C., Anatale-Tardiff, L., Coetzer, H., Yehoshua, A., Alvarez, M. B., Allen, K.E., Porter, T.M., Puzniak, L., Cha-Silva, A.S., Lopez, S.M.C., Sun, X. (2023). Impact of COVID-19 Infection on Health-Related Quality of Life, Work Productivity and Activity Impairment by Symptom-Based Long COVID Status and Age in the US. *Healthcare (Basel).* Oct 21,11(20),2790. doi: 10.3390/healthcare11202790. PMID: 37893865; PMCID: PMC10606451.

Faramarzi, A., Javan-Noughabi, J., Tabatabaee, S.S. *et al.* (2021). O custo da produtividade perdida do absenteísmo devido à COVID-19 em profissionais de saúde no Irã: um estudo de caso nos hospitais da Universidade de Ciências Médicas de Mashhad. *BMC Health Serv Res* 21 , 1169 . <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07200-x>

Garbin, A. J. Í. *et al.* (2022). Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*, 75(Suppl 1) [Acessado 22 Agosto 2024], e20220028. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028>.

Goettler, A., Grosse, A., Sonntag, D. (2017). Productivity loss due to overweight and obesity: a systematic review of indirect costs. *BMJ Open.* Oct 5;7(10):e014632. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014632. PMID: 28982806; PMCID: PMC5640019.

- Hesket, I. (2024). Absenteeism, presenteeism and leaveism. In: Elgar Encyclopedia of Occupational Health Psychology. 1-3. Edward Elgar Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.4337/9781035313389.ch01>
- Jeong, W., Kim, Y.K., Oh, S.S, Yoon, J.H., Park, E.C. (2020). Association Between Presenteeism/Absenteeism and Well-being Among Korean Workers. *J Occup Environ Med.* 2020 Aug;62(8):574-580. doi: 10.1097/JOM.0000000000001901. PMID: 32404833.
- Kline, R. B. (2016). Principles and practice of structural equation modeling. Nova York: The Guilford Press.
- Kondapura, M. B., Manjunatha, N., Nagaraj, A. K. M., Praharaj, S. K., Kumar, C. N., Math, S. B., Rao, G. N. (2023). Work productivity (absenteeism and presenteeism) in persons with common mental disorders: An observational study from South India. *Indian J Psychiatry.* 2023 Apr, 65(4), 412-418. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_730_22. Epub 2023 Apr 11. PMID: 37325101; PMCID: PMC10263087.
- Lee, D.W., Lee, J., Kim, H.R., Kang, M.Y. (2020). Association of long working hours and health-related productivity loss, and its differential impact by income level: A cross-sectional study of the Korean workers. *J Occup Health.* Jan, 62(1), e12190. doi: 10.1002/1348-9585.12190. PMID: 33368803; PMCID: PMC7759721.
- Lee, D.W., Lee, J., Kim, H.R, Kang, M.Y. (2021). Health-Related Productivity Loss According to Health Conditions among Workers in South Korea. *Int J Environ Res Public Health.* Jul 16,18(14),7589. doi: 10.3390/ijerph18147589. PMID: 34300042; PMCID: PMC8307799.
- Lee, C., Vu, T.T., Fuller, J.A., Freedman, M., Bannon, J., Wilkins, J.T., Moskowitz, J.T., Hirschhorn, L.R., Wallia, A., Evans, C.T. (2023). The association of burnout with work absenteeism and the frequency of thoughts in leaving their job in a cohort of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Front Health Serv.* Nov 29(3),1272285. doi: 10.3389/frhs.2023.1272285. PMID: 38093812; PMCID: PMC10716445.
- Ogbozor, P., Onwujekwe, O., Balabanova, D., Odii, A., Agwu, P., McKee, M., Obi, U., Orjiakor, C.T., Hutchinson, E. (2022). The gendered drivers of absenteeism in the Nigerian health system. *Health Policy Plan.* Nov 14,37(10),1267-1277. doi: 10.1093/heapol/czac056. PMID: 35801868; PMCID: PMC9661231.
- Oliva-Moreno, J. (2012). Perda de produtividade do trabalho causada por doenças e problemas de saúde: qual a magnitude do seu efeito na economia espanhola?. *Eur J Health Econ*, 13 ,; 605–614 <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0344-9>.
- Rossel, Y. (2012). Lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*,48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>. Disponível em: <https://www.jstatsoft.org/article/view/v048i02>.
- Schoep, M. E. et al. (2019). Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. *BMJ open.*, 9(6), e026186.

Schultz, T. W. *Capital humano: investimentos em educação e pesquisa*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1973. 253p.

Tan, B. Y. Q. et al. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med.*,173,317-320. [Epub 6 April 2020].
doi:10.7326/M20-1083

Van den Heuvel, S.G., Geuskens, G.A, Hooftman, WE *et al.* (2010). Perda de produtividade no trabalho; fatores relacionados à saúde e ao trabalho. *J Occup Rehabil*, 20, 331–339.
<https://doi.org/10.1007/s10926-009-9219-7>.

Vergamota, A. P. A. A. (2023). Incontinência Urinária, Menopausa e IMC: O Impacto na Qualidade de Vida e na Produtividade Laboral. Lisboa - Portugal. Dissertação [Mestrado em Psicologia Clínica] Ispa Instituto Universitário. Disponível em:
https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/9350/1/29708_Ana_Patricia_Vergamota_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf.

Wang, L., & Wang, H. (2012). *Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus*. Wiley.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Este estudo visou investigar a perda de produtividade devido aos absenteísmos. Os achados, organizados em três manuscritos, possibilitaram analisar em diferentes nuances a perda de produtividade. Foi avaliada a qualidade da cobertura dos dados registrados de trabalhadores da saúde em um sistema de informação, foram verificados fatores possivelmente associados, segundo o gênero do trabalhador tendo sido testados dois modelos estruturais de modo a compreender a relação do trabalho na atenção primária com a perda de produtividade por meio de construtos latentes.

A perda de produtividade por absenteísmo é fenômeno complexo e influenciado por múltiplos fatores e quando as ausências devido às doenças e agravos se fazem presente, depreende-se que as condições nas quais o trabalho em saúde é organizado e executado, resultam em repercussões negativas não somente aos trabalhadores, mas ao sistema de saúde como um todo.

Esta tese ressalta ainda a importância da reformulação de estratégias de gestão relacionada às melhorias das condições de trabalho e promoção de atitudes no ambiente ocupacional mais salutar e também de intervenção em saúde dos trabalhadores, seja com atividades de conscientização do autocuidado e avaliações de saúde periódicas. Tais tomadas de decisão no âmbito deste nível de complexidade são possíveis e podem resultar numa maior qualidade dos serviços ofertados à população.

Além disso, este trabalho abre espaço para investigações futuras que aprofundem a compreensão dos fatores psicossociais que influenciam as condições de trabalho e impactam, de forma direta e indireta, na perda de produtividade. Estudos futuros podem focar em variáveis como a satisfação no trabalho, o apoio social, a carga mental, e o burnout, buscando desvelar como esses fatores podem ser mitigados ou gerenciados para promover a saúde e o bem-estar dos profissionais da atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção Primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 1–3, 2007.

ALVARENGA, E. C. et al. Condições de trabalho de equipes de saúde da família do Pará. **Revista do NUFEN-Pepsic**, v. 10, n. 01, p. 58–72, 2018.

ALVES, G. O espírito do toyotismo - reestruturação produtiva e “captura” da subjetividade do trabalho no capital. **Confluências**, v. 10, n. 01, p. 1–26, 2008.

AMARAL, Vanessa de Souza et al. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 01, p. e310106, 2021.

ARNALDO, Juliana Gabrielle Santos et al. Reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à COVID-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, p. e86126, 2023.

AWOSIKA, Ayoola; ADENIYI, M. J. Occupation-related stress and stress-related risk factors among Nurses in West Africa. **Middle East Research Journal of Medical Sciences**, v. 3, n. 1, p. 9-16, 2023.

BAHIA. **Guia para análise da situação de saúde do trabalhador - SUS/BA**. 1. ed. Salvador: DIVAST, 2014, 92p.

BANKS, Colin; PEARSON, Sue. Personality, staff attitudes and their association with absenteeism and presenteeism in Australian public sector hospital-based nurses: a cross-sectional study. **Journal of Nursing Management**, v. 29, n. 8, p. 2639-2646, 2021.

BAPTISTA, M. C. et al. Absenteeism and Presenteeism Associated With Common Health Conditions in Brazilian Workers. **Journal of Occupational & Environmental Medicine**, v. 61, n. 4, p. 303–313, abr. 2019.

BARBOSA, R. E.; ASSUNÇÃO, A. A.; DE ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1569-1580, ago. 2012.

BAPTISTA, M. J. C. **Absenteísmo e presenteísmo por doença em trabalhadores da população geral da grande São Paulo**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: doi:10.11606/D.5.2018.tde-07112018-110813. Acesso em: 23 ago. 2022.

BEATON, D. et al. Measuring Worker Productivity: Frameworks and Measures. **The Journal of Rheumatology**, v. 36, n. 9, p. 2100–2109, 1 set. 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.436/2017 - **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a Atenção Básica no âmbito do SUS organização da Atenção**. 2017a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 ago. 2021.

BRASIL. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho - AEAT 2017**. 1. ed. Brasília: Ministério do Trabalho. v. 1, 2018. 996p.

BRASIL. Portaria nº18/2019. **Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**, 2019. Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/janeiro2019/dia10/portaria18.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2021.

BRASIL. Portaria de consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. **Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde**, 2021. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2021/06/portcons1.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2021.

BRASIL. **Manual de Orientação da RAIS**. Brasília: Ministério do Trabalho e Previdência; Governo Federal, 2022. Disponível em: http://www.rais.gov.br/sitio/rais_ftp/ManualRAIS2022.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Portaria nº 4/2017. **Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde**, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 27 fev. 2021.

BRAVERMAN, H. Gerência científica. Em: **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3ª ed. [s.l.] Zahar Editores, 1981. p. 359.

BRBOROVIĆ, H. et al. Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review. **International Journal of Nursing Practice**, v. 23, n. 6, p. e12598, dez. 2017.

BROUWER, W. B. F. et al. The relationship between productivity and health-related QOL. **PharmacoEconomics**, v. 23, n. 3, p. 209–218, 1 mar. 2005.

CALAZANS, M. I. P. **Análise temporal das notificações por Acidentes de Trabalho Graves no estado da Bahia**. 2019. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié-Bahia. 2019. 82 p.

CARDOSO, A. C. M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social**, v. 27, n. 1, p. 73–93, jun. 2015.

CARDOSO, J. P. et al. Fatores associados à perda de produtividade em pessoas envolvidas em acidentes de trânsito: um estudo prospectivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 9 mar. 2020.

CHENG, W.-J.; CHENG, Y. Minor mental disorders in Taiwanese healthcare workers and the associations with psychosocial work conditions. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 116, n. 4, p. 300–305, abr. 2017.

DALMOLIN, G. DE L. *et al.* Contexto de trabalho e Prazer-sofrimento na Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e9610212331, fev. 2021.

DANTAS, G. DE S. V.; CARDOSO, J. P. Fatores associados ao presenteísmo por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 2, p. 133–141, 2020.

DE ARAÚJO, T. M. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 645–657, set. 2016.

ENGELS, F. Do socialismo utópico ao socialismo científico. São Paulo: Global Editora, 1982.

FUJINO, Y. Health Management of Workers with Presenteeism is a New Challenge in Occupational Health. **Journal of UOEH**, v. 40, n. 3, p. 225–230, set. 2018.

GARCIA, G. P. A.; MARZIALE, M. H. P. Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2334–2342, 2018.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1171–1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, ago. 2018.

GOMES, M. R. *et al.* Estressores ocupacionais e acidentes de trabalho entre trabalhadores da saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 17 dez. 2021.

IBGE. IBGE | **Comitê de Estatísticas Sociais | base de dados | metadados | MTE | relação anual de informações sociais – RAIS**. Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/mte/relacao-anual-de-informacoes-sociais-rais.html>. Acesso em: 31 out. 2021.

KALIMO, R.; EL-BATAWI, M. A.; COOPER, C. L. **Los Factores psicossociales en el trabajo y su relación con la salud**. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 1988.

KARASEK RA, T. T. **Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life**. Nova York: Basic Brooks, 1990.

KIM, J. Y. *et al.* Who is working while sick? Nonstandard employment and its association with absenteeism and presenteeism in South Korea. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 89, n. 7, p. 1095–1101, out. 2016.

KINMAN, G. Sickness presenteeism at work: prevalence, costs and management. **British Medical Bulletin**, v. 129, n. 1, p. 69–78, mar. 2019.

LAURELL, A. C. Social analysis of collective health in Latin America. **Social Science & Medicine**, v. 28, n. 11, p. 1183–1191, jan. 1989.

LAURELL, A. C. **Para la investigación sobre la salud de los trabajadores**. [s.l.] Organización Panamericana de la Salud, 1993.

LI, X. et al. Associations of musculoskeletal disorders with occupational stress and mental health among coal miners in Xinjiang, China: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 21, p. 1327, 6 jul. 2021.

LI, Y. et al. The Effect of Presenteeism on Productivity Loss in Nurses: The Mediation of Health and the Moderation of General Self-Efficacy. **Frontiers in Psychology**, v. 10, jul. 2019.

LIBET, J. M. et al. Absenteeism and productivity among mental health employees. **Administration and Policy in Mental Health**, v. 29, n. 1, p. 41–50, set. 2001.

LUI, J. N. M.; ANDRES, E. B.; JOHNSTON, J. M. Presenteeism exposures and outcomes amongst hospital doctors and nurses: a systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 985, dez. 2018.

LUKÁCS. **História e consciência de classe**. Tradução Rodnei Nascimento. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MARINHA, M. S. S.- et al. Perfil epidemiológico do absenteísmo-doença na Fundação Oswaldo Cruz no período de 2012 a 2016. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 4, p. 457–465, 2018.

MARX, K. **O capital** – Crítica da economia política. São Paulo: ed. Nova Cultural, v. 01, tomo 1, 1996, 473p.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–514, set. 2006.

MENDES CARDOSO, A. W.; BAKKE, H. A. Estresse ocupacional em profissionais de saúde dos centros de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde e Segurança no Trabalho**, v. 1, n. 1, p. 23, jul. 2018.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. Em: **Dicionário da educação Profissional em Saúde**. p. 278–284. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

MICHAELIS. **Afastamento**. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=afastamento>. Acesso em: 5 nov. 2021.

MICHAELIS. **Produtividade**. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/produtividade/>. Acesso em: 24 fev. 2022.

MOHSENI SARAVI, B. et al. Prevalence and Causes of Medical Absenteeism Among Staff (Case Study at Mazandaran University of Medical Sciences: 2009-2010). **Materia Socio-Medica**, v. 25, n. 4, p. 233–237, dez. 2013.

MOREIRA, I. J. B. et al. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Sofrimento Psíquico na Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 7, n. 1, jan. 2017.

- MORSCHER, A.; BARROS, M. E. B. DE. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 928–941, set. 2014.
- NAGATA, T. et al. Total Health-Related Costs Due to Absenteeism, Presenteeism, and Medical and Pharmaceutical Expenses in Japanese Employers. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 60, n. 5, p. e273–e280, maio 2018.
- NEVES, M. Y. R. et al. Ação-formação: uma leitura das contribuições da Ergonomia da Atividade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, p. 112–120, ago. 2018.
- NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 309–323, jul. 2019.
- OENNING, N. S. X.; CARVALHO, F. M.; LIMA, V. M. C. Fatores de risco para absenteísmo com licença médica em trabalhadores da indústria de petróleo. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 103–122, fev. 2014.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Saúde e Segurança do Trabalho**. Documento geral. Disponível em: http://www.ilo.org/lisbon/temas/WCMS_650864/lang--pt/index.htm. Acesso em: 29 ago. 2022.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Série SmartLab de Trabalho Decente 2023**. Disponível em: <https://www.ilo.org/pt-pt/resource/news/serie-smartlab-de-trabalho-decente-2023-mortalidade-no-trabalho-cresce-em#:~:text=Estima%2Dse%20que%2012%20bilh%C3%B5es,do%20trabalho%E2%80%9D%2C%20acrescentou%20Ribeiro>. Acesso em: 20 mai. 2024.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Absentismo: causa y control**. Madrid: OIT, v. 01, 1989.
- ORNELLAS, T. C. F. DE; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 552–555, ago. 2006.
- PELISSARI, M. R. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 159-165, 2019.
- PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 39, p. 150–160, dez. 2014.
- PORTA, M. **A Dictionary of Epidemiology**. 6. ed. [s.l.] Oxford University Press, 2014.
- POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC; 1989. 271 p.
- RANTANEN, I.; TUOMINEN, R. Relative magnitude of presenteeism and absenteeism and work-related factors affecting them among health care professionals. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 84, n. 2, p. 225–230, fev. 2011.

RESENDE, A. C. DE A. Da Relação Indivíduo e Sociedade. **Educativa - Revista de Educação**, v. 10, n. 1, p. 29–45, 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438–446, 2004.

RIBEIRO, H. K. P. et al. Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, 7 mar. 2019.

RIBEIRO, R. P. et al. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, jul. 2018.

RICHARDS, James et al. Developing the concept of leaveism: From presenteeism/absence to an emergent and expanding domain of employment?. **Human Resource Management Journal**, v. 33, n. 2, p. 384-405, 2023.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 343-352, 2014.

SAINT-JEAN, M.; THERRIault, P.-Y. Trabalho, estudo e produtividade: da confusão à definição. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 1, abr. 2007.

SANCINETTI, T. R. **Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais**. 2009 Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: Universidade de São Paulo, 17 mar. 2009.

SCHULTZ, T. W. **capital humano: investimentos em educação e pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973. 253p.

SHAN, G. et al. Presenteeism in Nurses: Prevalence, Consequences, and Causes From the Perspectives of Nurses and Chief Nurses. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, jan. 2021.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 1, n. 1, p. 27–41, jan. 1996.

SILVA, J. P. C.; FERREIRA, L. DOS S.; ALMEIDA, B. DE L. F. Os impactos das atuais condições de trabalho na saúde do trabalhador: o trabalho sob a nova organização e o adoecimento dos trabalhadores e das trabalhadoras atendidos no Cerest/JP. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 11, p. 23206–23220, 2019.

SILVA, M. **Análise das deficiências do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e proposta de soluções em Sistemas de Informação**. 2021 Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Informática em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC. 2021. 220 p.

SOUZA, K. M. J. DE et al. Contribuições da Saúde Coletiva para o trabalho de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 543–549, jun. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SZNELWAR, L. I. Alain Wisner : o desenvolvimento da ergonomia e do pensamento sobre o « trabalhar ». **Travailler**, v. 15, n. 1, p. 55–70, 2006.

TAMBASCO, L. DE P. et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe2, p. 140–151, jun. 2017.

TANG, K. et al. Measuring the impact of arthritis on worker productivity: perspectives, methodologic issues, and contextual factors. **The Journal of Rheumatology**, v. 38, n. 8, p. 1776–1790, ago. 2011.

TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, jan. 2020.

TSOLAKIDIS, Georgios; VASILIKI DIAMANTIDOU, M. D. Nursing staff burnout: a critical review of the risk factors. **International Journal of Caring Sciences**, v. 15, n. 1, p. 668-679, 2022.

VARGAS, F. B. Trabalho, emprego, precariedade: dimensões conceituais em debate. **Caderno CRH**, v. 29, n. 77, p. 313–331, ago. 2016.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho: ergonomia, método e técnica**. São Paulo: FTD, 1987. 189 p.

YAMASHITA, M.; ARAKIDA, M. Concept Analysis of Presenteeism and Its Possible Applications in Japanese Occupational Health. **Sangyo Eiseigaku Zasshi**, v. 48, n. 6, p. 201–213, 2006.

ZHANG, W.; BANSBACK, N.; ANIS, A. H. Measuring and valuing productivity loss due to poor health: A critical review. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 2, p. 185–192, 1 jan. 2011.

ANEXOS

11/11/2024, 16:13

Decisão do Editor - inezcalazans@gmail.com - Gmail

- 99+
- Mail
- Meet
- Escrever
- Caixa de entrada 473
- Com estrela
- Adiados
- Importante
- Enviados
- Rascunhos 140
- Categorias
- Mais
- Marcadores
- Arquivo Morto
- importante
- Notes

Q revmed@hcrp.usp.br

X ☰

✉

Decisão do Editor Caixa de entrada x



Revista Medicina via Portal de Revistas da USP <portalderevistas@usp.br> para mim

Maria Inês Pardo Calazans, Jefferson Paixão Cardoso:

Nós chegamos a uma decisão referente a sua submissão para o periódico Medicina (Ribeirão Preto), "Avaliação da R: perda de produtividade por absenteísmos de trabalhadores da atenção primária".

Nossa decisão é de: Enviar para avaliação

URL da submissão: <https://www.revistas.usp.br/mrp/workflow/access/227668>

2 anexos • Anexos verificados pelo Gmail



Responder Encaminhar 😊

11/11/2024, 15:46

Artigo Submetido - Revista Brasileira de Medicina do Trabalho - inezcalazans@gmail.com - Gmail

99+
Mail **Escrever**
Mail **Caixa de entrada** 473
Meet Com estrela
Adiados
Importante
Enviados
Rascunhos 140
Categorias
Mais

Marcadores
Arquivo Morto
importante
Notes

Q Pesquisar e-mail

REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DO TRABALHO

Prezad@ MARIA INES Inês Pardo Calazans

Informamos que o artigo 1380 - Fatores associados à perda de produtividade de trabalhadores da ateng recebido e será analisado pelo Corpo Editorial da Revista Brasileira de Medicina do Trabalho.

Para qualquer comunicação sobre o referido manuscrito, cite o número do artigo apresentado acima.

Obrigado por submeter seu trabalho.

Atenciosamente,

Dra. Andrea Franco Amoras Magalhães

Dra. Mirian Perpetua Palha Dias Parente

Editoras-chefes - Revista Brasileira de Medicina do Trabalho



Publicação da Associação Nacional de Medicina do Trabalho

E-mail: revista@anamt.org.br

««« Enviado por GNPapers - Esta é uma mensagem automática - Por favor i

11/11/2024, 15:46

Obrigado pela submissão para Cadernos de Psicologia Social do Trabalho - inezcalazans@gmail.com - Gmail

 Pesquisar e-mail 

99+

Mail

Meet

Caixa de entrada 473

Com estrela

Adiados

Importante

Enviados

Rascunhos 140

Categorias

Mais


Marcadores

Arquivo Morto

importante

Notes

Obrigado pela submissão para Cadernos de Psicologia Social do Trab

 **Editoria dos CPST via Portal de Revistas da USP** <portalderevistas@usp.br>
para mim

Prezado(a) MARIA INES PARDO CALAZANS,

obrigado por submeter o manuscrito, "Relação entre a perda de produtividade e o trabalho na atenção primária em sal periódico Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que este do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: <https://www.revistas.usp.br/cpst/workflow/access/231283>

Usuário: inez030425

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o se

Cadernos de Psicologia Social do Trabalho
ISSN 1981-0490 (versão eletrônica)
<http://www.revistas.usp.br/cpst/>

Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia