

Registros de absenteísmo-doença: o que os conteúdos revelam sobre a funcionalidade de trabalhadores da higienização?

Absenteeism-disease records: what do the content reveal about the functioning of hygienization workers?

 Bárbara Cordeiro Santos¹,  Jaqueline do Carmo Machado Lopes¹,  Karoleen Oswald Scharan¹,  Auristela Duarte de Lima Moser

RESUMO

Objetivo: Utilizar os registros de absenteísmo-doença de trabalhadores de limpeza do setor de higienização de uma instituição de ensino superior para estabelecer um subsídio inicial de conteúdo com as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Método:** Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo. Foram analisados 2.881 atestados médicos, de trabalhadores de limpeza durante o período de 2010 a 2014, classificados de acordo com a CID-10. Variáveis estudadas: sexo, data admissional e demissional, início e fim do atestado, número de dias de afastamento e códigos da CID-10. A partir das regras propostas por Cieza et al. 2016, em um processo efetuado por três pesquisadoras, estabeleceu-se o conteúdo dos registros de absenteísmo-doença com a CIF. Os dados foram tratados pelo programa IBM SPSS Statistics 2.0. **Resultados:** Foram identificados 29 conceitos significativos da CID-10, referentes aos 6 capítulos mais frequentes. Vinte e seis deles foram relacionados a 17 categorias da CIF, majoritariamente às funções e estruturas do Corpo, seguido de 1 categoria de Atividades e Participação. Um conceito foi classificado como condição de saúde e 2 como não cobertos pela CIF. Os dados disponíveis não evidenciaram categorias do componente Fatores Ambientais. **Conclusão:** O conteúdo dos registros de absenteísmo-doença permitiu subsidiar a seleção de categorias da CIF, refletindo os aspectos biofísicos contemplados na CID-10. Porém, para considerar os aspectos biopsicossociais da CIF e da política de saúde do trabalhador, será importante contemplar nos registros de absenteísmo-doença conteúdos referentes as Atividades e Participação e, Fatores Ambientais, nos quais os trabalhadores experenciam sua funcionalidade.

Palavras-chaves: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Saúde do Trabalhador, Absenteísmo

ABSTRACT

Objective: To use sickness absence data of cleaning workers from an educational institution to establish an initial content subsidy with the categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Method:** Quantitative, descriptive and retrospective study. It was analyzed 2881 medical certificates during 2010 and 2014, classified according to ICD-10. Variables studied: sex, admission and dismissal date, start and end of the certificate, number of days off and ICD-10 codes. Based on the linking rules proposed by Cieza et al. 2016 and in a process carried out by three researchers, the content of the absenteeism-disease records with the ICF was established. The data were processed by IBM SPSS 2.0 program. **Results:** It was identified 29 meaningful concepts of ICD-10 referring to the six most common chapters. Twenty-six of them were related to 17 categories of ICF, mostly to the functions and structures of the Body, followed by 1 category of Activities and Participation. One was classified as health condition and 2 as not covered by ICF. The available data did not allow relate meaningful concepts of ICD-10 to the categories of Environmental Factors component of ICF. **Conclusion:** The content of the absenteeism-disease records allowed to subsidize the selection of ICF categories, reflecting the biophysical aspects contemplated in ICD-10. However, in order to consider the biopsychosocial aspects of the ICF and the worker's health policy, it will be important to include in the absenteeism-disease records contents referring to Activities and Participation and Environmental Factors, in which workers experience their functionality.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health, Occupational Health, Absenteeism

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

Correspondência

Jaqueline do Carmo Machado Lopes
E-mail: jackemachado2007@yahoo.com.br

Submetido: 29 Junho 2020
Aceito: 29 Janeiro 2021

Como citar

Santos BC, Lopes JCM, Scharan KO, Moser ADL. Registros de absenteísmo-doença: o que os conteúdos revelam sobre a funcionalidade de trabalhadores da higienização? Acta Fisiatr. 2021;28(3):142-148.



10.11606/issn.2317-0190.v28i3a171505



©2021 by Acta Fisiátrica

Este trabalho está licenciado com uma licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

INTRODUÇÃO

Há uma preocupação com a ausência do trabalhador tanto em organizações públicas quanto privadas.¹ Quando associada a problemas de saúde, o absenteísmo-doença pode afetar a qualidade e a produtividade no trabalho, além de gerar custos diretos e indiretos à saúde pública.^{2,3}

No Brasil, sabe-se que o absenteísmo-doença gera gastos elevados, contudo, não há estudos oficiais que quantifiquem seu custo direto.⁴ Além disso, boa parte dos estudos epidemiológicos sobre absenteísmo-doença se restringe a grupos ocupacionais específicos, como trabalhadores de instituições de saúde, de educação e de serviços públicos.⁵⁻⁸

Segundo Leão et al.⁸ pouco se sabe sobre o perfil epidemiológico e a prevalência de afastamento entre trabalhadores operacionais, como exemplo os do setor de limpeza. Esse grupo de trabalhadores pode apresentar níveis de absenteísmo-doença elevados devido à exposição a estressores ocupacionais.⁹ A exposição a riscos físicos, biológicos, químicos e ambientais desses trabalhadores, pode ser precursora da ocorrência de problemas de saúde e da consequente ausência ao trabalho.^{1,10}

O absenteísmo-doença é usualmente documentado e comprovado por atestados médicos baseados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua Décima Revisão (CID-10).¹ Essa classificação foi publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de codificar as doenças. A CID-10 fornece informações relativas a uma variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças.¹¹

Apesar de ser bastante utilizada, a CID-10 muitas vezes é insuficiente para compreender as questões relacionadas aos estados de saúde e de funcionalidade de indivíduos, e quantificar a magnitude destes.¹²

No sentido de complementar a CID-10, a OMS criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).¹³ Essa visa codificar aspectos de funcionalidade de uma maneira biopsicossocial, relacionados às Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais em que o indivíduo está inserido.¹⁴ Assim, a etiologia das doenças, distúrbios, lesões são classificados principalmente pela CID-10, e os estados de saúde associados à funcionalidade e incapacidade são classificados pela CIF.¹²

Ambas as classificações pertencem à Família de Classificações Internacionais da OMS (FCI-OMS). O objetivo da FCI-OMS é auxiliar o desenvolvimento de sistemas estatísticos confiáveis em nível regional, nacional e internacional, a fim de melhorar as condições e os cuidados de saúde,^{15,16} inclusive dos trabalhadores. Ao se padronizar as informações e melhor gerenciar os dados, são oportunizadas melhores estratégias tanto para intervenções quanto para o acompanhamento de seus desdobramentos.¹⁵

É primordial, portanto, que sejam identificadas as causas de absenteísmo-doença articulando as duas classificações, possibilitando a aplicação de ações preventivas e corretivas para melhorar a saúde do trabalhador.^{8,17}

Com estudos dessa natureza, espera-se também, a redução do ônus para as organizações, para o Sistema Único de Saúde (SUS), o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e para

sociedade em geral.¹⁷

OBJETIVO

Utilizar os registros de absenteísmo-doença de trabalhadores de limpeza do setor de higienização de uma instituição de ensino superior para estabelecer um subsídio inicial de conteúdo com as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local sob o parecer nº 894.771. Trata-se de um estudo de cunho quantitativo, descritivo e retrospectivo com dados referentes ao período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014.

A amostra de pesquisa constituiu-se de um total de 19.538 atestados médicos referentes a 3.581 trabalhadores. Do total de atestados, foram selecionados apenas os dos trabalhadores de limpeza do setor de higienização. As informações foram obtidas nos arquivos do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) de uma Instituição de Ensino Superior de Curitiba.

Os dados foram organizados em uma planilha do Excel e continha as variáveis: sexo, data admissional e demissional, início e fim do atestado, número de dias de afastamento e códigos da CID-10.

Primeiramente foi identificada a ocorrência dos capítulos da CID-10 com maior frequência cujos conteúdos, em seguida, subsidiaram a seleção das categorias da CIF.

Esse processo foi realizado por duas das pesquisadoras, de forma independente, com experiência na CIF^{18,19} e utilizando as regras propostas pela literatura.²⁰ Inicialmente foram identificados os conceitos significativos com base na descrição de cada código da CID-10. Em seguida, os conceitos significativos foram comparados pelas pesquisadoras, a fim de se obter um consenso. Foi verificado na CIF as categorias que compartilhavam conteúdo similar aos dos conceitos de cada código da CID-10. A escolha das categorias da CIF também foi realizada de forma independente, seguida da comparação entre as pesquisadoras, necessitando da arbitragem de uma terceira.

De acordo com Cieza et al.²⁰ o conceito significativo da descrição dos códigos da CID-10 deve ser ligado à categoria mais representativa da CIF. Os conceitos significativos identificados que apresentarem informações insuficientes para a escolha da categoria da CIF devem ser classificados como nd (não definível). Deve-se atribuir, em situações específicas, os conceitos nd-sg (não definível - saúde geral), nd-sf (não definível - saúde física), nd-sm (não definível - saúde mental) ou nd-qv (não definível - qualidade de vida). Quando o conceito significativo não é contemplado pela CIF e não é um fator pessoal, atribui-se nc (não coberto pela CIF). Os conceitos significativos que se referem a um diagnóstico ou uma condição de saúde devem ser classificados como cs (condição de saúde). Os resultados serão expressos em uma tabela adaptada de Cieza et al.²⁰

Para a análise estatística foi usado o programa IBM SPSS Statistics 2.0. Os resultados obtidos no estudo foram expressos por frequências e percentuais ou por médias e desvios padrões.

RESULTADOS

Do total de 3.581 trabalhadores, 487 eram da área de limpeza do setor de higienização e apresentaram 2.881 atestados médicos. Foram excluídos dados referentes a um trabalhador, devido à incompatibilidade de informações nas datas de admissão e demissão, resultando em 486 trabalhadores e 2.880 atestados.

A maioria dos trabalhadores era do sexo feminino (97,7%). O tempo médio de permanência na instituição foi de 1,9 anos ($\pm 2,4$), conforme Tabela 1.

Tabela 1. Tempo médio de permanência dos trabalhadores na instituição

	Período de permanência	Permanência até 31/12/2014	Demissão antes de 31/12/2014
MP (\pm DP)	1,9 anos ($\pm 2,4$)	3,0 anos ($\pm 2,8$)	1,3 anos ($\pm 2,0$)
Mínimo	19 dias	90 dias	19 dias
Máximo	14,7 anos	11,1 anos	14,7 anos

A Tabela 2 apresenta o número total de atestados por ano e o número de dias de afastamento por trabalhador/ano.

Tabela 2. Número total de atestados por ano e número de dias de afastamento por trabalhador/ano

	2010	2011	2012	2013	2014
Número total de atestados por ano					
MD (\pm DP)	5,3($\pm 5,5$)	5,7($\pm 9,5$)	6,8($\pm 7,0$)	6,5($\pm 6,8$)	6,9($\pm 7,9$)
Mediana	3,5	3,3	4,8	4,6	4,3
Mínimo	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Máximo	36,2	78,2	36	47,1	57,4
Número de dias de afastamento por trabalhador/ano					
MD (\pm DP)	2,1($\pm 2,6$)	1,9($\pm 2,4$)	2,2($\pm 2,7$)	1,9($\pm 2,1$)	1,3($\pm 1,2$)
Mínimo	1	1	1	0*	0*
Máximo	15	15	15	15	10

*Representa a ausência do trabalhador em um período do dia

No que se refere aos dados da CID-10, a Tabela 3 demonstra a frequência dos 6 capítulos da classificação presentes na amostra. Desses capítulos, foram selecionadas as cinco categorias que tiveram maior frequência. Apenas para o capítulo F da CID-10, foram descritas 4 categorias, pois as outras apresentaram alta frequência com baixo percentual em cada uma.

Foram identificados na CID-10, 29 conceitos significativos, dos quais 26 (89,65%) compartilhavam conteúdo similar ao de 17 categorias da CIF. Dessas, 8 pertencem ao componente Funções do Corpo, 8 ao de Estruturas do Corpo e uma ao componente de Atividades e Participação. Nove categorias (b152, b280, b435, s7302, s8192, s7501, s8104, s7502 e d660) foram identificadas em 2 ou mais conceitos significativos (Quadro 1).

Para os outros 3 (10,34%) conceitos significativos que não foram relacionados a categorias da CIF, foi atribuído condição de saúde para o conceito Doenças não especificadas e não

coberto para os conceitos exame geral e exames especiais, conforme o Quadro 2.

Tabela 3. Frequência dos capítulos e das categorias da CID-10 de acordo com os atestados

Capítulo CID (%)	Categoria	Descrição	nº de atestados (%)
	Z00	Exame geral e investigação de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado	1573(95)
	Z01	Outros exames e investigações de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado	21(1,3)
	Z34	Supervisão de gravidez normal	18(1,1)
	Z74	Problemas relacionados com a dependência de uma pessoa que oferece cuidados de saúde	8(0,5)
Z (57,5)	Z76	Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias	8(0,5)
	OUTRAS	-	28(1,6)
	M54	Dorsalgia	89(39,5)
M (10,7)	M25	Outros transtornos articulares não classificados em outra parte	26(11,4)
	M79	Outros transtornos de tecidos moles, não classificados em outra parte	29(12,7)
	M75	Lesões do ombro	19(8,3)
	M23	Transtornos internos dos joelhos	11(4,8)
	OUTRAS	-	54(23,3)
	R51	Cefaléia	43(24,6)
R (6,1)	R10	Dor abdominal e pélvica	41(23,4)
	R52	Dor não classificada em outra parte	17(9,7)
	R69	Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade	13(7,4)
	R42	Tontura e instabilidade	13(7,4)
	OUTRAS	-	48(27,5)
	J11	Influenza [gripe] devida a vírus não identificado	37(22,4)
J (5,5)	J06	Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas	25(15,2)
	J03	Amigdalite aguda	25(15,2)
	J00	Nasofaringite aguda (resfriado comum)	22(14,5)
	J01	Sinusite aguda	20(12,1)
	OUTRAS	-	
F (3,3)	F32	Episódios depressivos	43(44,8)
	F41	Outros transtornos Ansiosos	16(16,7)
	F31	Transtorno afetivo bipolar	11(11,5)
	F33	Transtorno depressivo recorrente	6 (6,3)
	OUTRAS	-	20(20,7)
S (2,5)	S80	Traumatismo superficial da perna	15(20,3)
	S90	Traumatismo superficial do tornozelo e do pé	8(10,8)
	S93	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé	8(10,8)
	S61	Ferimento do punho e da mão	7(9,5)
	S60	Traumatismo superficial do punho e da mão	5(6,8)
	OUTRAS	-	31(41,8)
	OUTROS (14,2)		

Quadro 1. Relação entre os conceitos significativos da CID-10 com as categorias da CIF

CÓDIGO CID-10	CONCEITO SIGNIFICATIVO	CATEGORIA CIF	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	CAPÍTULO	COMPONENTE
F31	Transtorno afetivo bipolar	b 152	Funções emocionais	1- Funções mentais	Funções do Corpo
F32	Episódios depressivos				
F33	Transtorno depressivo recorrente				
F41	Outros transtornos ansiosos				
R42	Tontura e instabilidade	b2401	Tontura		
M79	Dor, tecidos moles	b280	Sensação de dor		
R52	Dor não classificada			2- Funções sensoriais e dor	
R51	Cefaleia	b28010	Dor na cabeça ou pescoço		
R10	Dor abdominal e pélvica	b28012	Dor no estômago ou abdome		
M54	Dor, coluna	b28013	Dor nas costas		
M25	Dor, articulação não específica	b28016	Dor nas articulações		
J00	Resfriado	b435	Funções do sistema imunológico	4- Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório	
J01	Sinusite				
J03	Amidalite				
J06	Infecções de Vias Aéreas Superiores				
J11	Gripe				
Z34	Gravidez	b660	Funções de procriação	6- Funções geniturinárias e reprodutivas	
M75	Lesão do ombro	s720	Estrutura da região do ombro	7- Estruturas relacionadas ao movimento / 8- Pele e estruturas relacionadas	Estruturas do Corpo
S60	Traumatismo superficial de punho e da mão	s7302/ s8102	Estrutura da mão/ Pele da extremidade superior		
S61	Ferimento do punho e da mão				
S80	Traumatismo superficial da perna	s7501/ s8104	Estrutura da perna/ Pele da extremidade inferior		
M23	Joelho, instabilidade	s75011	Articulação do joelho		
S90	Traumatismo superficial do tornozelo e do pé	s7502	Estrutura do tornozelo e do pé		
S93	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé				
Z74	Cuidar de pessoas dependentes	d660	Ajudar os outros	6- Vida doméstica	Atividades e Participação
Z76	Contato com serviços de saúde, cuidado de criança				

Quadro 2. Relação entre os conceitos significativos da CID-10 e outras atribuições

CÓDIGO CID-10	CONCEITOS SIGNIFICATIVOS	OUTRAS ATRIBUIÇÕES
R69	Doenças não especificadas	cs
Z00	Exame geral	nc
Z01	Exames especiais	

DISCUSSÃO

Foi possível analisar os dados de absenteísmo-doença dos trabalhadores de limpeza no setor de higienização de uma instituição de ensino superior e identificar a maior parte deles (26 de 29 conceitos) com os conteúdos que compartilham com categorias da CIF. Primeiramente, serão discutidos alguns aspectos sobre o absenteísmo-doença encontrados na amostra. Em seguida, serão discutidos os achados referentes ao subsídio inicial para a seleção das categorias da CIF a partir do conteúdo contemplado nos códigos da CID-10.

Em relação ao sexo, já era esperada a maior prevalência feminina, devido a aspectos culturais atribuídos ao serviço de limpeza em nosso país.^{21,22} Além disso, a relação do sexo feminino com o absenteísmo-doença é influenciada pela combinação de fatores biopsicossociais, nos quais a trabalhadora acumula múltiplos papéis na relação trabalho-família, aumentando a sobrecarga de trabalho e gerando desgaste físico e mental.^{8,22}

O período de permanência dos trabalhadores na instituição correspondeu a uma média de um ano e nove meses, com variação de 19 dias a 14,7 anos. Nos achados de Chillida e Cocco,²¹ com trabalhadores do setor de limpeza de um hospital, boa parte deles permaneceu, em média, menos de um ano no trabalho. Essas constatações revelam a alta rotatividade dos trabalhadores do setor de higienização.

A alta rotatividade nesse setor tem suas razões pouco conhecidas em outros e no presente estudo, no entanto, a inserção precoce desses trabalhadores no mercado de trabalho, as condições adversas de trabalho e a exigência física são fatores citados, que podem contribuir para a alta rotatividade.^{1,10,23}

Segundo Leão et al.⁸ ainda existem lacunas a serem preenchidas no que se refere aos determinantes do absenteísmo-doença no setor de limpeza. No caso do presente estudo, esses determinantes também não são conhecidos. No período estudado, identificou-se um aumento do número de atestados por ano, refletindo uma tendência de aumento do absenteísmo-doença nos países industrializados, já citada por Danatro.²⁴

O número de dias de afastamento é considerado um indicador importante da gravidade do absenteísmo,²⁵ pelo fato dele influenciar a ausência ao trabalho e diminuir a probabilidade de retorno do trabalhador. Esse fato pode aumentar a ocorrência de auxílio-doença e de aposentadoria precoce.^{2,26} Os atestados identificados no presente estudo foram de curta duração (Tabela 2) e oriundos da alta frequência por exames gerais (Tabela 3).

A grande maioria dos atestados era referente ao capítulo "Z" da CID-10: "Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde", corroborando com outros estudos.^{8,27}

O conhecimento abrangente do estado de saúde do trabalhador envolve a avaliação feita por meio de exames admissionais, demissionais e periódicos. No entanto, atualmente, esses dados não informam o estado de funcionalidade, sendo este um importante indicador para a área de saúde do trabalhador.^{13,28} Observou-se essa situação no presente estudo, uma vez que foi atribuído o conceito não coberto pela CIF para a categoria da CID-10 "Exame geral e

investigação de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado". Além disso, os dados registrados por essa categoria da CID-10 não permitiram estabelecer relações de causalidade de adoecimento.

Com relação aos achados da ligação com a CIF, 35% das categorias pertenciam ao capítulo 2 "Funções sensoriais e dor" de Funções do Corpo. Sabe-se que a dor, sendo um sintoma recorrente em atividades de cunho físico pode comprometer o desempenho no trabalho.⁸ Portanto, há importância em se entender as características do afastamento por motivo de doença dos trabalhadores, e de associar a CIF como uma forma de monitorar a saúde destes.

Neste estudo, as doenças do sistema osteomuscular apareceram como a segunda maior causa de absenteísmo-doença, sendo que outros estudos também revelam a doença osteomuscular como um fator importante para o absenteísmo-doença.^{6,8,27,29}

Martarello e Benatti,²² realizaram um estudo com trabalhadores de limpeza de um hospital público a partir de relatos de queixas, concluindo que grande parte também apresentou sobrecarga do sistema osteomuscular. Embora a forma de aquisição de dados seja diferente em relação a presente pesquisa, já foram estabelecidas evidências de problemas osteomusculares em indivíduos que desempenham esta função.

Para as condições osteomusculares citadas, um exemplo de subsídio é entre o conceito significativo dorsalgia e a categoria dor nas costas, do componente Funções do Corpo da CIF (Quadro 1). Essa categoria da CID-10 é um importante indicador de absenteísmo-doença neste e em outros estudos.^{8,27} A seleção e o uso da categoria podem oportunizar o mapeamento e a quantificação da dor nas costas. Isso ajudaria a direcionar os trabalhadores com quadros mais graves a atendimentos mais específicos e os com menor gravidade, a estratégias como a educação em saúde.³⁰ Segundo Moser et al.³⁰ a educação em saúde em indivíduos com dor nas costas apresenta grande resolubilidade envolvendo baixos custos.

Foram evidenciadas também, categorias do capítulo 7 de "Estruturas relacionadas ao movimento", especificamente relacionadas às estruturas do ombro e do joelho. Estas articulações estão comumente envolvidas na atividade de limpeza²² e devem ser levadas em consideração no planejamento de atividades laborais, orientações ergonômicas e na educação em saúde. Ainda que 6 conceitos significativos tenham recebido a atribuição condição de saúde, percebeu-se que a CID-10 não se limita apenas a essa condição. Ela contempla aspectos condizentes com o modelo biopsicossocial da CIF,¹⁴ como exemplo, a execução de uma tarefa e o envolvimento em situações cotidianas (Atividade e Participação).

Nenhum conceito significativo proveniente dos registros de absenteísmo-doença remeteu ao conteúdo do componente Fatores Ambientais da CIF. O ambiente físico, social e atitudinal do indivíduo é considerado como um dos determinantes da funcionalidade, da incapacidade e da saúde do trabalhador.^{13,14}

Ainda que dados do PPAR (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) permitam saber alguns aspectos de riscos ambientais, faz-se necessário que os registros contemplem as perspectivas biopsicossociais, propostas pela CIF.

Não foram encontrados na literatura, até o momento, estudos que apliquem a CIF em trabalhadores de higienização, apesar da recomendação de utilizando a CIF em diferentes contextos, para melhor conhecer os diferentes aspectos de saúde de um indivíduo.³¹ No Brasil, é crescente a inserção de estudos com a CIF, mas ainda é incipiente, principalmente quando se compara ao número de publicações de países europeus.^{32,33}

De acordo com Araújo,¹³ o progresso desse panorama requer um avanço de estudos com a CIF possibilitando a orientação e reformulação de aspectos que abrangem a saúde do trabalhador.

O presente estudo apresenta limitações, referentes aos dados contidos nos registros de absenteísmo-doença, não permitindo estabelecer, por exemplo, características individuais e as causas dos atestados quanto a agravos ocupacionais ou comuns. Isso gerou uma lacuna no entendimento do perfil de adoecimento dos trabalhadores.

Recomenda-se que outros estudos apliquem as categorias selecionadas para essa população e que mais estudos associados com a CIF sejam feitos com trabalhadores da atividade de limpeza e higienização. Os achados desses estudos poderiam, por exemplo, esclarecer os motivos que geram a alta rotatividade desse setor.

CONCLUSÃO

O conteúdo dos registros de absenteísmo-doença permitiu subsidiar a seleção de categorias da CIF, refletindo os aspectos biofísicos contemplados na CID-10. Porém, para considerar os aspectos biopsicossociais da CIF e da política de saúde do trabalhador, será importante contemplar nos registros de absenteísmo-doença conteúdos referentes a outros aspectos das Atividades e Participação e dos Fatores Ambientais, nos quais os trabalhadores experenciam sua funcionalidade.

Os resultados poderão ser utilizados pela empresa para ampliar medidas que integrem os dados obtidos pelas classificações. Assim, no sentido produzir conhecimento que oriente medidas preventivas e interventivas mais focadas nas necessidades dos trabalhadores, impactando nos níveis de saúde e, possivelmente, na redução do absenteísmo.

REFERÊNCIAS

- Santos JP, Mattos AP. Absentismo-doença na prefeitura municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35(121):148-56. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100016>
- Roelen CA, Koopmans PC, Anema JR, van der Beek AJ. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *J Occup Rehabil.* 2010;20(1):113-21. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9226-8>
- Bortolini SM, Panazolo CA, Debarba LVB, Sampietro RB, Braga DC. Absenteísmo no trabalho por doença no município de Água Doce, Santa Catarina. *Rev AMRIGS.* 2013;57(2):122-6.
- Mascarenhas FAN, Barbosa-Branco A. Incapacidade laboral entre trabalhadores do ramo Correios: incidência, duração e despesa previdenciária em 2008. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(6):1315-26. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166512>
- Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educ Pesqui.* 2005;31(2):189-99. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022005000200003>
- Cunha JB, Blank VLG, Boing AF. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005)*. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(2):226-36. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200012>
- Schreuder JA, Roelen CA, Koopmans PC, Moen BE, Groothoff JW. Effort-reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(5):569-76. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.10.002>
- Leão ALM, Barbosa-Branco A, Rassi Neto E, Ribeiro CAN, Turchi MD. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):262-77. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010020>
- Andrade CB, Monteiro MI. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):237-44. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200009>
- Mendes R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I. Morbidade. *Rev Saúde Pública.* 1988;22(4):311-26. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000400007>
- Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 - décima revisão. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
- Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(2):324-35. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
- Araújo ES, Buchalla CM. Utilização da CIF em fisioterapia do trabalho: uma contribuição para coleta de dados sobre funcionalidade. *Acta Fisiatr.* 2013;20(1):1-7. Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130001>
- CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
- Battistella LR, Brito CMM. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiatr.* 2002;9(2):98-101. Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20020003>
- Madden R, Sykes C, Ustun TB. World health organization family of international classifications: definition, scope and purpose. Geneva: WHO; 2007.
- Yano SRT, Seo ESM. Ferramenta de coleta de dados para análise do absenteísmo e custo direto para a empresa. *Interfacehs.* 2010;5(2):1-19.
- Fontana MB, Paiva RFR, Santos BC, Sharan KO, Moser ADL, Shmeil MAH. Relação entre a Escala de Braden e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *MTP & Rehab Journal.* 2014;12:379-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.17784/mtprehabjournal.2014.12.219>
- Scharan KO, Santos BC, Bernardelli RS, Moser ADL. Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in a therapeutic-educational approach for chronic low back pain. *IJDR.* 2018;8(1):18631-8.

20. Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil.* 2019;41(5):574-83. Doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1145258>
21. Chillida MS, Cocco MI. Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2004;12(2):271-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692004000200018>
22. Martarello NA, Benatti MC. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):422-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000200023>
23. Andrade DM, Barbosa-Branco A. Sinovite e tenossinovite no Brasil: uma análise dos benefícios auxílio-doença. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):194-207. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010015>
24. Danatro D. Ausentismo Laboral de causa médica en una institución pública: Montevideo 1994–1995. *Rev Med Uruguay.* 1997;13(2):101-9.
25. Simões MRL, Rocha AM. Absenteísmo-doença entre trabalhadores de uma empresa florestal no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2014;39(129):17-25. Doi: <https://doi.org/10.1590/0303-7657000061112>
26. Penatti I, Zago JS, Quelhas O. Absenteísmo: as conseqüências na gestão de pessoas. In: III SEGeT - Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia; 2006; Rio de Janeiro. Anais. Resende: AEDB; 2006. p. 1-11.
27. Oenning NSX, Carvalho FM, Lima VMC. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. *Rev Bras Saúde Ocup.* 201;37(125):150-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000100018>
28. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(1):134-8. Doi: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04565-8>
29. Ceccato ADF, Carvalho Junior LCS, Cuissi RC, Monteshi M, Oliveira NG, Padovani CR, et al. Absenteísmo por doença ocupacional de trabalhadores rurais no setor canavieiro. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(10):2169-76. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00026413>
30. Moser AD, Scharan KO, Pereira PA, Passini C. Escola da coluna associada a estabilização segmentar na lombalgia mecânico-degenerativa. *Ter Man.* 2012;10(50):364-73.
31. Brasileiro IC, Moreira TMM, Buchalla CM. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e seu uso no Brasil. *Acta Fisiatr.* 2013;20(1):37-41. Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130007>
32. Castaneda L, Castro SS. Publicações brasileiras referentes à Classificação Internacional de Funcionalidade. *Acta Fisiatr.* 2013;20(1):29-36. Doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130006>
33. Ruaro JA, Ruaro BM, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil: uma década de história. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16(6):454-62. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000063>